

Technische Universität München
Fakultät für Medizin

Komplementärmedizinische Verfahren und der Übergang von der Klinik in die hausärztliche Praxis

Christina Maria Huber

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades einer Doktorin der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitz:

Prof. Dr. Gabriele Multhoff

Prüfer*innen der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. Klaus Linde
2. Prof. Dr. Stephanie E. Combs

Die Dissertation wurde am 22.04.2021 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 12.10.2021 angenommen.

für Werner, Clara und Flora

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung: Die Bedeutung der Allgemeinmedizin im Rahmen des Studiums wurde in Deutschland in den letzten Jahren gestärkt. Trotz dieser Bemühungen bleiben das Medizinstudium und die klinische Phase der Weiterbildung von der spezialisierten Versorgung schwerkranker Menschen in Krankenhäusern dominiert. Es erscheint plausibel anzunehmen, dass junge Ärzt*innen durch diesen klinischen Fokus geprägt sind. In qualitativen und quantitativen Studien konnte gezeigt werden, dass viele deutsche Allgemeinmediziner*innen komplementär- und alternativmedizinische Verfahren anwenden. Dies scheint zumindest teilweise dadurch begründet zu sein, dass Hausärzt*innen in der Praxis mit Problemen konfrontiert werden, für die sie durch Studium und Weiterbildung nicht ausreichend vorbereitet sind. Diese Studien wurden jedoch in erster Linie bei erfahrenen Ärzt*innen durchgeführt. In der vorliegenden Studie wurde die Rolle komplementärmedizinischer Verfahren im Rahmen des Übergangs von der Klinik in die hausärztliche Praxis bei jungen Allgemeinärzt*innen (JAÄ) untersucht.

Methodik: Um die persönliche Sichtweise und Erfahrung der JAÄ zu erfassen, wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Zwischen Dezember 2016 und Juli 2017 erfolgten 13 leitfadengestützte Einzelinterviews mit Ärzt*innen, die sich entweder in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin befanden oder ihre Facharztausbildung maximal vor 2 Jahren abgeschlossen hatten. Die Interviews wurden transkribiert, pseudonymisiert und mit der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring qualitativ ausgewertet.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass es für JAÄ zu Beginn ihrer hausärztlichen Tätigkeit eine große Herausforderung darstellt, mit den Unterschieden des Arbeitens in Klinik und Praxis zurecht zu kommen. So sind die JAÄ in der hausärztlichen Praxis häufig mit ganz anderen Beschwerden und nicht schwer kranken Patient*innen konfrontiert wie in der Klinik. Die JAÄ müssen einerseits verinnerlichen, dass sie in vielen Situationen das sogenannte „abwartende Offenlassen“ anwenden können und auf übertriebene Diagnostik oder Behandlung verzichten sollten. Sie müssen sich daran gewöhnen, dass es in der hausärztlichen Versorgung nicht immer sinnvoll, in manchen Situationen sogar unmöglich ist, eine genaue Diagnose zu stellen. Andererseits müssen sie lernen, abwendbar gefährliche Verläufe rechtzeitig zu erkennen und das Restrisiko aushalten zu können, eine schwerwiegende Erkrankung im Einzelfall auch einmal zu übersehen. Häufig verspüren JAÄ von Seiten der Patient*innen einen Handlungsdruck, obwohl aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht keine eindeutige Handlungsnotwendigkeit besteht. Die Patient*innen kommen nach Facharztbesuchen und Klinikaufenthalten auch dann wieder in die hausärztliche Praxis zurück, wenn ihre

Beschwerden nicht erkannt und beseitigt wurden. Unter diesen Bedingungen muss das Verhältnis zum Patienten in der hausärztlichen Praxis partnerschaftlicher sein als im Krankenhaus.

Die Haltung der Teilnehmer*innen gegenüber komplementärmedizinischen Verfahren im Allgemeinen und gegenüber einzelnen Verfahren variierte stark. Zweifel an der Evidenzbasierung und an spezifischen Effekten über Placebo hinaus wurden jedoch häufig geäußert. Dennoch waren alle Teilnehmer*innen offen gegenüber pflanzlichen Arzneimitteln. Diese werden regelmäßig angewendet, vor allem bei weniger bedrohlichen Erkrankungen und im Sinne eines ersten Therapieversuchs. Dadurch sollen nebenwirkungsreiche konventionelle Behandlungen vermieden werden. Außerdem möchten die JAÄ den Wünschen der Patienten nach einer Behandlung nachkommen. Andere komplementärmedizinische Verfahren wurden nur selten eingesetzt.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse bestätigen die deutliche Prägung der Studienteilnehmer*innen durch Studium und die klinische Phase der Weiterbildung. Die ärztliche Arbeit in Klinik und hausärztlicher Praxis wird als sehr unterschiedlich empfunden. Es erscheint sinnvoll, diese Unterschiede in Studium und Weiterbildung stärker zu thematisieren und die JAÄ damit besser vorzubereiten. Verglichen mit erfahreneren Hausarzt*innen, standen die Teilnehmer*innen der vorliegenden Studie komplementärmedizinischen Verfahren kritischer gegenüber und setzen diese abgesehen von pflanzlichen Arzneimitteln kaum ein.

Inhaltsverzeichnis

VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN	8
1 EINLEITUNG	9
2 METHODISCHES VORGEHEN.....	13
2.1 STUDIENDESIGN	13
2.2 AUSWAHL UND REKRUTIERUNG DER STUDIENTEILNEHMER*INNEN	13
2.3 INTERVIEWS	14
2.3.1 ENTWICKLUNG DES INTERVIEWLEITFADENS.....	14
2.3.2 DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS.....	16
2.3.3 TRANSKRIPTION	17
2.4 AUSWERTUNG	17
2.4.1 VORBEREITENDE SCHRITTE.....	17
2.4.2 KATEGORISIERUNG UND CODIERUNG.....	18
2.4.3 REVISION UND STRUKTURIERUNG ZUR BERICHTSERSTELLUNG	20
2.5 ETHIKKOMMISSION, TEILNEHMERINFORMATION UND DATENSCHUTZ.....	21
3 ERGEBNISSE	22
3.1 SOZIODEMOGRAPHIE UND TÄTIGKEITSMERKMALE DER STUDIENTEILNEHMER*INNEN.....	22
3.2 ÜBERSICHT DER STUDIENZIELBEZOGENEN THEMEN UND KATEGORIEN.....	23
3.3 ERLEBTE UNTERSCHIEDE ZWISCHEN KLINIK UND HAUSARZTPRAXIS	23
3.3.1 UNTERSCHIEDLICHE ARBEITSBEDINGUNGEN	24
3.3.1.1 Anstrengende Dienstzeiten	24
3.3.1.2 Vereinbarkeit von Beruf und Familie.....	25
3.3.1.3 Teilzeit und Dienste.....	25
3.3.1.4 Karriereplanung vs. Gesundheit und Privatleben.....	26
3.3.1.5 Unterschiede in Bezug auf Kollegialität und Supervision	27
3.3.1.6 Ökonomische Aspekte.....	28
3.3.2 UNTERSCHIEDE IM ÄRZTLICHEN ARBEITEN	29
3.3.2.1 Das andere Patientengut.....	29
3.3.2.2 „Den Fuß vom Gas nehmen“ – abwartendes Offenlassen	30

3.3.2.3	Abwendbar gefährliche Verläufe erkennen	33
3.3.2.4	Keine klare Diagnose zu haben ist oft kein Problem	35
3.3.2.5	Die Beziehung zum und das Gespräch mit dem Patienten.....	36
3.3.2.6	Therapeutisch unbestimmte Situationen.....	38
3.4	VERWENDUNG VON UND EINSTELLUNG ZU KOMPLEMENTÄRMEDIZINISCHEN VERFAHREN	41
3.4.1	VERWENDUNG VON KOMPLEMENTÄRMEDIZINISCHEN VERFAHREN	41
3.4.1.1	Was ist Komplementärmedizin für die Teilnehmer?.....	41
3.4.1.2	Komplementärmedizin in der aktuellen Arbeit in der Praxis	42
3.4.1.3	Einsatz bei häufigen, eher harmlosen Erkrankungen	42
3.4.1.4	Einsatz im Rahmen eines gestuften Vorgehens	43
3.4.1.5	Erfüllung der Wünsche der Patienten	44
3.4.1.6	Komplementärmedizin als Ergänzung zur konventionellen Medizin	45
3.4.2	PERSÖNLICHE EINSTELLUNG ZU KOMPLEMENTÄRMEDIZIN	47
3.4.2.1	Komplementärmedizin allgemein	47
3.4.2.2	Phytotherapie.....	49
3.4.2.3	Homöopathie	50
3.4.2.4	Manuelle Therapie, Akupunktur und traditionelle chinesische Medizin	51
3.4.2.5	Weitere Verfahren	53
3.4.3	ALLGEMEINE WIRKFAKTOREN	54
3.4.3.1	Zeit und Zuwendung.....	54
3.4.3.2	Placebo-Effekte	57
3.4.4	WELCHE PATIENTEN WOLLEN KOMPLEMENTÄRMEDIZIN	59
3.4.5	EINFLUSS DER WEITERBILDENDEN ÄRZTE	60
3.4.5.1	Einfluss auf die jetzige praktische Tätigkeit.....	60
3.4.5.2	Einfluss auf Grundeinstellungen.....	62
3.5	WISSENSCHAFTLICHKEIT.....	64
3.5.1	WISSENSCHAFTLICHKEIT ALLGEMEIN.....	64
3.5.1.1	Evidenzbasierung als Wissenschaftlichkeit	64
3.5.1.2	Das Problem mit den Studien.....	65
3.5.1.3	Leitlinien.....	66
3.5.1.4	Expertensysteme	68
3.5.1.5	Kongresse	68
3.5.1.6	Wissenschaftlichkeit und Komplementärmedizin	69
4	<u>DISKUSSION</u>	<u>70</u>

4.1	ZUSAMMENFASSUNG DER HAUPTERGEBNISSE.....	70
4.2	STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER STUDIE.....	71
4.3	INTERPRETATION.....	73
4.3.1	ZU DEN UNTERSCHIEDEN ZWISCHEN KLINIK UND PRAXIS.....	73
4.3.2	ZUR VERWENDUNG VON UND EINSTELLUNG ZU KOMPLEMENTÄRMEDIZINISCHEN VERFAHREN.....	76
4.3.3	ZUR WISSENSCHAFTLICHKEIT.....	79
4.4	ANREGUNG FÜR ZUKÜNFTIGE FORSCHUNG.....	81
4.5	SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	82
5	<u>LITERATURVERZEICHNIS.....</u>	83
6	<u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....</u>	91
7	<u>ANHANG.....</u>	92
7.1	STUDIENINFORMATION.....	92
7.2	EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG.....	94
8	<u>VERÖFFENTLICHUNGEN ZUR DISSERTATION.....</u>	97
9	<u>DANKSAGUNG.....</u>	98

Verzeichnis der Abkürzungen

DEGAM Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

JAÄ Junge Allgemeinärzt*innen

WONCA World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

1 Einleitung

In Deutschland besteht eine weit verbreitete Inanspruchnahme von komplementärmedizinischen Verfahren ¹ (Linde et al. 2014). Die Anwendung solcher Verfahren hat in Deutschland eine lange Tradition (Uehleke und Kerckhoff 2014). Hierbei gibt es jedoch keine exakte Definition des Begriffs (Irnich et al. 2019). Häufig verwendete komplementärmedizinische Verfahren sind z.B. Phytotherapie, klassische Naturheilverfahren, Homöopathie, Akupunktur, Chiropraktik und Osteopathie sowie Entspannungstechniken. In einer repräsentativen Befragung der deutschen erwachsenen Bevölkerung aus dem Jahre 2012 gaben 63% der Teilnehmer*innen an, bereits mindestens ein dieser Verfahren in Anspruch genommen zu haben, davon 40% in den vergangenen 12 Monaten und 23% vor mehr als zwölf Monaten (Linde et al. 2013). Laut der offiziellen Ärztestatistik (Bundesärztekammer 2019, S. 40f.) waren im Jahre 2019 bei den Ärztekammern 21.552 Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin/Chirotherapie registriert, 16.175 mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren, 14.882 mit der Zusatzbezeichnung Akupunktur und 6.864 mit der Zusatzbezeichnung Homöopathie (bei einer Gesamtzahl von 402.118 ärztlich Tätigen, davon 159.846 ambulant tätig). Im Vergleich zu den Vorjahren sind diese Zahlen für die vorherig genannten Zusatzbezeichnungen gestiegen, abgesehen von der Homöopathie. Laut eines Berichts der Wissenschaftlichen Dienste des Bundestags waren 2019 außerdem ca. 46.000 Heilpraktiker*innen in Deutschland tätig (Deutscher Bundestag, wissenschaftliche Dienste, 2020). Über die genaue Zahl der praktizierenden Heilpraktiker*innen, ebenso wie über die Häufigkeit der Inanspruchnahme der entsprechenden Leistungen, lassen sich nur Schätzaussagen treffen. Dies beruht vor allem auf der Tatsache, dass die Leistungen von Heilpraktikern von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet und daher auch nicht erfasst werden.

Diese Zahlen belegen das hohe Angebot an komplementärmedizinischen Verfahren im deutschen Gesundheitssystem. Unter den Ärzt*innen sind es neben den Orthopäd*innen und HNO-Ärzt*innen v.a. Allgemeinärzt*innen, die häufig Komplementärmedizin für ihre Patienten anbieten (Thanner et al. 2014). Laut einer Befragung aus dem Jahr 2015 setzen 77% der Allgemeinmediziner pflanzliche Arzneimittel, 32% homöopathische Arzneimittel und 27% chirotherapeutische Verfahren häufiger als einmal pro Woche ein (Linde et al. 2015b).

¹ In der vorliegenden Dissertation wird die Bezeichnung Komplementärmedizin verwendet, um therapeutische und diagnostische Methoden zusammenzufassen, die auch als Komplementär- und Alternativmedizin, Naturheilverfahren oder unkonventionelle Verfahren bezeichnet werden. Die Bezeichnung Komplementärmedizin wurde anderen vorgezogen, da sie die Verwendung solcher Verfahren in Ergänzung zur konventionellen Medizin durch die für die Dissertation befragten Ärzt*innen am besten erfasst.

Aus kritisch wissenschaftlicher Sicht stellt sich die Frage, warum komplementärmedizinische Verfahren auch unter Ärzt*innen eine so breite Verwendung erfahren. Laut Anlauf et al. (2015) werden etliche komplementärmedizinische Maßnahmen eingesetzt, obwohl sich in klinischen Studien keine spezifischen Wirkungen nachweisen lassen. Aus Sicht dieser Autoren sind viele Anwender von komplementärmedizinischen Verfahren an wissenschaftlicher Erklärung und Überprüfung nicht interessiert und darüber hinaus nicht dazu bereit, die eigenen therapeutischen oder diagnostischen Strategien zu hinterfragen, wenn diese keinen Behandlungserfolg bringen. Einige Anwender lehnen eine Überprüfung ihrer Therapieverfahren sogar ab, andere bestreiten die Anwendbarkeit statistischer Verfahren mit der Begründung, die Vorgehensweise in der Behandlung nur durch Individualisierung begründen zu können (Anlauf et al. 2015).

Aus einer Befragung von 487 Instituts- und Klinikdirektoren aus dem Jahr 2011 (Brinkhaus et al. 2011) geht hervor, dass Komplementärmedizin an medizinischen Hochschulen in Deutschland, Österreich und der Schweiz nur wenig integriert ist. 34% der Antwortenden gaben an, dass an ihren Einrichtungen bzw. Fakultäten Komplementärmedizin zumindest zu einem gewissen Grad integriert sei (in Bezug auf Behandlung 26%, Forschung 19%, Lehre 18%). Die komplementärmedizinischen Verfahren, die am positivsten beurteilt wurden, waren Akupunktur, Osteopathie und Naturheilkunde. Die Mehrheit der Antwortenden war für die Integration der Komplementärmedizin in die Medizinischen Hochschulen (Forschung 85%, Lehre 84% und Behandlung 60%). Insgesamt kommen Studenten der Humanmedizin jedoch wenig mit komplementärmedizinischen Verfahren in Berührung (Brinkhaus et al. 2011). Hierfür sprechen auch die Ergebnisse einer Untersuchung zu Wahlfächern zu Akupunktur und Homöopathie an deutschen Universitäten (Jocham et al. 2017).

Während der klinischen Phase der Weiterbildung dürften komplementärmedizinische Verfahren nur eine untergeordnete Rolle spielen. In Krankenhäusern der Akutversorgung sind Ärzt*innen mit meist schwer kranken Patienten konfrontiert, bei denen eine Behandlung mit komplementären Verfahren eher nicht in Frage kommt.

Besonders in der allgemeinmedizinischen Praxis scheinen sich jedoch in erwähnenswertem Umfang Probleme zu ergeben, für die das Studium, die klinische Weiterbildung und die wissenschaftliche Medizin im Allgemeinen keine klare Antwort geben. In einer viel zitierten qualitativen Studie mit walisischen Hausärzt*innen aus den 1970er Jahren beschreibt Comaroff (1976), dass die Teilnehmer*innen in der Aus- und Weiterbildung das Ideal verinnerlicht hatten, eine Therapie nur dann anzuwenden, wenn sie als notwendig und spezifisch wirksam angesehen wird. In der hausärztlichen Tätigkeit war dieses Ideal jedoch häufig nicht umsetzbar. Viele Patient*innen kamen mit Beschwerden, die sich nicht einer

klaren Diagnose zuordnen ließen oder bei denen eine Therapie medizinisch nicht unbedingt notwendig erschien. Dennoch fühlten sich die Ärzte häufig zum Handeln verpflichtet. Dabei griffen sie auch auf Therapien zurück, bei denen sie davon ausgingen, dass sie keine über einen Placeboeffekt hinausgehende, spezifische Wirkung auf die jeweiligen Beschwerden hatten. Ähnliche Vorgehensweisen im Alltag beschreiben auch (Weiss und Scott 1997) auf der Basis von Interviews mit englischen Hausärzt*innen. Um Zeit zu sparen, Konflikte zu vermeiden, die Patienten in einer schwierigen Situation zu unterstützen oder um den Erwartungen der Patienten trotz hoher Arbeitsbelastung gerecht zu werden, wurden Verschreibungen getätigt, die im strengen Sinne nicht wirklich indiziert waren (z.B. von dem Patienten gewünschte Antibiotikabehandlungen bei leichteren, vermutlich viralen Atemwegsinfekten). In einer weiteren qualitativen Untersuchung aus Dänemark (Henriksen und Hansen 2004) gaben die Teilnehmer*innen an, einen Handlungsdruck zu verspüren, Patienten etwas zu verschreiben, von dem sie eigentlich nicht überzeugt waren. Sie beschrieben, dauerhaft unter dem Druck zu stehen, schnell handeln zu müssen. Gleichzeitig versuchten sie ihre Verschreibungen so auszurichten, dass der Konflikt mit dem Selbstbild, d.h. den eigenen Idealen, nicht zu groß wurde.

In den Ländern, in denen die genannten Studien durchgeführt wurden, ist die ärztliche Anwendung komplementärer Medizin selten. Das dürfte der Grund sein, warum diese Verfahren in den Berichten der Interviewten keine relevante Rolle spielen. Es erscheint jedoch plausibel, dass zumindest ein Teil des Einsatzes komplementärer Therapien durch deutsche Hausärzt*innen aus ähnlichen Gründen erfolgt. In dem der vorliegenden Dissertation vorausgehenden Promotionsprojekt (Ostermaier, 2019; siehe auch die Publikationen von Ostermaier et al., 2019 und 2020) wurde diese Annahme systematisch untersucht. Ziel der vorhergehenden, qualitativen Befragung von 20 erfahrenen Hausärzt*innen war es, systematisch zu untersuchen, wie diese mit therapeutisch unbestimmten Situationen umgehen. Ein besonderer Fokus lag dabei auf der Anwendung von komplementärmedizinischen Therapien. Als therapeutisch unbestimmt wurden Situationen bezeichnet, in denen aus ärztlicher Sicht eine evidenzbasierte Option nicht zur Verfügung steht oder eine Behandlung nicht zwingend nötig erscheint, gleichzeitig aber ein Wunsch des Patienten (zumindest in der Wahrnehmung des Arztes) nach einer Behandlung besteht. Die Ergebnisse der Befragung bestätigten, dass therapeutisch unbestimmte Situationen häufig im Alltag von Hausärzt*innen auftreten. Viele der Teilnehmer*innen sahen sich vor allem zu Beginn ihrer Tätigkeit nicht ausreichend darauf vorbereitet. Im Laufe der Jahre entwickelten sie jedoch eine individuelle Mischung mehrerer Strategien, um mit diesen Situationen umzugehen. Die vier wichtigsten Strategien waren (1) Gespräche anstelle von Behandlungen, (2) eine großzügige Verordnung symptomatischer Therapien, (3) der Einsatz von

konventionellen Arzneimitteln und/oder komplementärer Verfahren im Sinne einer unspezifischen Behandlung und (4) die überzeugte Verwendung komplementärer Therapien im Sinne einer spezifisch wirksamen Therapie. Die Auswahl der Strategien variierte zwischen den Ärzten und unterschied sich auch je nach Patientenanliegen. In Bezug auf Komplementärmedizin gab es ein Spektrum von skeptischen Hausärzt*innen (die die Verwendung solcher Verfahren möglichst vermeiden), über pragmatisch eingestellte, bis zu überzeugten Anwendern (Ostermaier 2019; Ostermaier et al. 2019 und 2020).

Bei der Befragung der Teilnehmer*innen der vorangegangenen Studie ergab sich als Nebenergebnis der Eindruck einer kritischeren Haltung jüngerer Ärzt*innen mit vergleichsweise geringerer Erfahrung zur Komplementärmedizin. Da jedoch in der Vorstudie nur einzelne jüngere Ärzt*innen teilnahmen, waren zuverlässige Aussagen hierzu nicht möglich.

Daher wurde die in der vorliegenden Dissertation dargestellte Folgestudie unternommen, in die ausschließlich junge bzw. weniger erfahrene Allgemeinärzt*innen (ab hier vereinfachend als Junge Allgemein*ärztinnen = JAÄ bezeichnet), einbezogen wurden. Im Rahmen dieser Studie sollten die folgenden zwei Hauptfragen bearbeitet werden:

1. Wie erleben JAÄ den Übergang in die hausärztliche Praxis und die damit verbundenen Unterschiede zu dem im Studium Gelernten und in der klinischen Weiterbildung Erlebten?
2. Wie schätzen JAÄ komplementärmedizinische Verfahren ein? In welchem Umfang und welcher Weise setzen sie solche Verfahren ein?

Zusätzlich wurde in diesem Zusammenhang auch der Frage nachgegangen, welche Rolle Wissenschaftlichkeit für JAÄ allgemein und speziell in Bezug auf Komplementärmedizin spielt.

Teile der Methoden und der Ergebnisse dieses Promotionsvorhabens wurden bereits in Zeitschriften mit Begutachtungsverfahren veröffentlicht (Huber et al. 2020; Linde et al. 2020).

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine qualitative, deskriptiv-explorative Querschnittsstudie mit semistrukturierten Interviews auf der Basis von Methoden der qualitativen Sozialforschung (Bortz und Döring 2006; Mayring 2010).

2.2 Auswahl und Rekrutierung der Studienteilnehmer*innen

In der vorliegenden Interviewstudie wurden Junge Allgemeinärzt*innen (JAÄ) befragt. Als JAÄ werden in diese Studie Ärzt*innen bezeichnet, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin befanden oder die Facharztprüfung für Allgemeinmedizin vor maximal 2 Jahren abgelegt hatten. Die JAÄ mussten mindestens 6 Monate in einer hausärztlichen Praxis in Bayern gearbeitet haben bzw. angestellt sein oder selbstständig in einer hausärztlichen Praxis arbeiten.

Bei der Rekrutierung wurde versucht, eine möglichst große Vielfaltigkeit der Teilnehmer*innen bezogen auf Erfahrung in der hausärztlichen Praxis, Praxislage (Stadt, Land, Umland, ländliche Regionen), Alter und Geschlecht zu gewährleisten. Die Rekrutierung der Teilnehmer*innen erfolgte auf mehreren Wegen. Zum einen konnten sich interessierte Ärzt*innen, die bei der Fortbildungsveranstaltung „Tag der Allgemeinmedizin“ am 18.2.2017 an der TU München teilnahmen, bei der die Ergebnisse der Vorstudie (Ostermaier 2019) präsentiert und die vorliegende Studie angekündigt wurden, bei Teilnahmeinteresse ihre Kontaktdaten in eine Liste eintragen. Zum anderen wurden die Teilnehmer am Ende des Gesprächs gebeten, weitere potentielle Interviewpartner zu nennen, zu denen Kontakt aufgenommen werden kann.

Die Kontaktaufnahme mit den potenziellen Teilnehmer*innen erfolgte überwiegend per Telefon oder E-Mail. Für die Teilnahme an der Interviewstudie wurde keine Gratifikation in Aussicht gestellt. Die Motivation zur Teilnahme wurde über den inhaltlichen Bezug, sowie das Interesse an dem Thema hergestellt. Alle Teilnehmer*innen wurden vorab schriftlich und mündlich über die Studie informiert und stimmten der Teilnahme mündlich und schriftlich zu. Die Studieninformation und die Einverständniserklärung finden sich im Anhang.

Von den ursprünglich 25 Personen, die angeschrieben wurden bzw. ihre Kontaktdaten hinterließen, nahmen letztendlich 13 JAÄ an der Interviewstudie teil. Von den restlichen 12 Personen kam keine Rückmeldung mehr bezüglich einer Teilnahme bzw. es wurden keine weiteren Teilnehmer*innen mehr benötigt.

Die Rekrutierung von Teilnehmer*innen wurde beendet, nachdem eine ausreichende theoretische Sättigung festgestellt werden konnte (Merkens 2000). Dies äußerte sich darin, dass bei den letzten 3 durchgeführten Interviews keine neuen Kategorien mehr gewonnen werden konnten.

2.3 Interviews

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

2.3.1 Entwicklung des Interviewleitfadens

Die Interviews fanden anhand eines teilstrukturierten Interviewleitfadens statt. Dies ist eine der gängigsten Methode zur Erhebung von qualitativen Daten (Bortz und Döring 2006). Als teilstrukturiertes Leitfadeninterview werden Gespräche bezeichnet, bei denen der Interviewer Fragen vorbereitet hat, seinem Interviewpartner jedoch die Möglichkeit bietet, neue Fragen oder Themen in das Gespräch aufzunehmen. Dies ermöglichte eine offene Gesprächssituation, in denen die JAÄ detailliert ihre Erfahrungen und Erlebnisse darstellen konnten.

Die Fragen des Interviewleitfadens (siehe Box: Zentrale Themen des Leitfadens mit Folgefragen) orientierten sich zum Teil an der Vorstudie (Ostermaier 2019), wurden aber auf Basis der spezifischen Fragestellungen der vorliegenden Arbeit deutlich modifiziert. Zentrale Themen des Interviewleitfadens waren Praxiserfahrung, der Übergang von der Klinik zur hausärztlichen Praxis und Besonderheiten der Allgemeinmedizin sowie die Haltung zu und Verwendung von komplementären Therapieverfahren. Zusätzlich wurden die Teilnehmer*innen zur Haltung zu und Verwendung von Placebos und unspezifischer Therapien befragt. Ein weiterer Schwerpunkt wurde auf den Themenbereich Wissenschaftlichkeit gelegt. Außerdem erfolgten Fragen zum persönlichen Werdegang und zum Arztbild. Für den Fall, dass das Interview nicht in Gang kommen sollte, waren zusätzlich Hilfsfragen formuliert.

Zentrale Themen des Leitfadens mit Folgefragen:

1. Merkmale der Praxis und Herausforderung beim Wechsel von der Klinik in die Praxis:

Können Sie ein wenig über die **Praxis** erzählen, in der Sie arbeiten? Gibt es **Schwerpunkte** bzgl. Patienten oder Therapien? Was sind **Ihre Tätigkeiten**?

Wie haben Sie den **Wechsel von der Klinik in die Praxis** empfunden?

Hatten Sie das Gefühl, **ausreichend vorbereitet** zu sein? Was waren die größten **Herausforderungen** für Sie? Wie haben Sie es **geschafft, damit umzugehen** bzw. was ist **immer noch schwierig**?

2. Komplementäre Therapieverfahren:

Wenden Sie oder Ihr Weiterbilder/Praxisbesitzer in Ihrer hausärztlichen Tätigkeit komplementäre Verfahren an und wenn ja, in welchem Ausmaß?

Folgefragen bei Anwendung: Halten Sie diese Verfahren für wirksam, für spezifisch wirksam oder eher im Sinne einer Placebothherapie? Ist das wissenschaftlich bzw. medizinisch vertretbar? Bei starker Verwendung umstrittener Verfahren: unwissenschaftliche Vorgehensweise?

Folgefragen bei Nichtanwendung: Wie kommen Sie ohne diese Verfahren aus? Wie sehen Sie die Haltung Ihres Weiterbilders/des Praxisbesitzers?

3. Placebos und unspezifische Therapien:

Haben Sie schon einmal ein **Placebo** verwendet oder eine Behandlung, die sie selbst für **unwirksam** hielten/nicht für indiziert hielten? Wie sehen Sie die Haltung Ihres Weiterbilders/des Praxisbesitzers?

Folgefrage bei Anwendung: Können Sie Beispiele geben? Warum haben Sie das getan?

Folgefrage bei Nichtanwendung: Wie schaffen Sie das?

4. Wissenschaftlichkeit und Konflikte:

Spielt **Wissenschaftlichkeit** für Ihre ärztliche Arbeit eine Rolle? Wie gut können Sie **erstmal abwarten und nicht behandeln**? Kann das Ihr Weiterbilder/der **Paxisbesitzer besser**?

Rolle von Erfahrung, Plausibilität, Pathophysiologie, Evidenz aus klinischen Studien/Meta-Analysen, sollte man öfter nicht behandeln?

5. Arztbild und Werdegang:

Wie würden Sie Ihr **Arztbild** beschreiben? (Ideale, Zufriedenheit, Veränderungen und Einflüsse) Was ist ihr **Ziel bei einer Behandlung**?

Wie ist Ihre **Prägung** (familiär etc.) in Hinblick auf medizinisches Vorgehen / CAM-Verfahren?

6. Hilfsfragen:

- Wie gehen Sie bei Beschwerden vor, die Ihnen nicht bedrohlich erscheinen, die keine medizinische Erklärung haben, bei denen der Patient aber eine Klärung und auch eine Therapie erwartet?
- Wie handeln oder behandeln Sie bei einer einfachen Erkältung? Kommt es vor, dass Sie auch mal ein Antibiotikum geben, wenn es der Patient fordert? Nur symptomatische Therapie – ist die wirklich evidenzbasiert?
- Wie gehen Sie bei Patienten mit einer schweren Erkrankung vor, bei denen die gängigen Optionen ausgeschöpft sind, die aber eine Behandlung (evtl. naturheilkundlich) wünschen

In den ersten Interviews wurde die praktische Umsetzbarkeit geprüft. Dabei stellte sich heraus, dass mit der Vorgehensweise ein geeigneter Einblick in die zu bearbeitenden Themen gewonnen werden kann und von Seiten der Interviewpartner eine Erzählbereitschaft entsteht. Da die angesprochenen Fragen gut bearbeitet werden konnten, wurde diese Interviews in die Auswertung einbezogen. Im Rahmen der frühen Interviews stellte sich auch heraus, dass die Interviews vor allem dann wichtige Informationen lieferten, wenn sich die Möglichkeit ergab, das Gespräch offen und flexibel zu führen. Dies ließ die Entscheidung zu, die Fragen des Leitfadens nur als grundsätzliche Orientierung zu verwenden. Die im Interviewleitfaden angesprochene Frage bezüglich der Verwendung von Placebos wurde zwar im Rahmen der Auswertung bearbeitet, jedoch in der Dissertation nicht ausgearbeitet. Dies erfolgte zum einen, um den Umfang der Ausarbeitung zu begrenzen, und zum anderen, weil die Erfahrungen der Teilnehmer*innen mit Placebogaben vor allem in der Hausarztpraxis sehr begrenzt und die Interviews diesbezüglich nur mäßig ergiebig waren.

2.3.2 Durchführung der Interviews

Je nach Präferenz der Teilnehmer*innen erfolgte das Interview in der Hausarztpraxis oder zu Hause. Die Interviews fanden ausnahmslos persönlich („face-to-face“) statt und wurden alle von der Autorin geführt. Vor Interviewbeginn fand ein Vorgespräch zwischen dem Interviewer und der zu befragenden Person statt. Dieses beinhaltete eine kurze persönliche Vorstellung, sowie Erläuterungen zum Ablauf des Gesprächs und zum Datenschutz. Kein Interviewpartner verweigerte die Aufnahme des Interviews. Die Aufzeichnung der Interviews erfolgte mit einem digitalen Audioaufzeichnungsgerät.

Die Gesprächssituation war durch einen offenen Aufbau gekennzeichnet, der den JAÄ die Möglichkeit gab, ihre Erfahrungen und Erlebnisse in Bezug auf das Forschungsthema frei darzulegen. Die Teilnehmer waren der Interviewsituation gegenüber aufgeschlossen und

erzählfreudig. Die im Vorfeld veranschlagte Gesprächsdauer betrug 60 Minuten. Die tatsächliche Dauer lag zwischen 42 und 72 Minuten.

Am Ende des Gesprächs hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, bislang Unerwähntes, aber aus ihrer Sicht Wichtiges, zu äußern. Nach Beendigung des Gesprächs war es den JAÄ zudem möglich, das Gespräch aus ihrer Sicht zu kommentieren oder Fragen zu stellen. Einige Teilnehmer baten darum, über die Ergebnisse der Studie informiert zu werden. Außerdem fertigte die Interviewerin nach Gesprächsende Notizen an. Diese umfassten Äußerungen und Reflexionen, sowie Wahrnehmungen zum Gesprächsverlauf.

2.3.3 Transkription

Alle Interviewgespräche wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgenommen und im Anschluss von der Autorin zeitnah nach den Vorgaben von Kuckartz (2008) transkribiert. Dabei wurden unverständliche Textstellen, Pausen und Unterbrechungen während des Gesprächs in den Transkripten gekennzeichnet. Dialekte, Verzögerungslaute sowie grammatikalische Fehler wurden wortwörtlich transkribiert. Um die Anonymität der Gesprächspartner zu wahren, wurden Namen, sowie Angaben zu Orten oder Institutionen, durch die Rückschlüsse auf beteiligte Personen gezogen werden könnten, entfernt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Aufnahmen nach Abschluss der Transkription gelöscht (Bortz und Döring 2006, Kuckartz 2008).

2.4 Auswertung

Die Interviews wurden mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring und unter Zuhilfenahme des Software Programms MAXQDA 12 (VERBI Software GmbH, Berlin) ausgewertet (Mayring 2010). Erst erfolgte die Datenerhebung, direkt im Anschluss die Datenanalyse.

2.4.1 Vorbereitende Schritte

Vorbereitend erfolgte die Festlegung des Materials. Hierbei wurde versucht, sich mit dem Material vertraut zu machen, indem Notizen dazu angefertigt, Ideen gesammelt und entsprechende Literatur nachgelesen wurde. Als weiterer Schritt war es wichtig, die Richtung der Analyse zu bestimmen und die theoretische Differenzierung der Fragestellung herauszuarbeiten. Das Herzstück der qualitativen Inhaltsanalyse bildet die Durchführung des Ablaufmodells, sowie die Festlegung der Analyseeinheit. Als Selektionskriterium für das hier angewandte induktive Kategoriensystem wurden alle Erfahrungen und Aussagen der JAÄ, die

zur Beantwortung der Forschungsfrage relevant waren, festgelegt. Da das Ziel der vorliegenden Studie die Reduktion des vorhandenen Materials auf die für die Forschungsfragen relevanten Inhalte war, wurde eine zusammenfassende Inhaltsanalyse durchgeführt (Mayring 2010). Das Abstraktionsniveau wurde im ersten Schritt bewusst niedrig gehalten, da allgemeine, praxisnahe Aussagen zum Alltag in Hausarztpraxen, sowie zum Umgang mit komplementärmedizinischen Verfahren erhoben wurden. Mit Blick auf das Verfassen der Dissertation wurden die Ergebnisse in Richtung der Fragestellung interpretiert und inhaltsanalytische Gütekriterien angewandt.

2.4.2 Kategorisierung und Codierung

Es erfolgte die Erarbeitung eines Kategoriensystems, mit dessen Hilfe das aufgezeichnete Material ausgewertet werden konnte. Die Rücküberprüfung an Theorie und Material stellte sicher, dass das Kategoriensystem in sich schlüssig ist.

Im ersten Schritt erfolgte theoriegeleitet die Erarbeitung von Themengebieten für das Kategoriensystem. Der zweite Schritt umfasste die Definition der Selektions- und Abstraktionskriterien für die Bildung von Kategorien. Im dritten Schritt wurden induktiv Ober- und Unterkategorien, sowie Ausprägungen für die einzelnen Themengebiete gebildet. Das Ziel dieser Vorgehensweise ist es, Aspekte und Themen, die im Material vorhanden und für die Forschungsfragen relevant sind, herauszuarbeiten. Die Erstellung dieser Kategorien erfolgt durch das zeilenweise Aufarbeiten des Materials.

Der Kategorieleitfaden entstand im vierten Schritt; dabei wurden die aus dem Material gebildeten Kategorien definiert und mit Ankerbeispielen (Originalzitate aus den Interviews) versehen. Die Schritte zwei und drei wurden zunächst an vier Interviews durchgeführt und wiederholt. Dies diente dazu, die Kategorien trennschärfer zu formulieren, unnötige oder redundante Kategorien aus dem Codierleitfaden zu entfernen oder den Leitfaden um neue Aspekte zu erweitern.

Der Codebaum Abbildung 1 stellt ein Beispiel für das Vorgehen in der frühen Phase der Auswertung dar. Hierbei ist die kleinteilige Zerlegung der Zitate ersichtlich. Im Rahmen der Revision und Strukturierung erfolgte die Erarbeitung eines thematischen roten Fadens. Dadurch wurden die Zitate zum Teil wieder in einem etwas größeren Kontext erfasst, was sich in der Ausarbeitung der Ergebnisse deutlich widerspiegelt.

▼ <input checked="" type="radio"/> Einschätzung und Verwendung von Komplementärmedizin	0
▼ <input checked="" type="radio"/> Prägung des Umgangs zur Komplementärmedizin durch Studium	0
<input checked="" type="radio"/> durch Praxisinhaber	0
<input checked="" type="radio"/> durch das Studium	2
▼ <input checked="" type="radio"/> Einschätzung von Komplementärmedizin	0
▼ <input checked="" type="radio"/> persönliche Meinung	1
<input checked="" type="radio"/> respektvolles Mit-/Nebeneinander	1
<input checked="" type="radio"/> keine Vermischung von Schulmedizin und best. Praktiken	1
<input checked="" type="radio"/> positive Einstellung	3
<input checked="" type="radio"/> wirtschaftliche sinnvoll	5
<input checked="" type="radio"/> geteilte Meinung	3
<input checked="" type="radio"/> Veränderung der Meinung	3
▼ <input checked="" type="radio"/> Wirksamkeit	1
<input checked="" type="radio"/> Umdenken in Bezug auf die Allgemeinsituation	2
<input checked="" type="radio"/> Zeit und Zuwendung	4
<input checked="" type="radio"/> Beobachtungen von Wirkung der Komplementärmedizin in der Praxis	6
<input checked="" type="radio"/> Placebo-Effekt tritt ein	16
<input checked="" type="radio"/> Unsicherheit bzgl. der Wirkung	8
▼ <input checked="" type="radio"/> Voraussetzung für Einsatz von Komplementärmedizin	0
<input checked="" type="radio"/> Aufklärung des Patienten	2
<input checked="" type="radio"/> finanzielle Situation des Patientenguts	1
<input checked="" type="radio"/> ausgebildeter Arzt	5
<input checked="" type="radio"/> Nicht-Schaden	7
▼ <input checked="" type="radio"/> Einsatz von Komplementärmedizin	0
<input checked="" type="radio"/> auf Wunsch des Patienten	3
<input checked="" type="radio"/> nur auf Anweisung des Praxisinhabers/Mentors	5
<input checked="" type="radio"/> in Kombination mit Schulmedizin	6
▼ <input checked="" type="radio"/> zur Überbrückung	9
<input checked="" type="radio"/> Ersatzfunktion für "chemisch hergestellte" Medikamente	2
<input checked="" type="radio"/> aufgrund eigener Erfahrung	2
▼ <input checked="" type="radio"/> kein Einsatz	3
<input checked="" type="radio"/> Klientel	1
<input checked="" type="radio"/> Verweis auf Kollegen	3
<input checked="" type="radio"/> keine Evidenz	2
<input checked="" type="radio"/> Förderung einer Medikalierungshaltung	1

Abbildung 1: Beispielhafter Ausschnitt aus dem Codebaum in der frühen Auswertungsphase

Irrelevante Passagen wurden zwar zur Kenntnis genommen, jedoch nicht in den Codierleitfaden aufgenommen. Aufgrund der offenen Gesprächssituation wurden einige Themenbereiche seitens der befragten Personen angesprochen, die zu Beantwortung der Forschungsfragen nicht relevant waren, wie zum Beispiel die aktuelle Familiensituation des Interviewpartners. Zwar erfolgte eine Codierung dieser Passagen, aber keine Aufnahme in die Ergebnisdarstellung. Außerdem stellen Frage 3 aus dem Interviewleitfaden zum Thema Placebos und unspezifische Therapien, sowie Frage 5 zum Arztbild und persönlichen Werdegang keinen Schwerpunkt im Ergebnisteil der Dissertation dar. Diese Fragen verblieben nach Rücksprache der Autorin mit dem Betreuer der Arbeit jedoch im Interviewleitfaden, damit eventuelle wertvolle Informationen im Rahmen der Interviews nicht verloren gehen, die für

andere Passagen interessant sein könnten. Außerdem konnte man mit Hilfe dieser Fragen einen besseren Eindruck über die Tätigkeit des jeweiligen JAA erhalten und etwaige Haltungen und Motivationen erkennen.

Da es sich beim vorliegenden Material um vollständige Interviewtranskripte handelt, wurden als Analyseeinheit nur komplette Textstellen verwendet. Unter Textstelle wird in dieser Arbeit ein vollständiger Satz verstanden. Die Codierung einzelner Wörter oder Satzteile wurde nicht vorgenommen. Für die Kategorienbezeichnung wurden Begriffe aus dem Material verwendet. Falls weitere Textstellen mit ähnlicher Bedeutung gefunden wurden, wurden diese der Kategorie zugeordnet (Subsumption). Für inhaltlich neue Textstellen wurde eine neue Kategorie gebildet. Durch eine genaue Beschreibung der Kategorien konnten die Textstellen aller Interviews exakt zugeordnet und dadurch in den Kategorien die nötige Trennschärfe erreicht werden. Durch den Analyseschritt der Zusammenfassung wurde in mehreren Schritten durch eine induktive Kategorienbildung das vorliegende Material auf wesentliche Sinngehalte hin überprüft und auf die für die Forschungsfragen wichtigen Inhalte reduziert. Auf diese Weise entstand ein Kategorienraster, das eine thematische Gliederung enthielt. Durch die Gliederung konnten Materialeinheiten sortiert und unter Kategorien rationell zusammengefasst werden. Durch die nachfolgende Strukturierung wurde jeder Materialteil in einem Raster von vorab definierten Kategorien eingeordnet. Damit konnte das komplette Material lückenlos seiner Struktur nach erfasst werden (Jenker 2007).

Nachdem der Codierleitfaden in einer qualitativen Werkstatt diskutiert und überarbeitet wurde, erfolgte ein endgültiger Materialdurchgang mit den übrigen Interviews. Bei Bedarf wurden Kategorien angepasst und erneut an das Material angelegt (Mayring 2010). Im Anschluss an diese Bearbeitungszyklen wurden die Ergebnisse mit Blick auf die Forschungsfragen interpretiert und im Rahmen eines Treffens mit den Mitarbeitern des Projekts diskutiert.

2.4.3 Revision und Strukturierung zur Berichtserstellung

Da nach der initialen Bearbeitung von knapp der Hälfte der Interviews die in qualitativer Forschung erfahrene Sozialwissenschaftlerin, die die Auswertung methodisch betreuen sollte, aus persönlichen Gründen nicht mehr zur Verfügung stand, musste der Betreuer der Dissertation stärker in die Analyse miteinbezogen werden. Hierbei nahm die Autorin in einem ersten Schritt die Codierung der letzten Interviews vor. Dabei äußerte der Betreuer die Vorgabe, die Bearbeitung des Materials nicht zu kleinteilig durchzuführen und das Abstraktionsniveau anzuheben. Unter Priorisierung der drei Forschungsfragen, die in der Einleitung genannt werden, versuchte die Autorin, einen ersten Entwurf des Ergebnisteils zu verfassen. Auf dieser Basis erfolgten wesentliche Teile des Analyseprozesses erneut und bei

relevanter Nichtübereinstimmung wurden diese zwischen der Autorin und dem Betreuer diskutiert. Hierbei wurden die von der Autorin verfassten Texte und Zitate vom Betreuer zum Teil nochmals in kleine Teile zerlegt. Durch dieses Vorgehen wurden zum Teil Verschiebungen vorgenommen und Redundanzen vermindert. Des Weiteren erfolgte ein intensives Gegenprüfen durch die Zuhilfenahme der Interviews und der MAXQDA-Dateien. Dabei wurden die Kategorien teilweise verändert. Dies erfolgte unter Rücksprache mit einem Soziologen und einem Allgemeinmediziner.

2.5 Ethikkommission, Teilnehmerinformation und Datenschutz

Für die Studie lag ein zustimmendes Votum der Ethikkommission der TU München (Zeichen 450/15s/ Votum vom 15.10.2015, Amendment vom 19.09.2016) vor. Alle Teilnehmer*innen wurden vorab schriftlich und mündlich über die Studie informiert und stimmten der Teilnahme mündlich und schriftlich zu. Die Studieninformation und die Einverständniserklärung finden sich im Anhang.

Alle Hinweise auf Personen oder Orte wurden im Rahmen der Transkription aus den Interviews entfernt. Die Transkriptionen wurden durch einen zweistelligen Interviewcode pseudonymisiert in Bezug auf den Teilnehmer. Eine Zuordnung der Teilnehmer*innen zu den Einverständniserklärungen ist nur über eine in einem abgeschlossenen Schrank im Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung aufbewahrte Zuordnungsliste möglich. Die Tondokumente der Interviews wurden nach Korrektur der Transkriptionen zeitnah gelöscht.

3 Ergebnisse

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse der Interviewstudie dargestellt. Zunächst erfolgt eine Beschreibung der Merkmale der Studienteilnehmer*innen. Danach werden die erlebten Unterschiede zwischen der Tätigkeit im Krankenhaus und in der hausärztlichen Praxis geschildert. Im Anschluss werden die Verwendung von und die Einstellungen zu den komplementärmedizinischen Verfahren durch die JAÄ dargestellt. Abschließend wird der Umgang mit Wissenschaftlichkeit beschrieben.

3.1 Soziodemographie und Tätigkeitsmerkmale der Studienteilnehmer*innen

Insgesamt nahmen 13 Ärztinnen und Ärzte an der Interviewstudie teil. Zehn Teilnehmer*innen waren Frauen, drei Männer (siehe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Zehn Teilnehmer*innen waren zwischen 31 und 40 Jahre alt, eine war jünger und zwei älter. Sieben Teilnehmer*innen waren in städtischen bzw. Vorort-Praxen tätig, sechs in ländlichen Praxen. Sechs JAÄ arbeiteten in Teilzeit, die restlichen 9 in Vollzeit. Zwei der Befragten befanden sich im dritten, vier im vierten, drei im fünften Weiterbildungsjahr und vier hatten ihre Weiterbildung innerhalb der letzten zwei Jahre abgeschlossen. Alle befragten Personen waren im Bezirk Oberbayern tätig.

Tabelle 1: Merkmale der Teilnehmer

Nr.	Geschlecht	Alter	Region	Teilzeit/ Vollzeit	Weiterbungsjahr/ Facharzt (seit wann)	Interview -dauer
1	Weiblich	31-40	Stadt	Teilzeit	Fachärztin (seit 9 Mon.)	49 min
2	Männlich	31-40	Umland	Teilzeit	Facharzt (seit 1 Mon.)	58 min
3	Weiblich	51-60	Stadt	Vollzeit	3	45 min
4	Weiblich	31-40	Stadt	Vollzeit	5	72 min
5	Weiblich	31-40	Land	Teilzeit	5	69 min
6	Weiblich	31-40	Stadt	Vollzeit	4	48 min
7	Weiblich	31-40	Land	Teilzeit	3	69 min
8	Männlich	31-40	Land	Vollzeit	5	46 min
9	Weiblich	31-40	Land	Teilzeit	Fachärztin (seit 18 Mon.)	63 min
10	Weiblich	41-50	Land	Teilzeit	Fachärztin (seit 9 Mon.)	55 min
11	Männlich	31-40	Stadt	Vollzeit	4	60min
12	Weiblich	31-40	Stadt	Vollzeit	4	42 min
13	Weiblich	21-30	Land	Vollzeit	4	46 min

3.2 Übersicht der studienzielbezogenen Themen und Kategorien

Abbildung 2 zeigt die Übersicht der in den folgenden Kapiteln 3.3 bis 3.5 ausführlich beschriebenen Hauptergebnisse der Dissertation.

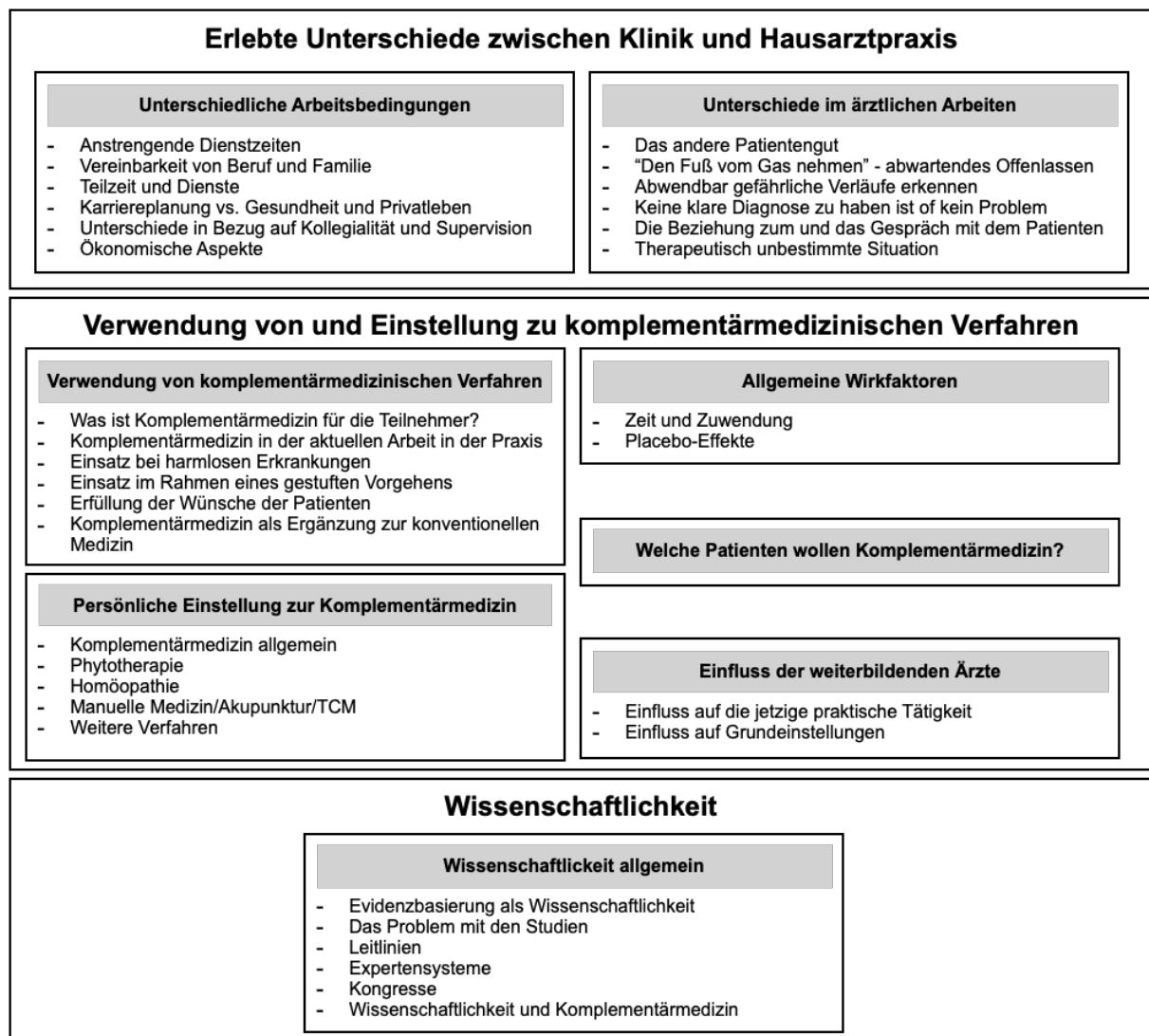


Abbildung 2: Übersicht der Haupt- und Unterkategorien der folgenden Kapitel

3.3 Erlebte Unterschiede zwischen Klinik und Hausarztpraxis

Auf die Frage nach den erlebten Unterschieden zwischen Klinik und Hausarztpraxis reagieren die meisten Teilnehmer zunächst mit Berichten über die formalen Rahmenbedingungen ihrer

Arbeit. Dabei stehen vor allem die Unterschiede bezüglich Arbeitszeiten und Work-Life-Balance in Klinik und Hausarztpraxis im Vordergrund, es werden aber auch Kollegialität und Supervision oder der Einfluss ökonomische Faktoren thematisiert.

3.3.1 Unterschiedliche Arbeitsbedingungen

Unterschiedliche Arbeitsbedingungen
- Anstrengende Dienstzeiten
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- Teilzeit und Dienste
- Karriereplanung vs. Gesundheit und Privatleben
- Unterschiede in Bezug auf Kollegialität und Supervision
- Ökonomische Aspekte

Abbildung 3: Unterschiedliche Arbeitsbedingungen

3.3.1.1 Anstrengende Dienstzeiten

Die befragten JAÄ schildern die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus als psychische und physische Belastung. Hierbei heben sie hervor, dass die langen Arbeitszeiten die größte Herausforderung darstellen. Abgesehen von der großen medizinischen Verantwortung, die den jungen Ärzt*innen auferlegt wird und mit welcher sie noch nicht zurechtkommen, geben sie an, dem hohen Arbeitspensum nicht gewachsen zu sein.

Die folgende Interviewpartnerin berichtet von ihren Erfahrungen auf Station und bemängelt, dass sie durch die enorme Arbeitsbelastung nicht ausschließen konnte, Fehler zu begehen, welche ihr unter normalen Bedingungen nicht passieren würden:

Täglich mindestens elf bis zwölf Stunden arbeiten war schon sehr hart. Die Verantwortung, das fiel mir auch schwer, weil man dann doch irgendwann dazu neigt, Fehler zu machen, wenn man müde ist. (06-w, 31-40J, Z.: 14-17)

Eine weitere Teilnehmerin berichtet über das Gefühl von Entlastung und Erleichterung beim Wechsel von der Klinik in die Praxis bezüglich der Arbeitszeiten. Hierbei schätzen die JAÄ, geregelte und zeitlich ausgewogenere Arbeitszeiten zu haben. Dies empfinden sie als angenehm und betonen, wie wichtig es ihnen ist, eine gute Work-Life-Balance verwirklichen zu können:

Also insgesamt war's 'ne große Erleichterung. Als unglaublich angenehm ha'b ich empfunden, dass man keinen Schicht- und keinen Wochenenddienst mehr hat, das heisst ein geregeltes Alltags- und Arbeitsleben. Also feste Arbeitszeiten, das war eigentlich so der größte Sprung. (04-w, 31-30J, Z.: 22-23)

Gleichzeitig erzählt die folgende Interviewpartnerin, dass die Arbeit in der Allgemeinarztpraxis viel Eigenengagement und Disziplin erfordert. In der Praxis habe man keine Schichtarbeit abzuleisten, aber man könne durchaus einen Behandlungsdruck von Seiten der Patienten verspüren. Gerade zu Beginn der Praxistätigkeit ist man mit den Abläufen nicht vertraut, die völlig anders sind als in der Klinik. Dies lässt JAÄ zweifeln, ob sie der neuen Situation gerecht werden. Darüber hinaus erzählt die Teilnehmerin, dass das Arbeiten in der Praxis durchaus kräftezehrend ist und man sich erst daran gewöhnen muss, mit der Belastung richtig umzugehen. Die Befragte schildert ihre Situation ausschließlich aus der Tätigkeit in der Hausarztpraxis. Ihre stationäre Weiterbildungszeit hatte sie noch nicht abgeleistet:

Aber grade am Anfang hab' ich schon, schon oft gedacht, ob ich das durchhalte und ob ich das schaffe. Und es wurde schon sehr, sehr viel von mir erwartet und sehr, sehr viel gefordert auch kräftemäßig. Also die Tage sind sehr, sehr lang gewesen, montags waren 10 Stunden zum Beispiel. Also das war schon - und Praxis ist halt dann auch nicht einfach zu, wenn die Patienten im Wartezimmer sitzen und es war schon sehr, auch körperlich sehr anstrengend. (03-w, 51-60J, Z.: 23ff.)

3.3.1.2 Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Persönliche Interessen, wie zum Beispiel das Realisieren von familiären Zielen, können aus Sicht der folgenden Befragten in einer allgemeinmedizinischen Praxis gut umgesetzt werden. Hierbei ist das Augenmerk auf die Auswahl der Weiterbildungspraxis gerichtet, in welcher im optimalen Fall auf die familiäre Situation geachtet wird. Die Schichtarbeit in der Klinik und damit verbundene Dienstpläne, welche unter den Assistenzärzt*innen aufgeteilt werden müssen, entfallen in der Hausarztpraxis. Dieser Vorteil wird von den Befragten als durchwegs positiv für die Lebensqualität beschrieben:

Und das muss man auch sagen, Familie ist in der Praxis, auch in einer Praxis wie hier, die da wirklich sehr sozial ist und sich umsichtig ist, total kompatibel. (07-w, 31-40J, Z.: 31)

3.3.1.3 Teilzeit und Dienste

In einigen Kliniken wird den JAÄ die Möglichkeit gewährt, Teilzeit zu arbeiten. Hierbei berichten sie, dass sich dies aber im klinischen Alltag nahezu nicht umsetzen lässt und durchsetzen kann. Verbunden mit dem Mangel an ärztlichen Kolleg*innen müssen die vorhandenen Ressourcen optimal ausgeschöpft werden. Hierbei müssen vor allem die weiblichen JAÄ, die den Wunsch nach Teilzeitarbeit hegen, ihre beruflichen Pläne überdenken und die privaten

Umstände miteinbeziehen. Falls familiäre Gründe dazu führen, dass man sich mit seinem Partner arrangieren und absprechen muss, um Wochenenddienste zu organisieren, kann die Situation eintreten, dass JAÄ viele Einschnitte in ihrem Privatleben in Kauf nehmen müssten. Dies wollte die folgende Teilnehmerin nicht akzeptieren:

In der Klinik - Teilzeit - war zumindest vor jetzt sieben Jahren noch schwierig. Ich denk, dass es heute noch nicht so viel besser ist. Grade mit den Wochenenddiensten. Es kommt dann auch noch dazu, dass mein Mann auch Arzt ist. Das heißt, die Wochenenden sich dann zu teilen. Der eine ist zwei Wochenenden im Dienst, der andere zwei Wochenenden. Das war ein Modell, das wir nicht wollten. (09-w, 31-40J, Z.: 20)

3.3.1.4 Karriereplanung vs. Gesundheit und Privatleben

Das Kennenlernen des klinischen Alltags auf Station und der damit verbundenen harten Arbeitsbedingungen können JAÄ dazu veranlassen, ihre ursprünglichen Karrierepläne zu überdenken. Das Privatleben lässt sich in der Praxis besser mit dem Beruf vereinbaren und die Sorge um die eigene Gesundheit kann mehr in den Fokus gerückt werden:

[...] zuerst wollt' ich gerne an der Uni bleiben. Also dacht' ich, dass ich da erstmal Karriere machen will. Aber es kam dann so ein bissl mit dem Älterwerden und weil ich auch den Arztberuf so jetzt in der Klinik sehr intensiv und zeitintensiv und sehr anstrengend empfunden hab` - dacht ich, dass das in der Praxis vielleicht ein bisschen besser wird mit der eigenen Gesundheit und es sich mit dem Privatleben eben vereinen lässt, genau. (12-w, 31-40J, Z.: 11ff.)

Einige Teilnehmer erzählen, dass die Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner nicht ihre ursprünglich erste Wahl war. Eine Teilnehmerin erzählt, dass sie gerne im Bereich der Inneren Medizin arbeitet und ursprünglich eine weitere Spezialisierung auf diesem Gebiet angestrebt hat. Sie gibt an, dass sie ihre anfänglichen Pläne noch nicht gänzlich verworfen hat und sich durchaus vorstellen kann, die Spezialisierung zu einem späteren Zeitpunkt zu erwerben. Hierbei hat sie die Erfahrung gemacht, dass ihr auch als Allgemeinmedizinerin alle Möglichkeiten offenstehen und ihre Karrierepläne nicht zwingend an eine stationäre Arbeit gebunden sind. Ihre anfänglichen Zweifel - von Seiten ihrer Bekannten und auch eigene – konnte sie beiseitelegen und gibt an, sich in ihrer Rolle als Hausärztin wohl zu fühlen und die damit verbundenen Aufgaben als attraktiv zu empfinden:

Also, ich bin schon reingegangen, um auch zu sagen: "vielleicht mach' ich's ein Jahr und es ist halt einfach nix für mich, ja." Wurde ja auch viel gesagt: "ja,

du machst ja gar nichts mehr. Du schreibst nur Überweisungsscheine“ und so Sprüche. Aber da bin ich definitiv vom Gegenteil überzeugt. Also mir macht es Spaß. Und es war schön zu sehen, dass es meins ist. Es kann zwar schon sein, dass ich später nochmal erweiterer zum Diabetologen oder was auch immer. Aber es ist ein tolles Fach. Aber es war nicht von vorne herein klar, dass ich Allgemeinarzt werde. (09-w, 31-40J, Z.: 20ff.)

3.3.1.5 Unterschiede in Bezug auf Kollegialität und Supervision

Für die Befragten stellt es sich als wichtig heraus - unabhängig davon, ob die Ausbildung in der Klinik oder in der Praxis begonnen wurde - dass der kollegiale Zusammenhalt gut funktioniert und fachliche Unterstützung gewährt wird. Je nachdem, welche persönlichen Fähigkeiten man besitzt und wieviel Unterstützung gewünscht wird, werden unterschiedliche Meinungen geäußert. In der Klinik hat man die Möglichkeit, unter mehreren Kollegen die für sich passende kollegiale Unterstützung zu finden. In der Hausarztpraxis kann die Situation eintreten, dass man nur einen Kollegen hat. Je nachdem wie die Zusammenarbeit funktioniert, muss man einen Weg finden, miteinander zurecht zu kommen. Diese Tatsache wird von den Teilnehmer*innen unterschiedlich bewertet. Je nach persönlichen Vorlieben, etwa wieviel Unterstützung man möchte, fühlen sich die Betroffenen in der Klinik oder in der Hausarztpraxis wohler:

Also ich find' in der Klinik ist man viel mehr mit Kollegen eingebunden, was ich immer sehr nett fand. Das fand ich ein bisschen schwierig in meiner ersten Praxis. Da war ich alleine mit einer Ärztin, das fand ich ähm, ja, also man hat sich gut verstanden - oder nicht (lacht). Das fand ich nicht so schön, dass man da eben so allein, so ein Einzelkämpfer ist. Und hier hab' ich aber noch einen anderen Weiterbildungsassistenten, das find ich ganz nett, das find ich gut. (12-w, 31-40J, Z.: 15-16)

Als positiv wird die Tatsache von JAÄ bewertet, dass man in der Klinik ärztlichen Rückhalt hat und bei Zweifeln am eigenen medizinischen Handeln potentiell direkte Hilfe in Anspruch nehmen kann, welche durch Oberärzte abgedeckt wird. Diese Erfahrungen können laut einer Befragten ausschließlich in der Klinik vermittelt werden, da hier Einrichtungen wie eine Notaufnahme zur Verfügung stehen, in welcher akut kranke Patienten behandelt werden, die sich in einer Notfallsituation befinden:

[...] Und zum Beispiel man hat ja in der Klinik auch 'ne Notaufnahmezeit, wo man dann doch unter oberärztlicher Supervision ist. (04-w, 31-40J, Z.: 26)

Eine Befragte schildert dagegen, dass sie in der stationären Arbeit als Assistenzärztin eine solche oberärztliche Supervision nicht in Anspruch nehmen konnte. Sie fühlte sich in der Umsetzung ihrer medizinischen Tätigkeit nicht ausreichend unterstützt und gibt zu verstehen, dass auch auf qualitative Aspekte ihrer Arbeit in ihren Augen nicht ausreichend Wert gelegt wurde:

[...] auf die Qualität der Arbeit hat in meiner Klinikzeit, in meiner Ausbildungszeit niemand gekuckt, ehrlich gesagt. Also ich kenn das auch nicht, also diese klassischen Oberarztvisiten, die man sonst in der Ausbildung hat, die kannte ich nicht. (04-w, 31-40J, Z.: 23f.)

Die Unterstützung durch Kollegen wird auch im ambulanten Bereich als essentiell empfunden, insbesondere die Rückversicherung beim Weiterbilder, der mit seiner Erfahrung eine wichtige Stütze und Entscheidungshilfe sein kann. Im Gegensatz zur Klinik hat man in der Praxis mit dem Weiterbilder einen direkten Ansprechpartner, der im Normalfall auch in der Praxis anwesend ist und den man um Rat bittet. Im klinischen Alltag erreicht man die zuständigen Oberärzt*innen oft nur schwer und auch die Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiche sind nicht immer klar definiert. In der Hausarztpraxis ist die Situation eine andere: der Weiterbilder ist der direkte Vorgesetzte, der als Ratgeber zur Seite steht. Hierbei schätzen es die JAÄ, mit Hilfe der Erfahrung des Weiterbilders Situationen einzuschätzen zu lernen, in welcher medizinischer Handlungsbedarf besteht. Auch weniger akute Situationen sollen richtig eingeordnet und der Patient adäquat behandelt werden:

Also die Erfahrung vom Weiterbilder ist total wichtig. Wie geh ich jetzt bestimmte Situationen an. Ähm, Zuwarten - wann muss ich sozusagen was machen? Ganz oft hat man einfach so unklare Situationen, wo man sich so unsicher ist, wie geh ich jetzt damit um? Und, ähm, oft sind es auch so ganz banale Sachen, wo jetzt keine akute Gefahr besteht, aber wo man trotzdem halt einen guten Tipp geben möchte. Und wie kann man dem Patienten jetzt weiterhelfen? (08-w, 31-40J, Z.: 22f.)

3.3.1.6 Ökonomische Aspekte

Ein Aspekt, der nur von wenigen Teilnehmern thematisiert wird sind wirtschaftliche Aspekte. Dies ist ein Thema, welches von niedergelassenen Ärzt*innen im Fokus bleiben muss, um langfristig agieren und Kosten decken zu können. Da JAÄ nicht für die finanziellen Belange der Praxis verantwortlich sind, stellen sie diese Überlegungen noch nicht an. In den Augen von einigen Teilnehmern ist die Komplementärmedizin eine zusätzliche Einnahmequelle und für Ärzt*innen eine Möglichkeit, Patienten zu gewinnen.

Es ist natürlich auch ein Wirtschaftlichkeitsfaktor, ja wenn man das und das anbietet, hat man natürlich dann auch bessere Chancen Patienten zu kriegen... (03-w, 51-60J, Z.: 39)

Eine Teilnehmerin erzählt, dass der finanzielle Aspekt, mit welchem Zusatzbezeichnungen verbunden sind, nicht immer einfach zu lösen ist. Junge Ärzt*innen müssen diese selbst finanzieren und zudem für die Kurse ihre Freizeit investieren. Selbst wenn die Nachfrage bei Patienten gegeben ist, sind JAÄ aufgrund der geschilderten Tatsachen nicht ausreichend überzeugt:

So direkt nach dem Kurs hab' ich gedacht: "ja, eigentlich und so das Interesse bei den Patienten ist auch da". Aber ich glaub' nicht, dass ich es mache. Irgendwie hab' ich mir schon mal gedacht: "ach, das wär' ja schon toll". Muss aber schon sagen, dass das alles immer mit ordentlich Geld verbunden ist, das ist der eine Punkt. Und Zeit - das ist der andere Punkt. (07-w, 31-40J, Z.: 41f.)

3.3.2 Unterschiede im ärztlichen Arbeiten

Unterschiede im ärztlichen Arbeiten
- Das andere Patientengut
- "Den Fuß vom Gas nehmen" - abwartendes Offenlassen
- Abwendbar gefährliche Verläufe erkennen
- Keine klare Diagnose zu haben ist of kein Problem
- Die Beziehung zum und das Gespräch mit dem Patienten
- Therapeutisch unbestimmte Situation

Abbildung 4: Unterschiede im ärztlichen Arbeiten

3.3.2.1 Das andere Patientengut

Im weiteren Verlauf der Interviews zeigen sich in den Berichten der Teilnehmer die deutlichen Unterschiede im ärztlichen Arbeiten in Klinik und hausärztlicher Praxis. Ein zentraler Aspekt ist hierbei das unterschiedliche Patientengut. Während JAÄ in der Klinik mit schwerkranken Patienten konfrontiert waren, treffen Sie in der Praxis vorwiegend auf Personen mit weniger akuten Problemen, wie „Erkältungen“, „Fußpilz“ oder auf „psychosomatische Beschwerden“ und „Befindlichkeitsstörungen“. Die meisten gesundheitlichen Probleme sind wenig bedrohlich, jedoch müssen die JAÄ auch jederzeit gefasst sein, auf Patienten mit schweren Erkrankungen zu treffen. Beschwerden und Erkrankungen aus der gesamten Medizin können vorkommen, die Arbeit ist somit „breit gefächert“. Dies stellt für JAÄ eine Herausforderung dar, macht die hausärztliche Arbeit aber auch spannend, da es immer wieder neue Herausforderungen gibt. Hierbei haben andere Fachdisziplinen im internistischen Bereich den

Vorteil, dass die Patienten vorselektiert und nur der Fachdisziplin entsprechend vorstellig werden:

[...] nicht diese schwerkranken Patienten, einfach so diese banaleren Geschichten auch und das Sozialmedizinische, wo einfach so Familie, Lebenssituation, Lebensumfeld mit eine Rolle spielt. (07-w, 31-40J, Z.:27-29)

[...] die Patienten hier haben hauptsächlich; also die häufigsten Diagnosen sind Erkältungen, Wirbelsäulendiagnosen, psychosomatische Beschwerden. Und dann gibt es welche, die auch mal 'ne Krebserkrankung haben, Diabetes und Herzgeschichten. Das ist so - die anderen Disziplinen, die selektieren einfach durch die Disziplin [Allgemeinmedizin] die Patienten. (06-w, 31-40J, Z.: 457-461)

[...] in der Allgemeinarztpraxis ist es halt ein sehr breites Klientel. Ja, da muss man den Überblick über die Kardio, über die Gastro, also was so zum internistischen, gynäkologischen, dermatologischen Gebiet gehört, also da kommt ja alles. Und in der Klinik hat man den Vorteil, wenn man sagt, ok ich geh' jetzt auf die Onkologie, da sieht man halt nur onkologische Pateinten. Das ist nicht so breit gefächert und das ist vielleicht zum Anfang dann etwas leichter und ahm, also ich hätt' es nicht anders rum machen wollen. (04-w, 31-40J, Z.: 26-29)

Und es ist halt auch viel Neues. In der Klinik ist jetzt Fußpilz oder so weniger das Thema. Oder eben viele banale Probleme, wo man auch nicht unbedingt eine Lösung gleich parat hat. Wo man erstmal kucken muss: wie behandel ich das jetzt? Also das war daher vom Patientengut und vom Problemspektrum was Anderes. Also sehr interessant, immer was Neues. (08-m, 31-40J, Z.: 59-63)

[...] die Erkältungen sind einfach die häufigsten- Erkältungserkrankungen, sei es jetzt obere, untere Atemwegsinfekte, ob antibiotische An-Therapie indiziert ist oder nicht, wann mach' ich Laboruntersuchung. (01-w, 31-40J, Z.: 74-76)

3.3.2.2 „Den Fuß vom Gas nehmen“ – abwartendes Offenlassen

Eng mit dem vorherrschenden Patientengut in der Hausarztpraxis verknüpft ist der zweite deutliche Unterschied: der häufig völlig andere diagnostische Prozess. Im Studium und in der

klinischen Weiterbildung haben die JAÄ gelernt, dass eine systematische, genaue Diagnostik und eine präzise Diagnose wichtige Voraussetzungen für eine gute Medizin sind. Hierbei wird ein großer Schwerpunkt auf die gerätegestützte Diagnostik gelegt. Die Patienten werden schnell einer intensiven Diagnostik unterzogen, die nach einem standardisierten Vorgang abläuft. Der Mehrwert dieses Vorgehens wird nicht immer kritisch genug hinterfragt:

Und in der Vorlesung, in der Uni ist es auch schwarz und weiß. Da denkt man, es gibt nur, also es gibt nur die Möglichkeit, es zu erkennen, es zu wissen und dann auch zu diagnostizieren und es dann auch zu behandeln. (07-w, 31-40J, Z.: 473-475)

In der Klinik ist es irgendwie so, wenn man Röntgen von der Lunge, EKG – [da] gibt's einfach so ein paar Sachen, Aufnahmelabor, die waren nicht notwendig mit dem Oberarzt zu besprechen. Und eher wurde gefragt: "warum ist das noch nicht gelaufen?" Also da werden Patienten einfach in die Diagnostikmühle geworfen, weil die Diagnostik halt stationär einfach dazu gehört. (09-w,31-40J, Z.: 109-113)

Alle Teilnehmer schildern in ihren Berichten auf die eine oder andere Weise, dass dies in der hausärztlichen Praxis weder umsetzbar noch sinnvoll ist. Anfangs kann es schwer sein, das zu akzeptieren und die JAÄ empfinden die Situation als einen gewissen „Praxisschock“. Jedoch lernen JAÄ, dass dieses in der Klinik erlernte, vorgefertigte und intensive Vorgehen der Diagnostik häufig in der allgemeinmedizinischen Praxis nicht notwendig ist. Die meisten Patient*innen sind nicht schwer krank, sehr viele haben dagegen selbstlimitierende oder unklare Beschwerden. Die JAÄ lernen, dass sie in vielen Fällen auf Zeit und damit auf „abwartendes Offenlassen“ setzen können und nicht sofort handeln müssen. Dies ist ein Vorteil, den sich Ärzt*innen in der Hausarztpraxis zu Nutze machen können, da der Patient wieder einbestellt werden kann.

Es ist aber durchaus wichtig, dass die weiterbildenden Ärzt*innen beratend zur Seite stehen, in dem sie aufkommende Fragen beantworten oder zur Supervision zur Verfügung stehen:

[...] bissl so ein Praxisschock, weil man halt von der Klinik doch so gewohnt ist, dass man bei jedem Patienten alle Untersuchungen, die man machen möchte, durchführen kann. Was halt in der Praxis ned so geht. Man hat ja grad in der Praxis so dieses "abwartende Offenhalten" und einfach mal so bissl zuschauen, was, wie entwickelt sich das Ganze? (10-w,51-60J, Z.: 226-229)

Was du eher lernen musst, was einen am Anfang stresst, ist, dass du nicht immer alles gleich lösen musst. In der Klinik kommt jemand und du machst gleich Röntgen und Labor - und hast alles. Und brauchst ja relativ schnell 'ne Lösung. Und das brauch' ich ambulant nicht. Und das zu lernen, dass ich dem jetzt erstmal zuhör' und sag: "ja, kommen Sie morgen wieder. Oder wir schau'n mal, wir machen das so und so." Dass ich nicht sofort, innerhalb von zehn Minuten den ganzen Lösungsweg parat haben muss, wie man den Patienten so managt. Das war eigentlich das, was am Anfang schwierig war. Aber das hat meine Chefin eigentlich ganz gut aufgefangen. (09-w, 31-40J, Z.: 165-172)

Die JAÄ müssen dabei lernen zu unterscheiden, bei welchen Patienten dringender Handlungsbedarf besteht und bei wem ein vorschnelles und übertriebenes Handeln kontraproduktiv ist. Hierbei müssen sie sich darauf einlassen, sich ein neues, für die hausärztliche Praxis kompatibles Vorgehen anzueignen. Damit soll sichergestellt werden, dass keine übertriebene Diagnostik gemacht wird, die dem Patienten auch schaden kann:

Und da ist es so, dass ich das natürlich erstmal lernen musste, so dieses Triage-System so ein bissl für mich anzuwenden. Dass man sagt: "ok jetzt, das ist vielleicht wirklich auch 'ne Sache, die man sich morgen nochmal anschauen kann." Und das hab' ich halt in der Klinik nicht gehabt. Dieses Denken muss man einfach neu lernen. (11-m,31-40J, Z.: 106-110)

Mehrere Teilnehmer beschreiben, dass am Anfang der Praxistätigkeit eine grundlegende Veränderung des Denkens im Behandeln von allgemeinmedizinischen Patienten stattfinden muss. JAÄ müssen sich darauf einlassen, ihren Rhythmus des Arbeitens zu ändern. Durch die Tatsache, dass das Spektrum der Krankheiten der Patienten, die eine hausärztliche Praxis besuchen, zum Großteil weniger akut ist als in der Klinik, muss ein anderer Behandlungsstil angewandt und mit „Ruhe“ vorgegangen werden:

Hier muss man erstmal ein bisschen zur Ruhe kommen, weil man aus der Klinik das so gewohnt ist, dass der Patient schwer krank ist und dass es schnell gehen muss und dass es immer auch das Schlimmste sein kann. Hier, das erste was der Chef zu mir gesagt hat, ist der Unterschied zur Klinik, dass die Patienten gesund sind und man muss Sie davon überzeugen, dass Sie gesund sind. Und das war für mich ein Umdenken, dass ich nicht sofort, wenn jemand Bauchschmerzen hatte, an die schlimmsten Komplikationen gedacht habe, sondern mit Ruhe gemacht habe. Und dass ich hier Zeit habe. Dass ich die Möglichkeit hab', wenn ich mir unsicher bin, den Patienten zu

*Hause nochmal anzurufen, um den zu fragen: "wie geht es Ihnen heute?"
Das war eigentlich das "den Fuß vom Gas nehmen". Das war eigentlich die
größte Umstellung für mich. (06-w, 31-40J, Z.: 20ff.)*

3.3.2.3 Abwendbar gefährliche Verläufe erkennen

Viele Teilnehmer berichten, dass es zunächst schwierig und belastend ist, die diagnostische Unsicherheit in der hausärztlichen Praxis auszuhalten. Diese Unsicherheit versuchen JAÄ dahingehend zu lösen, indem sie den Patienten häufiger kontaktieren. In der Praxis kann man sich außerdem zu Nutze machen, dass die Patienten oftmals schon über längere Zeit angebunden sind und ihre Krankheitsgeschichte bekannt ist:

Also ich hab' am Anfang, schon oft ein bisschen, teils schlaflose Nächste gehabt, wenn man sich dann doch über viele Patienten Gedanken macht: "um Gottes Willen, hätt' ich jetzt da vielleicht...? Hätt' ich ihn doch in die Klinik schicken müssen? Hätt' ich jetzt doch noch diese und jene Untersuchung machen müssen?" Also ich hab' das für mich dann so gelöst, dass ich die Patienten dann relativ oft dann halt wieder einbestellt hab' oder dann telefonisch nachgefragt hab'. Oder halt die Fälle dann mit meinen Chefs nochmal durchdiskutiert hab', die das alles relativ - in der Regel - entspannt gesehen haben, weil je älter man wird, umso relaxter wird man einfach in der Praxis. (10-w, 51-60J, Z.: 27ff.)

Für die jungen und vergleichsweise wenig erfahrenen Ärzt*innen ist es eine zentrale Herausforderung der hausärztlichen Praxis, einerseits mit „abwartendem Offenlassen“, übertriebenen Aktionismus, Überdiagnostik und eine Beunruhigung des Patienten zu vermeiden und auf der anderen Seite „abwendbar gefährliche Verläufe“ rechtzeitig zu erkennen. Dieser von mehreren Teilnehmern gebrauchte, in der allgemeinmedizinischen Lehre gängige Begriff bezeichnet eine gesundheitsgefährdende oder lebensbedrohende Krankheitsentwicklung, die bei sorgfältiger und sachgemäßer Anamnese, Diagnostik und Begleitung des Patienten zu erkennen, zu vermeiden und von Störungen zu unterscheiden gewesen wäre. In diesen Situationen berichten viele Teilnehmer, wie wichtig es ist, dass sie ihre weiterbildenden Ärzt*innen oder erfahrenere Kollegen um Rat und Hilfe bitten können. Mit der Zeit und der wachsenden Erfahrung lernen die JAÄ diese Unsicherheit auszuhalten und kritische Situationen intuitiv zu erkennen. Sie verwenden außerdem Absicherungsstrategien wie Wiedereinbestellungen, Telefonnachfragen oder geben Patienten mit Atemwegsinfekten das Rezept für ein Antibiotikum mit, das diese nur einlösen sollen, wenn die Beschwerden nicht besser werden. Nichtsdestotrotz müssen die JAÄ lernen, diejenigen Patienten zu erkennen, die akut medizinische Hilfe benötigen. Es muss dementsprechend ein Mittelweg

gefunden werden, zum einen keine Übertherapie anzuwenden, zum anderen aber auch schwerwiegende Fälle nicht zu übersehen:

Und hier ist die Schwierigkeit, unter den hundert Erkälteten den mit der Lungenentzündung rauszufischen. Man entwickelt aber mit der Zeit so einen gewissen Blick. Den kriegt man in der Klinik auch ganz schnell. Man sieht den Leuten auch an, wer ist vital bedroht und wer ist stabil. (06-w, 31-40J, Z.: 107f.)

Es ist jedoch nicht vermeidbar, dass bei dem pragmatischen diagnostischen Management in der hausärztlichen Praxis auch Fehler passieren, d.h. dass gelegentlich abwendbar gefährliche Verläufe eintreten. Im folgenden Zitat erinnert sich ein Teilnehmer, wie sich Klinikärzt*innen über das Vorgehen von Hausärzt*innen lustig gemacht haben. Aus der Sicht der Klinikärzt*innen war das hausärztliche Handeln inkompetent. Auf der Basis seiner später gemachten, eigenen Erfahrung in der hausärztlichen Praxis, relativiert der Teilnehmer diese Einschätzung. Das klinische Vorgehen ist aus seiner Sicht nicht ohne weiteres auf das hausärztliche Arbeiten übertragbar, da in der Klinik häufig nur das vorherrschende medizinische Problem des Patienten behandelt wird. Der Hausarzt soll den Patienten in seiner Gesamtheit betrachten und muss dementsprechend oft abwägen, welches gesundheitliche Problem im Vordergrund steht und am dringlichsten behandelt werden muss. Hierbei muss auf mögliche Komorbiditäten Acht gegeben werden:

[...] ich hab' das so in der Klinik auch erlebt, wenn man dann Einweisungen gelesen hat. Man kannte dann auch die Namen zum Teil, persönlich nicht, aber die Namen und dann hat man oder da gab's so Sprüche unter Kollegen so: Was ist das für ein Idiot? Wie hat denn der den Diabetes eingestellt? Wir müssen den Patienten erst wieder einstellen und das wieder richten und wir retten jetzt die Welt und die draußen, die Ambulanten machen ja alles falsch. Und ahm, so ist man dann irgendwie auch beeinflusst worden. Und ahm, in dem niedergelassenen Bereich sieht man dann auch erst, das ist es ganz anderes Arbeiten und ahm, in der Klinik, in dem geschützten Rahmen kann man sich auch, hat ma's auch, ja hat ma's natürlich auch einfach dann zu sagen: wir reparieren jetzt erstmal alles, was draußen schiefgelaufen ist. Ähm, das wissen eigentlich die Krankenhausärzte so gar nicht richtig oder die wenigsten. (02-m, 31.40J, Z.: 212-222)

Erst, wenn man die Erfahrung der hausärztlichen Praxis selbst gemacht hat, versteht man, dass die Herausforderungen in der Praxis andere sind als in der Klinik.

3.3.2.4 Keine klare Diagnose zu haben ist oft kein Problem

Während in der Klinik das möglichst frühzeitige Stellen einer exakten Diagnose ein vorrangiges Ziel war, ist dies in der hausärztlichen Praxis häufig nicht möglich. Es wird zum Teil sogar als unnötig oder sogar kontraproduktiv angesehen. Die folgende Teilnehmerin berichtet, dass man dem Patienten durch das Benennen einer Diagnose durchaus auch schaden kann. Im digitalen Zeitalter hat jeder die Möglichkeit, Begriffe im Internet nachzuschlagen. Hierbei kommt ihrer Meinung nach auf den Hausarzt eine Art Schutzfunktion zu, da im Internet jedermann, egal ob Laie oder Fachmann, Beiträge verfassen kann. Diese Tatsache verunsichert Patienten und kann ihnen eventuell auch schaden:

Interviewerin: Ich würd' das gerne einfach nochmal besser verstehen, weil Sie vorher sagten: "mit klaren Diagnosen stellen, das muss man nicht" [...].

Teilnehmerin: Ich find's nicht notwendig und es kann auch sein, dass es manchmal schlecht für den Patienten ist, weil es auch so ein gewisser Stempel ist, den sie aufgedrückt bekommen. Und lieber ich sag' dem Patienten keine klare Diagnose, dann fangen Sie noch an zu googeln, was das eigentlich ist. Vor allem wenn ich mir nicht sicher bin. Wenn jemand 'ne Multiple Sklerose hat, dann muss er es natürlich wissen. Wenn es aber so Befindlichkeitsstörungen sind, dann schreib' ich auch oder kodier' ich "Bauchschmerzen", aber nicht Appendizitis oder sowas. Da bleib' ich ganz allgemein. Und das ist der Vorteil der Allgemeinmedizin, dass man auch einfach die Beschwerde kodieren kann, ohne dass man weiß, was es genau ist. (06-w, 31-40J, Z.: 439-446)

Die folgende Teilnehmerin sieht das Verfassen von R-Diagnosen (Kürzel für Krankheitszeichen und Symptome in ICD-10 Klassifikation) als großen Vorzug der Allgemeinmedizin, während dies im Krankenhaus nicht toleriert wird:

Es gibt dann diese einfachen Symptome, die man angibt, genau. Manchmal gibt man halt auch 'ne Diagnose, die passt, ja. Aber manchmal, da gibst du tatsächlich Bauchschmerzen ein. Das ist dann so eine R-Diagnose, die eigentlich nicht drinstehen soll. Du sollst eine richtige Diagnose haben. Aber wenn's nun mal einfach nur Bauschmerzen sind. Wobei das in der Praxis schon in Ordnung ist. Da waren die im Krankenhaus viel strenger. (09-w, 31-40J, Z.: 222-227)

Ein Teilnehmer, der seit dem Absolvieren seiner Facharztprüfung als Allgemeinmediziner in einer Praxis mit fachärztlichen und hausärztlichen Internisten arbeitet, beschreibt die

Unterschiede zwischen ihm und seinen Kollegen in Bezug auf den Umgang mit diagnostischer Unsicherheit:

[...] wir [Allgemeinmediziner] machen uns auch Gedanken über die Unsicherheit in Diagnosestellungen, in Beschreibung von Symptomen. Ich [als Allgemeinarzt] hab' wenig Schwierigkeiten einfach zu sagen: Brustschmerz. Solche Diagnosen seh' ich bei den Internisten nicht. Da [...] wird immer versucht, weiter [...] zu diagnostizieren, zu spezifizieren. [...] Wir bleiben da viel mehr an der Oberfläche und sind damit eigentlich oft auch viel [...] näher an der Wahrheit dran, weil wir im niedergelassenen Bereich ja häufig diese unspezifischen Beschwerden haben. [...] Die können diese Unsicherheit, diese Unschärfe irgendwie weniger gut aushalten und müssen mehr diagnostizieren. (02-m, 31-40J, Z.: 66-93)

Aus Sicht dieses Teilnehmers ist er bei unspezifischen oder vorübergehenden Beschwerden mit seiner Symptomdiagnose „näher an der Wahrheit“ als die Internisten, die versuchen, eine genaue Diagnose zu stellen. Auch hier wird wieder betont, dass der bewusste Umgang mit diagnostischer Unsicherheit für Allgemeinmediziner besonders wichtig ist. Hiermit kann abermals eine Übertherapie vermieden werden.

3.3.2.5 Die Beziehung zum und das Gespräch mit dem Patienten

Als ein weiterer fundamentaler Unterschied zwischen Klinik und hausärztlicher Praxis wird von den JAÄ die Beziehung zu den Patienten wahrgenommen. Während die Patient*innen den Ärzt*innen in der Klinik „ausgeliefert“ sind, kann die Betreuung in der hausärztlichen Praxis auf Dauer nur funktionieren, wenn die Präferenzen und Lebensumstände des Patienten mitberücksichtigt werden:

In der Klinik ist das einfach so ein bisschen: jetzt ist der Patient in der Klinik und jetzt ist er den Ärzten ausgeliefert. In der Praxis ist das ein bisschen anders. Da muss man, um ‚glaub‘ ich, eine gute Medizin zu machen, auch schauen: was will der Patient? (11-m, 31-40J, Z.: 112-114)

[...] anfangs lächelt man so, wenn man aus der Klinik kommt, dieses "shared decision making" und "gefährlich abwendbarer Verlauf" und so. Aber genau das ist es, was du tust. Ja und du entscheidest ja nicht für den Patienten, sondern es ist der Patient für sich selbst verantwortlich. (09-w, 31-40J, Z.: 589-591)

Wie bereits im ersten Zitat in Abschnitt 3.3.2.1 berichtet, geht es in der Hausarztpraxis häufig auch darum, die Lebensumstände der Patienten in die Behandlung miteinzubeziehen.

Dementsprechend hat das Gespräch mit den Patient*innen einen höheren Stellenwert, um sich als behandelnder Arzt in die momentane Lage des Patienten zu versetzen können. Hierbei spielen oft auch psychosomatische Hintergründe eine Rolle, die manchmal nicht auf den ersten Blick als Grund oder Auslöser einer Erkrankung ersichtlich sind. Erst durch das genaue Zuhören kann man entsprechenden Ursachen auf den Grund gehen.

Obwohl einige Teilnehmer berichten, dass sie als Ärzt*innen in Weiterbildung noch einen größeren zeitlichen Freiraum haben, wird gleichzeitig der vorhandene Zeitdruck bereits als relevantes Problem wahrgenommen. Die knappe Zeit erschwert es, den Patient*innen den Raum zu geben, den sie bräuchten oder auch – wie im folgenden Beispiel – zu erklären, warum eine gewünschte Therapie nicht notwendig ist:

Interviewerin: Weil Sie vorher gesagt haben: "Sie versuchen schon, dem Patienten das zu erklären, warum das Antibiotikum nicht indiziert ist". Würden Sie dann sagen, dass die Rolle des Gesprächs einen hohen Stellenwert hat?

Teilnehmer: Also jetzt insgesamt in der Allgemeinarztpraxis total. Also hat wirklich einen hohen Stellenwert und macht viel aus. Ähm, eben, schade, wenn man da sehr im Zeitdruck ist und weniger Zeit dafür hat. Ähm, das macht eben ganz viel aus, was der Arzt eigentlich auch ist und leisten kann, wenn man einfach immer nur da sitzt und irgendwelche Medikamente dem Patienten schnell zuwirft und sie wieder schnell rausschickt, dann hat man einfach auch nicht so den Erfolg in der Behandlung, glaub ich. Also das Gespräch macht schon wahnsinnig viel aus. (08-m, 31-40 J, Z.: 83ff.)

Im folgenden Zitat schildert eine Teilnehmerin, wie sie sich einen idealen Beziehungsaufbau vorstellt. Hierbei gibt sie zu verstehen, dass dies eher eine Wunschvorstellung in der Theorie ist, die sich nicht ohne weiteres auf den Alltag in der hausärztlichen Praxis umsetzen lässt. Unter anderem thematisiert sie gleich zu Beginn das Zeitproblem, das die Umsetzung in die Praxis oft verhindert. Aus Sicht der Teilnehmerin ist die wichtigste Aufgabe, gut zuzuhören und sich ein Bild des Menschen vor ihr zu machen. Im zweiten Schritt gilt es, Vertrauen herzustellen und dem Patienten das Gefühl zu geben, dass er ernst genommen wird. Wenn diese Basis geschaffen ist, wird die therapeutische Arbeit deutlich erleichtert, der Patient schenkt dem Behandler sein Vertrauen und lässt sich eher auf Therapievorschläge des Arztes ein:

Also wenn ich die Zeit habe, wenn wir von diesem Theoriefall jetzt mal ausgehen, ich hab ganz viel Zeit und die Patienten kommen nur zu mir, ähm, dann ist das erste tatsächlich, was meine Aufgabe ist: zuzuhören, mir Notizen zu machen und zu kucken, was für ein Mensch sitzt da vor mir. Woran glaubt der, was hat der für Probleme, was glaubt er, was ihm helfen könnte, was glaubt er, was ihm schadet. Das rauszufinden ist schon mal 'ne Riesen-Aufgabe. Die zweite Aufgabe, die ich hab', ist Vertrauen herzustellen. Ähm, Vertrauen, glaub' ich, stell' ich dann her, wenn der Patient sich ernst genommen fühlt, also wenn ich nicht sofort mit der Keule irgendwelche Therapievorschläge über ihn rauf hau' und sag "das geht so aber nicht". Sondern wenn ich in dem, was er wünscht, sofern es mir möglich ist, es ernst nehme. Ich glaube, dass wenn diese ersten Gespräche, bis man sich kennen gelernt hat, gelaufen sind - das ist jetzt zumindest aus meiner Erfahrung aus der Hausarztpraxis raus so - dass dann der, dann findet so 'ne Verschiebung statt, eher auf die Therapie. Weil der Patient hat so das Vertrauen gefasst: "ok, wenn ich wirklich ein Thema hab', hört die mir zu. Und dann kann ich der das auch sagen und ich kann ihr das zum Beispiel auch sagen, wenn mir das nicht passt, was meine Ärztin macht. " Also das ist auch ganz wichtig, dass man da 'ne Basis herstellt. Wenn man das mal geschafft hast, was schwierig genug ist, dann hat man tatsächlich viel mehr 'ne freie Hand, therapeutisch zu arbeiten. (04-w, 31-40J, Z.: 51ff.)

3.3.2.6 Therapeutisch unbestimmte Situationen

Durch die diagnostische Unschärfe und die vielen unspezifischen, meist nicht gefährlichen Beschwerden, entsteht das, was in einer vorangegangenen Studie bei erfahreneren Hausärzt*innen als therapeutisch unbestimmte Situationen bezeichnet wurde (Ostermaier 2019, Ostermaier et al. 2019 und 2020). Aus medizinischer Sicht ist in solchen Situationen eine Therapie nicht wirklich notwendig oder nicht verfügbar, es besteht aber von den Patient*innen und/oder Ärzt*innen ein entsprechender Wunsch. Entsprechende Situationen haben die JA im Krankenhaus kaum erlebt.

Während in der vorangegangenen Studie bei erfahrenen Hausärzt*innen die von uns so bezeichneten, therapeutisch unbestimmten Situationen häufig und als typisch für die hausärztliche Praxis geschildert wurden, thematisieren die JA diese in der vorliegenden Studie seltener explizit, sondern stärker fokussiert auf das Problem der diagnostischen Unsicherheit oder indirekt im Zusammenhang mit der Verwendung von Komplementärmedizin

(siehe Abschnitt 3.4). Das folgende Zitat zeigt deutlich den Fokus auf die diagnostische Unsicherheit:

Also, kommt einer mit einer Gallenkolik, dann wüsst' ich was zu tun ist. Kommt aber jemand mit: "ich hab` da so Bauchschmerzen." Was mach' ich denn jetzt überhaupt? Muss ich das sofort alles machen? Mach' ich jetzt gleich das ganze Labor, selbst wenn ich's machen dürfte? Dann die nächste Frage: "darf ich's überhaupt?" Aber jetzt hat jemand unspezifische Oberbauchbeschwerden. Und ja, da hätt' ich am Anfang jetzt: "muss ich quasi innerhalb von zehn Minuten schon wissen, was der hat?" Oder: "der könnt ja..." In der Klinik haben die Leute ja auch in der Regel schlimmere Sachen, weil die schon geschickt werden. Aber du hast halt jemanden, der zwei Tage Oberbauchbeschwerden hat. Am dritten Tag ist es wieder weg. Was mach ich jetzt mit dem, ja? Also muss ich den jetzt sofort...? Und dass es einfach auch reicht, den zu untersuchen und mit dem zu reden. Hat er Stress, hat er etwas Falsches gegessen? "Wir warten jetzt mal zwei Tage und wenn es nicht besser wird, kommen Sie in zwei Tagen wieder." Also diese Art von Medizin zu lernen und solche... Also die Sachen: "ich hab' da so ein komischen Zwicken da hinten an der Schulter rechts." Da wo du gar nicht weißt, was du machen sollst? Ja, genau und dann gefährlich abwendbarer Verlauf halt im Kopf zu haben [...]. (09-w, 31-40J, Z.: 180-195)

Während ein eindeutiges und akutes Geschehen wie eine Gallenkolik klare diagnostische und therapeutische Konsequenzen erfordert, ist das richtige Vorgehen bei unspezifischen Beschwerden uneindeutig. Die im Zitat gestellten Fragen richten sich aber primär auf die Diagnostik und die Vermeidung eines abwendbar gefährlichen Verlaufs. Es bleibt unklar, inwieweit darüber hinaus therapeutische Optionen erwogen werden.

Das nächste Zitat geht einen Schritt weiter. Die Teilnehmerin wünscht sich eine evidenzbasierte Therapieoption, für den Patienten, der kommt, um Hilfe zu erhalten. Sie kann aber die bestehende Problematik weder erklären, noch verfügt sie über die gewünschte evidenzbasierte Therapieoption. Sie möchte dem Patienten „kommunikativ etwas mitgeben“ oder eben doch etwas verschreiben oder empfehlen, stößt damit aber „häufig an die Grenzen der Schulmedizin“:

[...] irgendwie find' ich wichtig, dass man [...] Belegtes, Bewährtes an die Hand gibt, also ich finde sehr wichtig, dass man sagen kann, vielleicht nicht jetzt Studien aufzählen, aber sagen kann, das ist nachgewiesener Maßen, ähm, hilfreich. Andererseits sehe ich aber viele Situationen, wo man wirklich,

mmh, sagen wir mal ohnmächtig vor einer bestimmten Problematik steht, das nicht erklären kann, auch nicht versteht und gerne etwas anbieten würde, weil, weil doch dieser, diese Handlungserwartung, also der Patient kommt doch, um Hilfe zu bekommen, mal so in der Grundsituation und da musst du irgendwie kommunikativ etwas mitgeben, was ihm die Angst nimmt oder beruhigt [...] oder etwas tatsächlich rezeptieren, in die Hand geben, eine Empfehlung mitgeben. Therapeutische Maßnahme und das ist oft, da stoßen wir, wie ich finde, sehr häufig an die Grenzen der Schulmedizin. (01-w, 31-40J, Z.: 114-123)

Dieser Handlungsdruck wird auch deswegen von Hausärzt*innen stark empfunden, weil diese anders als Fachärzt*innen nicht sagen können, dass keine Erkrankung aus ihrem Spezialgebiet vorliegt. Der Patient kommt nach den Facharztbesuchen zum Hausarzt zurück und hat seine Beschwerden immer noch. In diesen Situationen greifen die JAÄ zum Beispiel auf nicht evidenzbasierte Interventionen zurück:

Ja, also das ist, glaub ich, in der Allgemeinmedizin deutlich schwerer als woanders. Weil der Lungenfacharzt sagen kann: "ja, von der Lunge ist es ned." Deshalb hat der Patient aber trotzdem noch Husten. Der Lungenfacharzt kann dann sagen: "jetzt geh' ma noch zum Kardiologen und jetzt geh ma noch Magenspiegelung machen und so." Genau und der Hausarzt, zu dem kommt der Patient eben zurück und sagt: "ja, aber ich hust' immer noch. Und meine Frau stört das nachts und so, ja." Also, das ist das Schwierigste (lacht) - und dem Patienten dann zu vermitteln: "Sie müssen jetzt tatsächlich noch abwarten. Das wird vorbeigehen, aber Sie müssen abwarten." Das ist schon schwierig und ich denk' da, das ist die Situation, in der man dann halt oft Sachen anbietet, die jetzt nicht, ja, keine so tolle Evidenz haben. Sie müssen halt viel trinken und Sie können Kochsalz inhalieren. Und wo man dann vielleicht auch mal noch ein paar Kügelchen rauszieht, obwohl man vielleicht nicht die große homöopathische Expertise hat - zumindest war das bei mir immer so. Weil der Patient hat dann was in der Hand und kann sagen: "gut, jetzt nehm' ich fünf von dem und dem". (05-w, 31-40J, Z.: 224-236)

Der Wunsch therapeutisch etwas anbieten zu können, besteht aber nicht nur bei komplexeren, schwer abzuklärenden Problemen, sondern auch bei banaleren Problemen wie z.B. Erkältungen.

Und, ähm, oft sind es auch so ganz banale Sachen, wo jetzt keine akute Gefahr besteht, aber wo man halt trotzdem einen guten Tipp geben möchte. (08-m, 31-40J, Z.: 23ff)

3.4 Verwendung von und Einstellung zu komplementärmedizinischen Verfahren

3.4.1 Verwendung von komplementärmedizinischen Verfahren

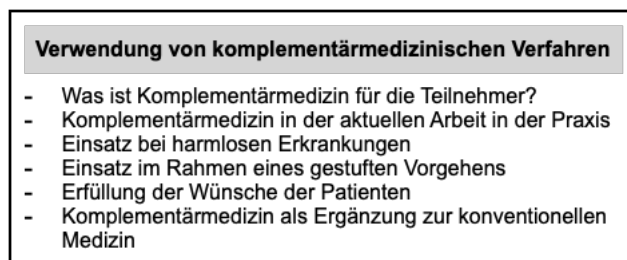


Abbildung 5: Verwendung von komplementärmedizinischen Verfahren

3.4.1.1 Was ist Komplementärmedizin für die Teilnehmer?

Entsprechend der Unschärfe des Begriffes Komplementärmedizin herrscht auch bei vielen Teilnehmern zunächst eine gewisse Unsicherheit, um welche Verfahren es in der Studie und den Interviewfragen geht. Intuitiv nennen sie jedoch typische komplementärmedizinische Verfahren wie Phytotherapie, Akupunktur und traditionelle chinesische Medizin (TCM), Homöopathie oder Manuelle Medizin. Genannt werden auch im weiteren Sinne naturheilkundliche oder physikalische Therapien (z.B. Hydrotherapie) sowie Hausmittel (z.B. Wickel):

Also, was für mich jetzt Komplementärmedizin ist, hauptsächlich - oder korrigieren sich mich, wenn es nicht stimmt - Naturheilkunde eben, Akupunktur-Behandlungen, homöopathische Behandlungen, ähm, da in der Naturheilkunde oder physikalische Therapien. Physikalische Therapien auch. (01-w, 31-40J, Z.: 42ff.)

Darüber hinaus werden im weiteren Verlauf der Interviews häufig typische Beispiele spezifischer Interventionen, z.B. einzelne pflanzliche Arzneimittel oder Quaddeln, berichtet, die die Teilnehmer selbst verwenden oder die in der Praxis eingesetzt werden:

Husten-Hustenstiller, zum Beispiel oder Schleimlöser, ähm es gibt Bronchicum [pflanzliches Kombinationspräparat], zum Beispiel. Ja das ist

ein Beispiel. Oder bei Sinusitis, diese ähm, Mittel mit Eukalyptus und Pfefferminzanteil, womit sie dann auch mit inhalieren können und schlucken auch, solche Sachen. (01-w, 31-40J, Z.: 40)

Also Ozontherapie machen wir. Die Vitamin C-, Vitamin B12-Injektionen und die ganzen Geschichten. (09-w, 31-40J, Z.: 120-121)

Die Studienteilnehmer haben keine klare Definition für den Begriff Komplementärmedizin. Dennoch haben sie weitgehend übereinstimmende Vorstellungen davon, welche Verfahren unter diesem Begriff subsummiert werden.

3.4.1.2 Komplementärmedizin in der aktuellen Arbeit in der Praxis

Alle Teilnehmer scheinen im Rahmen ihrer praktischen Tätigkeit zumindest pflanzliche Arzneimittel mehr oder weniger regelmäßig zu verwenden. Einige setzen gelegentlich ein beschränktes Repertoire homöopathischer Arzneimittel ein. Weitere Verfahren kommen eher vereinzelt zum Einsatz. Eine intensive und breite aktuelle Nutzung von mehreren komplementärmedizinischen Verfahren wird von keinem Teilnehmer berichtet.

3.4.1.3 Einsatz bei häufigen, eher harmlosen Erkrankungen

Die Teilnehmer setzen komplementärmedizinische Verfahren im Allgemeinen und pflanzliche Arzneimittel und Hausmittel im Besonderen größtenteils bei eher harmlosen Erkrankungen ein, wenn ein abwendbar gefährlicher Verlauf ausgeschlossen ist oder unwahrscheinlich erscheint. Typische Indikationen sind Erkältungen, Magen-Darm-Beschwerden, unkomplizierte Harnwegsinfektionen, Schmerzen im Bewegungsapparat und ähnliches:

Ja, das ist jetzt hauptsächlich entweder bei Magen-Darmerkrankungen oder bei Erkältungen. Also, sagen wir mal Sinupret [pflanzliches Kombinationspräparat], Bronchipret [pflanzliche Arzneimittel]. Im Magenbereich Iberogast [pflanzliches Kombinationspräparat] zum Beispiel. (10-w, 51-60J, Z.: 61)

Bei oder bei Harnwegsinfekten, dass man halt sagt, die Leute sollen einen Birkenblätterttee trinken oder irgend sowas entwässerndes. Diese Geschichten. (10-w, 51-60J, Z.: 63)

Oder auch einfach bei so muskuloskelettalen Beschwerden, Rückenschmerzen - irgendwas - Infekte, ähm Wickel, Inhalationen etc. (07-w, 31-40J, Z.:41)

3.4.1.4 Einsatz im Rahmen eines gestuften Vorgehens

Die im weiteren Sinne meistgenannte „Indikation“ ist jedoch, Komplementärmedizin in einem gestuften Vorgehen als ersten Schritt oder als Zwischenschritt zu nutzen. Ob von den Teilnehmern eine komplementärmedizinische Therapie erwogen wird, hängt dabei zum einen vom Beschwerdebild des Patienten ab, zum anderen aber auch von dem, „was der Patient will“. Die folgende Teilnehmerin schildert z.B. ihr Vorgehen in Fällen, in denen sie keine absolute Behandlungsnotwendigkeit sieht. Sie versucht zunächst, ganz auf eine Behandlung zu verzichten. Bleiben die Beschwerden bestehen, macht sie einen Behandlungsversuch mit etwas „Pflanzlichem“. Wie in dem folgenden Zitat ist nicht immer klar, ob dies als eine echte Therapie oder eher als Überbrückung erfolgt, um Zeit zu gewinnen. Falls danach immer noch keine Besserung eintritt, wird entschieden, ob mit etwas „Richtigem“ behandelt werden muss:

Das kommt immer auf den Patienten an, man kriegt ja relativ schnell mit, was der Patient von einem will, wenn er kommt. Und dann kommt es drauf an, was es für ein Beschwerdebild ist und für wie sinnvoll ich es halte. Manchmal versuche ich es erstmal ganz ohne alles. Wenn der Patient dann wiederkommt, geh' ich auf was Pflanzliches und wenn ich dann das Gefühl hab', nee, wir kommen so nicht zurecht, wir müssen jetzt was Anderes machen, dann geht man halt auf was Richtiges, auf Psychopharmaka zum Beispiel über. Also, es ist schon ein gutes Mittel, um Zeit zu überbrücken [...]. (06-w, 31-40J, Z.: 63-64)

Ein typisches Beispiel für das Stufen-Vorgehen ist auch die Verschreibung eines Phytotherapeutikums, um die Gabe eines Antibiotikums zu umgehen. Mehrere Teilnehmer lassen anklingen, dass derartige Verordnungen als wertvolle Option für die hausärztliche Praxis wahrgenommen werden, wenn „nicht so 'ne ganz harte Indikation“ für eine potenziell nebenwirkungsreiche Therapie vorliegt:

Ähm, also ich glaub, dass man schon ab und zu so, man verschreibt schon öfter mal so pflanzliche Sachen, ja, ähm. Wenn man jetzt noch kein Antibiotikum bei einem Harnwegsinfekt sozusagen verschreiben will, dass man dann etwas aufschreibt und so weiter. Ähm, also das, ähm, würd' ich jetzt ungern darauf verzichten wollen, ja. Das jetzt grundsätzlich ganz ohne, das stell ich mir sehr schwer vor. Ich weiß gar nicht, ob's das gibt. ... Das so ganz ohne bisschen so Medikamente, wo jetzt nicht so 'ne ganz harte Indikation da ist, wo man aber weiß, die haben jetzt nicht die mega Nebenwirkungen. Ähm, stell ich mir sehr schwer vor. (08-m, 31-40J, Z.: 433-439)

Je nach Praxisumfeld und Vorkenntnissen der Teilnehmer können auch andere komplementärmedizinische bzw. naturheilkundliche Verfahren im Sinne einer Stufentherapie eingesetzt werden. Die folgende Teilnehmerin greift z.B. auf klassische Naturheilverfahren zurück:

[...] so zu den klassischen Naturheilverfahren gehören ja eben diese Ernährungs- und Ordnungstherapie und Hydrotherapie - also Güsse, Wickel. Das empfehl' ich tatsächlich viel. Wunsch nach Schlaftabletten oder so - ähm, ver hinder' ich da oder kann man dem Patienten was anbieten, was tatsächlich auch hilft, ohne dass man ihm Schlaftabletten verordnet. (07-w, 31-40J, Z.:203-206)

3.4.1.5 Erfüllung der Wünsche der Patienten

Bereits im ersten Zitat im vorangehenden Abschnitt zum Stufen-Vorgehen wird angesprochen, dass bei vielen Teilnehmern prinzipiell eine starke Bereitschaft besteht, die Präferenzen ihrer Patienten zu berücksichtigen. Das kann auch dazu führen, dass Therapien trotz Zweifeln an ihrer spezifischen Wirksamkeit eingesetzt werden. Im folgenden Zitat schildert eine Teilnehmerin ihre Verwendung homöopathischer Arzneimittel. Obwohl sie nur basale Kenntnisse zu Homöopathie besitzt und nicht glaubt, dass die „Kügelchen“ eine große Eigenwirkung haben, wendet sie diese bei leichteren Beschwerden an, wenn die Patienten dies wünschen. Wie im Stufen-Vorgehen wird auch hier „Zeit überbrückt“:

Und deswegen hab' ich, ich sag' jetzt mal so ein bisschen - vielleicht "Küchenhomöopathie" - ähm, schon gemacht, weil's einfach viel gewünscht war. Also für bestimmte Symptome halt, ähm, ja, also jetzt sicher keine Konstitutionstherapie oder irgendwas - das hätt' ich nie gekonnt. Aber für bestimmte Symptome, so drei, vier Mittel, wo man sagt: "für Husten - eher schleimiger Husten, eher trockener Husten, eher dies und jenes." Da hab' ich so ein kleines Repertoire für die gängigen Sachen. Aber auch eher unter dem Aspekt, dass ich sage: "Patientenwunsch erfüllt, Zeit überbrückt." Und nicht, weil ich jetzt wirklich glaub', dass nach diesen fünf Kügelchen sich da entscheidend da eine Heilung einstellt dadurch. (05-w, 31-40, Z.: 65ff.)

Wenn sie Zweifel an der Wirksamkeit einer Therapie haben, machen die Teilnehmer zum Teil deutlich, dass sie diese nicht *aktiv* anbieten und abrechnen, z.B. als individuelle Gesundheits-(IGeL-)Leistungen, sondern nur auf den „ausdrücklichen Wunsch“ des Patienten hin:

Wenn der Patient aber einen ausdrücklichen Wunsch hat, wird er ihm erfüllt. Wir bieten aber grundsätzlich keine IGeL-Leistungen an, also irgendwelche

Akupunktur oder Vitamin B12 Spritzen, das geht grundsätzlich nicht von uns Ärzten aus, sondern nur auf Patientenwunsch hin. (06-w, 31-40J, Z.: 143-146)

Eine Option können komplementäre Verfahren aber auch dann sein, wenn ein entsprechender Behandlungswunsch besteht, die konventionelle Medizin aber keine Option bietet, bzw. wenn diese ausgeschöpft sind:

Wenn ich vielleicht wirklich so einen Patienten hab', wo ich sag: "dem kann ich mit der konventionellen Medizin jetzt wirklich gar nicht weiterhelfen. Und er sich das wünscht und ihm das gut tut. Und ich das gut kann." Dann kann ich mir vorstellen, das auch anzubieten, ja. (12-w, 31-40J, Z.: 47-48)

3.4.1.6 Komplementärmedizin als Ergänzung zur konventionellen Medizin

Für die Befragten scheint Komplementärmedizin eine *zusätzliche* Option zu sein, die konventionelle Behandlungsmöglichkeiten ergänzen kann, aber keine *Alternative*. Eine angemessene schulmedizinische Abklärung ist Voraussetzung für ihren Einsatz. Wenn diese Voraussetzungen gegeben sind, wird der Einsatz entsprechender Verfahren aber als hilfreich und sinnvoll erlebt (3.4.1.4), auch wenn es sich nicht um „Wundermittel“ handelt:

Aber ganz wichtig, dass man alles ganz ernst nimmt und erstmal konventionell medizinisch abklärt. Und also mit, mit der konventionellen Medizin zusammen ist das 'ne gute Sache, denk ich. (12-w, 31-40J, Z.: 366-369)

Also, ich verkauf's dem Patienten nicht als Wundermittel. Ich sag dem Patienten, dass wir das machen können und dass das auch bei vielen Patienten sehr gut wirkt. Aber dass es im Endeffekt nur eine Unterstützung zu dem ganzen Heilungsprozess ist. (10-w, 51-60J, Z.: 79-81)

Diese pragmatische Haltung wird auch in Passagen deutlich, in denen einzelne Teilnehmer darüber reflektieren, dass Patienten Ärzt*innen oder Heilpraktiker*innen aufsuchen, die komplementärmedizinische Verfahren in größerem Umfang verwenden als sie selbst. Dies ist für sie „in Ordnung“, so lange gewährleistet ist, dass für den Patienten kein Risiko bzw. ein Schaden entsteht.

Und für mich ist es so, dass ich mit dem, ähm, dem Patienten sage: "ich hab` überhaupt kein Problem damit, wenn Sie noch woanders hingehn und ich find's sogar gut, wenn Sie mal mit dem Heilpraktiker, Chirotherapeuten - was

auch immer Ihnen hilft - ähm, dass Sie mit dem kooperieren“. (11-m, 31-40J, Z.: 24f.)

Ich persönlich, glaub ich, traue ich mir jetzt nicht zu, aber ich finde's in Ordnung, wenn es das gibt. Also wenn ein Arzt beides kann und beides anwenden möchte, dann finde ich das - soll er das machen. Wichtig ist, dass es halt ein Arzt ist, dass es ein Mediziner ist. (12-w, 31-40J, Z.: 40f.)

Wenn dann der Patient noch nebenbei zu seinem Homöopathen geht, dann finde ich das in Ordnung. So lange er die schulmedizinischen Sachen noch wahrnimmt. (13-w, 21-30J, Z.:187-189)

Eine JAÄ betrachtet es als fundamental, ausreichend transparent in der Haltung zum Patienten zu sein. Für sie ist es essentiell, dass man das Krankheitsproblem des Patienten im Auge behält und keine persönlichen Interessen darüber stellt. Es muss jederzeit gewahrt bleiben, dass der Patient im Mittelpunkt steht und adäquate Kommunikation gewährleistet ist. Man darf den Patienten in keinerlei Abhängigkeitslage bringen. Unabhängig davon, um welche Behandlungsmethode es sich handelt. Des Weiteren haben ihrer Meinung nach auch Heilpraktiker*innen die Aufgabe, klar zu kommunizieren, dass ihre Therapie keinerlei schulmedizinische Behandlung ersetzen kann. Abgesehen davon ist sie damit einverstanden, dass Patienten zusätzlich zur konventionellen Therapie einen Heilpraktiker aufsuchen. Der Berufsgruppe der Heilpraktiker*innen möchte sie kollegial gegenüberreten:

Hm, schwierig wird's für mich dann, wenn jemand - ein Behandler einen Patienten [...] in eine Abhängigkeit bringt von sich. Das finde ich ist aber egal, ob's die Schulmedizin ist oder ob's ein Komplementärmediziner ist. Also wenn die Methodik einen so hohen Stellenwert hat, dass alles andere ignoriert wird, dann wird's schwierig. Wenn ich dem Patienten Möglichkeiten nehme. Schwierig wird's dann, wenn's lebensbedrohliche Erkrankungen sind und dem Patienten kommuniziert wird: "nur diese Heilmethode würde helfen.“ Ähm, aber auch das finde ich hängt vom Behandler ab. Also ich glaube nicht, dass es eine Methode gibt, die in sich schlecht ist, das glaube ich nicht. Ich glaube es ist die Art und Weise wie man's betreibt. [...] Also ich finde reden total wichtig. Dass man jemandem sagt: "ich bin der Heilpraktiker" - das ersetzt keine schulmedizinische Methode. Und ich als Arzt sag': "ja natürlich können Sie zum Heilpraktiker gehen, aber bitte wissen Sie, dass wir trotzdem alle viertel Jahr den Blutdruck kontrollieren." [...] Ich finde, wenn beide einander eingestehen, ähm, dass jeder so seine Möglichkeiten hat zu

behandeln, gibt's kein Problem. Schwierig wird's immer dann, wenn man anfängt, sich zu bekämpfen. (04-w, 31-40J, Z.: 55ff.)

3.4.2 Persönliche Einstellung zu Komplementärmedizin

Persönliche Einstellung zur Komplementärmedizin
- Komplementärmedizin allgemein
- Phytotherapie
- Homöopathie
- Manuelle Medizin/Akupunktur/TCM
- Weitere Verfahren

Abbildung 6: Persönliche Einstellung zu Komplementärmedizin

3.4.2.1 Komplementärmedizin allgemein

Die Einstellung gegenüber Komplementärmedizin allgemein und gegenüber einzelnen Verfahren variiert stark zwischen den einzelnen Teilnehmern. Ein Teil ist grundsätzlich eher skeptisch eingestellt. Bei diesen Teilnehmern bestehen erhebliche Zweifel an einer klinisch relevanten, spezifischen Wirksamkeit der Therapien. Eine Teilnehmerin sieht dabei das Risiko, dass das ärztliche Handeln damit „beliebig“ werden kann. Eine andere sieht die Aufgeschlossenheit gegenüber Komplementärmedizin als Teil einer „Dienstleistungseinstellung“, bei der nicht das medizinisch Notwendige, sondern ein Servicegedanke im Vordergrund steht:

Mhm. Also, ich stehe da skeptisch demgegenüber in erster Linie, weil ich finde, so mal grob betrachtet find ich, dass das sehr schnell beliebig sein kann. (01-w, 31-40J, Z.: 114-115)

Ok, also, wenn ich ganz ehrlich bin, würd' ich sagen, dass viele oder das eigentlich die Komplementärmedizin, dieses „aufgeschlossen sein“ und dieses „da ein bisschen so Tools haben und Möglichkeiten parat zu haben“, eher ein Service am Patienten ist. Also eher, ganz ehrlich, eine Dienstleistungseinstellung irgendwo. Und es gibt jetzt kein Verfahren, wo ich so richtig sagen würden: "ja, das ist spezifisch wirksam." Nein, ich glaub', dass es tatsächlich ein Überbrückungsmittel häufig ist - und irgendwo so ein "Patientenerwartungen erfüllen", eher. (13-w, 21-30J, Z.: 383-388)

Trotzdem verwerfen auch diese Teilnehmer Komplementärmedizin nicht vollkommen und handeln in der Praxis pragmatisch. Die zuerst zitierte Teilnehmerin beschreibt im Anschluss an die hier genannte Passage, dass sie mit ihrem Wunsch, primär „Belegtes“ einzusetzen, in vielen Situationen den Beschwerden ihrer Patienten „ohnmächtig“ gegenübersteht und an die

„Grenzen der Schulmedizin“ kommt (siehe zweites Zitat in Abschnitt 3.3.2.6). Sie hat bereits die Zusatzbezeichnung für Manuelle Therapie / Chirotherapie erworben und setzt pflanzliche Arzneimittel ein. Auch die andere hier zitierte Teilnehmerin verwendet „Hausmittelchen“ (01-w, 31-40J, Z.: 459) und akzeptiert, wenn Patienten „zum Homöopathen rennen“ (01-w, 31-40J, Z.: 475).

Ein anderer Teil der Teilnehmer stellt von vornherein klar, dass für sie eine Aussage zur Komplementärmedizin allgemein nicht sinnvoll ist. Sie differenzieren daher grundsätzlich zwischen Verfahren, die sie eher befürworten und solchen, die sie eher ablehnen und daher nicht einsetzen:

Mei gut, sagen wir mal - Komplementärmedizin an sich ist ja an sich ziemlich weit. Ahm, also jetzt grad so die Phytotherapie setz' ich selber auch relativ viel ein. Homöopathie hab ich früher bei meinen Kindern eingesetzt – seh' es aber mittlerweile relativ kritisch. Also setz' ich jetzt bei Patienten auch nicht ein. (10-w, 51-60J, Z.: 144-147)

[...] insgesamt kann ich da keine Meinung bilden, sondern nur zu einzelnen Sachen mich äußern. (13-w, 21-30J Z.: 82-83)

Andere Teilnehmer äußern sich deutlich positiver zu Komplementärmedizin und halten den Einsatz entsprechender Verfahren explizit für sinnvoll (siehe auch Abschnitt 3.4.1.4). Gleichzeitig enthalten ihre Aussagen ein Element der Relativierung oder Rechtfertigung, indem sie betonen, dass etwas sinnvoll sein kann, auch wenn man es wissenschaftlich nicht erklären kann:

Es wär' halt schade, es wär' halt schade ohne Komplementärmedizin, weil ich denke, man kann sehr viel Gutes damit tun. ... Ähm, und auch wenn man sich jetzt nicht alles erklären kann, wenn es Erfolg gibt - warum denn nicht? (12-w, 31-40J, Z.: 114-116)

Also prinzipiell sag ich schon immer: "wer heilt hat Recht." Und ich denke schon, dass es sinnvoll ist. Es hat auf jeden Fall seine Daseinsberechtigung. (11- m, 31-40J, Z.: 28f.)

Unter den Teilnehmern mit einer positiven Grundeinstellung wird gelegentlich geäußert, dass sie komplementärmedizinische Verfahren gerne mehr einsetzen würden, wenn dies in der Praxis, in der sie angestellt sind, möglich bzw. erwünscht wäre (siehe hierzu auch Abschnitt 3.4.5.1.)

Ja, ich find's gut, ich würd's gern mehr machen. (04-w, 31-40; Z.: 33ff.)

Eine Teilnehmerin äußert, dass ihr Wissen oder ihre praktische Erfahrung mit Komplementärmedizin sehr begrenzt ist und ihr daher eine Einschätzung schwerfällt:

Also ich persönlich muss sagen, dass ich da nicht so viel dazu sagen kann und das auch selber praktisch nicht anwende. Ich hab' da wirklich kaum Erfahrung damit, ich hab da auch noch keine Weiterbildung oder Fortbildungen besucht. Ganz selten mal einzelne Dinge, in der ersten Stelle in der Praxis in (Ort) gab's überhaupt keine Komplementärmedizin. (03-w, 51-60J, Z.: 125-127)

3.4.2.2 Phytotherapie

Bei pflanzlichen Arzneimitteln äußert keiner der Teilnehmer*innen größere Vorbehalte. Wie bereits in den Abschnitten 3.4.1.1 und 3.4.2.1 dargestellt, berichten viele, solche Mittel in einem gewissen Ausmaß anzuwenden, auch wenn die Effekte in der Regel als eher klein eingeschätzt werden. Die gut eingeschätzte Verträglichkeit wird mehrfach direkt oder indirekt (Vermeidung von nebenwirkungsreicheren Medikamenten) als Argument für den Einsatz herangezogen. Phytotherapie scheint in vielen Praxen zum Standardrepertoire zu gehören und wird daher von den Teilnehmern in den Interviews lediglich kurz in Form exemplarischer Mittel bei einzelnen Erkrankungen oder in allgemeiner Form angesprochen. Dabei wird gelegentlich angemerkt, dass für bestimmte Phytotherapeutika eben auch plausible Wirkmechanismen und Belege aus klinischen Studien vorliegen:

[...] ich ordne denen was Pflanzliches an gegen Depressionen zum Beispiel als ersten Versuch [...] zum Beispiel Johanniskraut, Passionsblume, Baldrianpräparate. (06-w, 31-40J, Z.: 195-202)

Mittel auf pflanzlicher Basis, da hab' ich den meisten Zugang [...]. (01-w, 31-40J, Z.: 156)

[...] man verschreibt schon öfter mal so pflanzliche Sachen (08-m, 31-40J, Z.: 433-434)

Ähm, Thymian, Efeu, wo ich tatsächlich auch von der Wirkung überzeugt bin oder wo's natürlich auch irgendwie gute... Also, nicht nur ich überzeugt, sondern auch gute Datenlage [...] zeigt, dass das schleimlösende Effekte hat oder entzündungshemmende Wirkung hat. Ähm, das find' ich jetzt ganz gut und dankbar anzuwenden und fand' ich auch bei der Weiterbildung gut [...]. (07-w, 31-40J, Z.: 212-216)

3.4.2.3 Homöopathie

Ausführlicher – und häufig kritisch – diskutieren dagegen viele Teilnehmer die Homöopathie. Ein Teil steht diesem Verfahren sehr skeptisch gegenüber und würde es daher selbst nicht anwenden. Zentrales Problem ist für diese Teilnehmer die aus wissenschaftlicher Sicht fehlende Plausibilität und der ungenügende Nachweis eines Effektes über Placebo hinaus. Gleichzeitig sprechen auch diese Teilnehmer in der Regel an, dass Homöopathie möglicherweise über Zuwendung, Zeit und Placeboeffekte in der Praxis relevante Effekte zu haben scheint:

Ich persönlich steh' dem sehr ablehnend gegenüber. Ähm, es hat ja Effekte. Das ist ja auch in einigen kleinen Studien, soweit ich weiß, bewiesen worden. Ähm, ist ja auch klar, weil natürlich der zur Homöopathie weitergebildete Arzt sich ja viel Zeit für den Patienten nimmt und allein das natürlich schon viel bewirkt. Halt viel mehr bewirkt, als wenn ein Hausarzt sich irgendwo anders fünf Minuten Zeit nimmt. Da fühlt man sich viel wahrgenommener. Ich find' aber einfach Globuli ohne Nachweis, Wirkungsnachweis oder irgendwie einen Pathomechanismus, den man nur entfernt nachvollziehen kann, ziemlich absurd. (13-w, 21-30J, Z.: 86-93)

Homöopathie, da bin ich einfach skeptisch, da hab ich keinen Zugang dazu, auch nicht in dem Sinne einer Placebo-Wirkung, ähm, mag ich nicht. Irgendwie mag ich nicht. Das ist zu unsicher. Weiß ich nicht, wie ich argumentieren kann, wenn ich selber nicht einsehen kann, wie das wirken soll. Also: nicht. (01-w, 31-40J, Z.: 152-154)

Für eine Teilnehmerin, die früher der Homöopathie pragmatischer gegenüberstand, ist auch die Gefahr einer Medikalisierung nicht behandlungsbedürftiger Beschwerden ein Argument, Homöopathie nicht (mehr) einzusetzen:

Und, also früher hab' ich mir gedacht: mei, wenn man den Kindern was gibt, das ist 'ne sanfte Methode und man kann eigentlich keinen Schaden anrichten. Aber man fördert dadurch auch so 'ne gewisse Medikalisierungshaltung. Grad bei Kindern - oder auch bei Erwachsenen, die ned unbedingt immer positiv zu bewerten ist. Also ich - also meine Haltung zur Homöopathie ist jetzt mittlerweile so, dass ich es nicht einsetze. (10-w, 51-60J, Z.: 149-154)

Ein anderer Teil der Teilnehmer steht der Homöopathie ebenfalls skeptisch gegenüber und hält sie *eher* für eine Placebothherapie. Dennoch wenden diese Ärzt*innen gelegentlich

homöopathische Arzneimittel an. Entweder erfolgt dies auf Wunsch der Patienten (siehe auch 3.4.4) oder es bestehen doch Restzweifel, ob ein Präparat, mit dem man positive Erfahrungen gemacht hat, nicht doch spezifisch wirken könnte:

So 'n bisschen Homöopathie, ahm is' es also, es gibt ein Medikament, Neurexan. Das ist so ein homöopathischer Cocktail, den ich irgendwie ganz gern mal, wenn's irgendwie um Nerven, um Stress, um ahm, also ich wende homöopathisch, ich hab, bin nicht ausgebildet in Homöopathie, ich hab' da zwei, drei Mittelchen, die ich kenne, die ich wahnsinnig gerne anwende und das ist für mich tatsächlich eher ein Placebo, ähm, aber jetzt nich' nur Placebo, also ich will das nicht ausschließen, dass da auch 'ne spezifische Wirkung mit drin ist in den Globuli, ähm ich selbst hab' mal bei Kopfschmerzen was bekommen und dann waren die Kopfschmerzen weg. Ähm, aber das ist für mich noch am ehesten das, das Placebo-ahm-verfahren. (02-m, 31-40J, Z.: 394-402)

Kein Teilnehmer schien von der spezifischen Wirksamkeit homöopathischer Arzneimittel vollkommen überzeugt zu sein. Eine Teilnehmerin, die der Homöopathie ursprünglich skeptisch gegenüberstand und an anderer Stelle im Interview angibt, dass sie gerne evidenzbasiert und nach Leitlinien arbeitet, berichtet jedoch im Interview, dass sie aufgrund der Zusammenarbeit mit einer Kollegin in der Weiterbildungspraxis ihre Meinung zur Homöopathie deutlich verändert hat und diese nun als eine „sehr gute Ergänzung“ sieht (siehe hierzu das letzte Zitat in 3.4.5.2).

3.4.2.4 Manuelle Therapie, Akupunktur und traditionelle chinesische Medizin

Mehrere Teilnehmer berichten über ihr Interesse, sich in Bezug auf manuelle Therapien, Chirotherapie, Akupunktur und traditionelle chinesische Medizin (TCM) weiterbilden zu wollen. In der Regel können sie diese Verfahren jedoch noch nicht einsetzen, zum Teil, weil sie diese noch nicht ausreichend beherrschen, zum Teil aber auch weil sich diese Verfahren in der Praxis, in der sie angestellt sind, nicht gut umsetzen lassen:

Also, ich hätte Interesse an Akupunktur und auch manuelle Therapie, also das hab' ich im Hinterkopf, da nochmal Kurse - oder da nochmal was zu machen. Genau, also, das wär' mein Plan für die Zukunft. Grad Akupunktur find' ich auch ganz interessant. Genau, eben, aber die haben wir jetzt in der Praxis leider nicht. Aber das wär jetzt eher so, genau, was, womit ich mich

dann selber damit identifizieren kann und mir dann vorstellen könnte anzubieten. (09-w, 31-40J, Z.: 544-548)

[...] auf jeden Fall manuelle Therapie, halt ich sehr viel davon und auch die TCM. Also die chinesische Medizin. Wobei ich da auch Leute hab', wo ich dann hin überweise. [...] Aber Akupunktur ist auch eine Sache, die ich noch lernen möchte. (11-m, 31-40J, Z.: 190-199)

[Chirotherapie] fand ich schon sehr interessant, weil das eben gute Erfolge zeigt und weil man eben Hand anlegt, wenn die Patienten Rückenbeschwerden haben und das ein häufiges Thema ist in der Allgemeinarztpraxis. Und selbst, wenn das, ähm, nicht durchschlagenden Erfolg letztendlich hat, man hört ganz oft, ja, dass es eben gut wirkt und das wär' sicherlich was, was mich interessieren würde, genau. Bisher bin ich einfach nicht dazu gekommen. Aber ich könnte mir vorstellen, dass ich da die Ausbildung irgendwann machen würde, genau mhm. (08-m, 31-40 J, Z.: 137-143)

Manuelle Therapien scheinen für JAÄ attraktiv zu sein, weil sie mit diesen Verfahren bei Beschwerden am Bewegungsapparat unmittelbar Hand anlegen können und positive Ergebnisse sehen. Allerdings berichtet auch der folgende Teilnehmer in Anschluss an die unten zitierte Passage (siehe das Zitat hierzu in 3.4.5.1), dass räumliche (z.B. geeignete Liegen) und organisatorische Voraussetzungen (Zeit) gegeben sein müssen, um diese Therapien regelmäßig umsetzen können:

[...] manuelle Therapie, da bin ich schon ähm, das macht mir Spaß. Das gibt mir ein bissl mehr, was zurück. Ich denk' aber auch und so ein bisschen Erfahrung hab' ich da auch aus der vorhergehenden Praxis, da wurde das viel gemacht, dass die Patienten da auch Linderung bekommen. Ähm, also ich bin dem sehr zugewandt, wende es aber aktuell wenig an. (02-m, 31-40J, Z.: 286-289)

Auch bei der Akupunktur scheint das aktiv handeln zu können ein wichtiger Aspekt zu sein. Im Gegensatz zur manuellen Therapie wird aber bei der Akupunktur wieder häufiger das Thema der spezifischen Effekte und der unspezifischen Effekte thematisiert. Einzelne Teilnehmer nehmen dabei explizit Bezug auf Studien bzw. die Evidenz, die bei der manuellen Therapie von keinem Teilnehmer thematisiert wird. Der folgende Teilnehmer schildert seine Ambivalenz. Akupunktur scheint bei den Patienten positive Effekte zu haben, aber er zweifelt, dass es die Akupunktur „per se“ ist, die ihnen hilft. Ähnlich wie bei der Homöopathie (siehe

erstes Zitat in 3.4.2.3) fühlt er sich unwohl dabei etwas einzusetzen, das nicht über echte intrinsische Effekte vermittelt wird:

Akupunktur hat, ich glaub' für Gonarthrose und für Kreuzschmerzen eine gewisse Evidenz – geringe Evidenz über Placeboakupunktur, soweit ich weiß. Bei vielen anderen, wie zum Beispiel Migräne ist ja nichts bewiesen. [...] Ich mein', die Frage bei den Gonarthrose-Patienten ist, warum es denen hilft. Ich denke nicht, dass es wirklich die Akupunktur ist per se, sondern vielleicht irgendwie die Ruhe, das in sich Reinhören. Die Frage ist, warum man dann immer so externe Sachen braucht wie Globuli und Akupunkturnadeln, um solche Zustände zu erreichen. Andererseits schadet es dem Patienten ja auch nicht, also die Akupunkturnadeln da kann man auch nichts kaputt machen. Kostet auch nicht so viel und ist ja auch schön, wenn's dann hilft. Also ich persönlich würde es nicht machen. (02-m, 31-40J, Z.: 286-289)

3.4.2.5 Weitere Verfahren

Im Vergleich zu pflanzlichen Arzneimitteln, Homöopathie, manuellen Therapien und Akupunktur/TCM werden weitere Verfahren von den Teilnehmern deutlich seltener explizit angesprochen. Wie aus den Zitaten in 3.4.1.3 und 3.4.2.1 hervorgeht, verwenden einzelne Teilnehmer klassische Naturheilverfahren über die Phytotherapie hinaus und Hausmittel (siehe 3.4.2.2 und 3.4.1.1). Eine Teilnehmerin strebt die Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren an, da sie in die entsprechenden Verfahren „mehr Vertrauen“ hat und gute Anwendungsmöglichkeiten sieht:

[...] ich würde dann erstmal so diese klassische Naturheilkunde Zusatzbezeichnung eigentlich machen wollen. Das ist was, wo ich jetzt sag, das hat einfach, da hätt' ich jetzt mehr Vertrauen, da seh' ich auch mehr Möglichkeiten, das bei einem breiteren Patientengut auch anzuwenden. (05-w, 31-40J, Z.: 333-336)

Eine andere Teilnehmerin berichtet dagegen, dass sie diese Zusatzbezeichnung, die sie ursprünglich interessierte, nicht mehr erwerben will, da sie den Eindruck hat, dass davon ein „anstrengendes Klientel“ angezogen wird (siehe erstes Zitat in Abschnitt 3.4.4). Eine ambivalente Haltung berichtet diese Teilnehmerin auch bezüglich ihres Einsatzes der Quaddel-Therapie, einer Technik, bei der eine Lokalanästhetikum oder Kochsalzlösung intrakutan verabreicht wird:

Was ich auch selber auch einsetz', was zwar auch ein bissl umstritten ist, ist zum Beispiel das Quaddeln. Ich selber hab' gute Erfahrungen damit gemacht. Aber grad bei [...] Rückenschmerzen, man soll ja den Patienten eigentlich dazu anleiten, dass er selber etwas macht und ja, die gewünschte Spritze, die fördert eher ja so wieder dieses, die passive Haltung. (10-w, 51-60J, Z.: 65f.)

Darüber hinaus erwähnt eine Teilnehmerin, dass sie eine Ausbildung in Energiemedizin, Chakramedizin und Schamanismus absolviert hat, dass sie diese Verfahren in der Praxis aber gegenwärtig nicht einsetzt. Eine weitere Teilnehmerin berichtet über ihre kritische Haltung gegenüber der von ihrem Praxis-Chef eingesetzte Ozontherapie; dies wird im Abschnitt 3.4.5.1 weitergehend thematisiert.

3.4.3 Allgemeine Wirkfaktoren

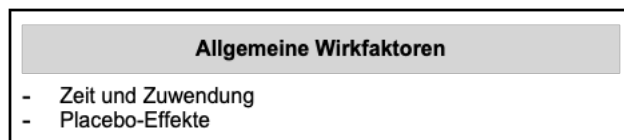


Abbildung 7: Allgemeine Wirkfaktoren

3.4.3.1 Zeit und Zuwendung

Neben der Diskussion zu den spezifischen Effekten der einzelnen komplementärmedizinischen Therapien sprechen die Studienteilnehmer allgemeine Wirkfaktoren an, mit denen sie (einen Teil) der in der Praxis beobachteten Effekte dieser Verfahren erklären. Mehrere Teilnehmer sprechen in diesem Zusammenhang die Faktoren Zeit und Zuwendung an. Zum einen werden Zeit und Zuwendung als Wirkfaktoren der Komplementärmedizin gesehen, zum anderen wird aber auch der Mangel an Zeit als ein Problem in der konventionellen medizinischen Versorgung empfunden. Während das Thema meist eher kurz angesprochen wird, führen zwei Teilnehmer*innen ihre Sichtweise detaillierter aus. Beide betonen, wie wichtig es für Patienten ist, dass der Arzt die notwendige Zeit aufbringt und ihnen das Gefühl gibt, sie mit ihrem gesundheitlichen Problem wahr- und ernst zu nehmen. Der hier zuerst zitierte Arzt vertritt die These, dass die Patienten weniger Komplementärmedizin in Anspruch nehmen würden, wenn man in der konventionellen Medizin mehr Zeit aufwenden könnte:

[...] dass man sich sozusagen ernst genommen fühlt vom Arzt und der Arzt braucht Zeit, um eben eine gute Vertrauensbasis zu schaffen. Und das ist, denk' ich, auch einer der wichtigsten Punkte. Und die Zeit haben halt die

Schulmediziner nicht mehr oder wird ihnen teilweise nicht zugestanden oder sie nehmen sich's nicht oder haben sie halt auch nicht, wie auch immer. Ist da einfach zu wenig Zeit da und alle, ähm, sag' ich jetzt mal, auch ähm, erfolgreichen, ähm Ärzte, würde ich sagen, die jetzt - oder, ja. Es geht einfach viel darum, wieviel Zeit und wieviel Zeit hab' ich, Vertrauen aufzubauen. Und wieviel Zeit hab' ich, dass ich dem Patienten das so erklär', dass er das versteht. Dass wenn ich in der Schulmedizin dem jetzt auch nochmal zehn Minuten was dazu erzählen könnte oder würde, zu der Wirkungsweise vom NSAR [Nichtsteroidale Antirheumatika], hätt' ich sicherlich auch bessere, 'ne bessere Compliance und bessere Wirkerfolge, also bessere Therapieerfolge mein' ich, als das so wie wir's halt teilweise einfach so machen. Dass wir sagen: "ah, Sie haben das - da müssen Sie jetzt das Schmerzmittel nehmen, weil das ist das Einzigste, was hilft." Zack, kommt's aus'm Drucker raus - ich geb's ihm und der nächste Patient kommt. Also so müssen wir ja auch teilweise arbeiten. Wenn ich dem jetzt erklären würde, ausführlicher sagen: "das ist der Unterschied zu der Wirkungsweise zu Ibuprofen." So denk ich, wär's auch, würden die Leute schon generell wieder mehr auf die Schulmedizin gehen. Würden nicht so viel zu alternativen, auf alternative Mediziner zurückgreifen oder Heilpraktiker oder Therapeuten. (11-m, 31-40J, Z.: 202-229)

Die zweite Ärztin geht in ihren Aussagen wesentlich weiter. Sie beschreibt, wie Komplementärmediziner sich *deutlich* mehr Zeit nehmen, auf den Patienten fokussieren und dadurch an Probleme im „Hintergrund“ wie „Bewegungsmangel“ oder „jahrelange Fehlernährung“ herankommen:

Also ich glaube, was generell - egal zu welcher Form von Komplementärmedizin man neigt, ein Faktor ist, ist der Faktor Zeit und Zuwendung. Und vielleicht mehr als die Zeit noch die Zuwendung. Ähm, wenn ich als Arzt zehn Minuten habe, ist die Aufmerksamkeitsspanne und die Zeit der Möglichkeit, den Patienten Zuwendung zu geben, sehr gering. Die merken das und honorieren das, wenn man's trotzdem tut und sind einem unglaublich dankbar und sagen: "mei, Sie nehmen sich Zeit und Sie hören zu und es ist so toll." Also, es wird, es wird als was Außergewöhnliches wahrgenommen, wenn man's tut und da sind die Patienten unheimlich dankbar. Nichtsdestotrotz reichen zehn Minuten halt nicht für einen ganzen Menschen mit einem ganzen Leben. Ähm, und 'ne Krankheit entsteht ja oft nicht von heute auf morgen, sondern hat einen Hintergrund, ja jahrelange

Fehlernährung, ja, jahrelanger Bewegungsmangel, jahrelange psychosoziale Probleme, ähm, und diesen Hintergrund schafft man nicht in zehn Minuten zu beleuchten und schon gar nicht ihn aufzuarbeiten. Und das, glaub' ich, ist ein großer Unterschied, weil die meisten Komplementärmediziner - ähnlich wie es in der Psychotherapie ist - sich 'ne Stunde Zeit nehmen, egal welche Behandlungsform die machen. Oder auch eineinhalb Stunden und sagen: "ok, diese eineinhalb Stunden in der Woche sind für Sie." Ich glaube, dass dieser Effekt: "eineinhalb Stunden sind für Sie reserviert" psychisch schon mal einen Riesen-Unterschied macht, wenn sich der Patient wahrgenommen fühlt, ja. Und auch vielleicht so ein bisschen umsorgt fühlt, ähm, dass das unter Umständen vielleicht auch 'ne Heilungsbereitschaft vergrößert, ja - ne Compliance vergrößert. Wenn der Patient sich wahrgenommen fühlt, dann ist der vielleicht auch bereit: "ok, ich nehm' übergangsweise doch das Blutdruckmedikament und setz' es nicht sofort ab, weil ich weiß, ich darf ja dann noch reden eineinhalb Stunden und ich darf dann eineinhalb Stunden noch akupunktiert, da läuft schöne Musik und dann werd' ich zugedeckt und der ist liebevoll und freundlich zu mir." Ich glaub' es geht um liebevolle Aufmerksamkeit. Das sind so menschliche Grundprinzipien, ähm, die wir alle so ein bisschen verloren haben, glaube ich. (04-w,31-40J, Z.: 251-270)

In der Schilderung dieser Teilnehmerin steht die eigentliche komplementärmedizinische Therapie im Hintergrund. Stattdessen geht es primär um „*liebevolle Aufmerksamkeit*“. In der unmittelbar folgenden Passage führt sie aus, dass diese Aufmerksamkeit sowie der zeitliche sowie unter Umständen finanzielle Aufwand dazu beiträgt, dass Patienten Verhaltensweisen ändern. Der spezifische Effekt der einzelnen komplementärmedizinischen Therapie ist für sie dabei schwer zu beurteilen und dennoch scheint diese Therapie mit dem Prozess verbunden, der durch die Vergabe von Medikamenten alleine nicht angestoßen werden kann:

Ähm, das ist das Eine. Und ich glaube, dass das einen ganz großen Effekt hat und ich glaube auch einen Effekt auf die Therapiebereitschaft. Weil wenn ich, ähm, mir Zeit nehme - eineinhalb Stunden in der Woche eine Therapie zu machen, beispielsweise Akupunktur und ich leg' mich da hin und ich zahl' dafür 70 oder 80 Euro die Woche, dann überleg' ich mir vielleicht auch, ob ich zusätzlich zweimal die Woche Laufen gehe. Weil ich ohnehin schon angefangen habe, in mich zu investieren. Also das heißt, da findet ein Umdenken statt. Und dieses Umdenken findet nicht statt, wenn wir die Leute retortenweise mit Medikamenten abspeisen. Sondern das ist in erster Linie

mal: ich erhalte dich am Funktionieren.“ Ja, und das ist gut und das richtig, wenn Not am Mann ist und wenn’s das braucht, aber ähm, es, es, es erhöht im Regelfall nicht die innere Bereitschaft, etwas zu verändern, was ja bei jeder Erkrankung, find’ ich, notwendig ist. Egal welche Erkrankung es ist. Und ähm, das glaub’ ich ist mit der größte Effekt. Und was die einzelne Behandlungsform für ‘nen Effekt hat, wenn’s jetzt Homöopathie oder Osteopathie ist, find’ ich wahnsinnig zu beurteilen [...]. (04-w,31-40J, Z.: 270-280)

3.4.3.2 Placebo-Effekte

Bereits in einigen in Abschnitt 3.4.2.3 zitierten Interviewpassagen klingt an, dass Placeboeffekte in Zusammenhang mit komplementärmedizinischen Verfahren (und hier insbesondere in Bezug auf die Homöopathie und die Akupunktur) als Wirkfaktoren angesehen werden. Placeboeffekte werden von den Teilnehmern als reale und klinisch relevante Phänomene wahrgenommen:

Aber es gibt auf jeden Fall ähm, ähm, ähm, einige Sachen, die Placeboeffekte haben, da bin ich überzeugt davon. (03-w,51-60J, Z.: 176-177)

Was da wirkt? Mhm. Also ich glaube das sind mehrere Sachen. Also was auf jeden Fall, denk ich, was hier wirkt, ist der Placeboeffekt. Also es gibt ja Placebo. Dass wenn nichts wirkt, dass es trotzdem dem Patienten hilft. Das ist, glaub’ ich, schon auch ein Aspekt. (12-w,31-40J, Z.: 79-82)

Interviewerin: „Aber kann man dann sagen, dass es auch sowas im Sinne einer Placebothherapie ist oder dass es einen Placeboeffekt gibt in der Hinsicht?“

Teilnehmerin: „Ja, sicher. Ja, den gibt’s bestimmt, würde ich sagen.“

Interviewerin: „Ok, aber es ist nicht vorrangig?“

Teilnehmerin: *Ohh (atmet tief). Nee, seh’ ich nicht als vorrangig, den Placeboeffekt, sondern, ähm, vorrangig seh’ ich eher dieses, dem Patienten Aufgeschlossenheit zu signalisieren, vielleicht auch noch ein bisschen was über ihn zu erfahren im Rahmen jetzt zum Beispiel von der erweiterten Anamnese. Also ich glaub’, dass da ganz viele Sachen reinspielen und dass das auch nicht immer die Intervention ist oder das Heilmittel ist, das man gibt. Sondern das ganze drumrum, also das - entweder Anamnese machen*

in der Homöopathie oder das Handanlegen bei irgendwelchen energetischen Sachen oder wie auch immer. (05-w,31-40J, Z.: 389-399)

In die Ausführungen der letzten beiden Teilnehmer fließt gleichzeitig ein, dass Placeboeffekte nur ein Teil der Wirkung sind und kommunikative Elemente, Einflüsse auf die Patienten-Arzt-Beziehung oder „Handanlegen“ Wirkfaktoren und schwer von Placeboeffekten abzugrenzen sind (siehe auch 3.4.2.3). Im folgenden Zitat wird zwar der Placeboeffekt nicht explizit genannt, es verdeutlicht jedoch, dass es in der Praxis nicht sicher beurteilbar ist, was nun eigentlich der Wirkfaktor für einen scheinbaren Behandlungseffekt war:

Ob jetzt da das Quaddeln tatsächlich den Effekt g'habt hat oder die Wirkung, aufgrund von dem Quaddeln der Patient beschwerdefrei ist, weiß ich eigentlich auch nicht. Aber der Patient hat zumindest das Gefühl: man hat was g'macht. (10-w, 51-60J, Z.: 198-201)

Auch in den Aussagen der Teilnehmer zu Placeboeffekten wird aber wieder deutlich, dass diese zwar wünschenswert sind; wenn die Ärzt*innen jedoch ein komplementärmedizinisches Verfahren für eine Placebothherapie – d.h. eine Therapie, die ausschließlich über Placeboeffekte wirkt - halten, bieten sie dieses Verfahren in der Regel nicht proaktiv an, sondern setzen es, wenn überhaupt, nur ein, wenn der Patient es wünscht (siehe hierzu auch die Abschnitte 3.4.1.5 und 3.4.2.3):

Wir machen das so oder ich persönlich mache das so, dass ich versuche, den Patienten darüber aufzuklären, dass ich sage: "es gibt viele Patienten, die darauf gut ansprechen, aber es gibt keine Datenlage dazu, dass es eine tatsächliche Wirksamkeit gibt". Und dann überlasse ich dem Patienten die Entscheidung, ob er es ausprobieren möchte oder nicht. Und dann sag' ich natürlich auch über Placebo, dass ein gewisser Anteil der Wirksamkeit grundsätzlich über den Placeboeffekt funktioniert. Also ich versuche schon aufzuklären, aber ich bin nicht so, dass ich grundsätzlich sage: "nee, das ist blöd". (06-w, 31-40J, Z.: 154-160)

Also, ich sag' das nicht so – spiegel' dem Patienten nicht, dass das Quatsch ist oder so, weil man möchte auch diesen Placeboeffekt davon nicht kaputt machen und wenn jetzt ein Patient sagt: "er ist da in Behandlung". Dann sag ich: ja, das ist gut und soll er auch weitermachen. Aber selber anbieten könnt ich's jetzt halt nicht, ja. (08-m, 31-40J, Z.: 30-36)

3.4.4 Welche Patienten wollen Komplementärmedizin

Einige Teilnehmer äußern, dass es „bestimmte“ Patienten sind, die komplementärmedizinische Verfahren wünschen. Meist wird dies eher beiläufig angesprochen. Im folgenden Zitat thematisiert eine Teilnehmerin diesen Aspekt jedoch explizit als Grund, die ursprünglich angestrebte Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren nicht mehr anstreben zu wollen:

[...] am Anfang wollt' ich eigentlich auch diese Zusatzbezeichnung [Naturheilverfahren] erwerben. Aber im Lauf der Zeit hat's mich doch ein bissl abgeschreckt dann. Weil diese Zusatzbezeichnung zieht auch so ein bestimmtes Klientel an (lacht). Und was teilweise - auch teilweise ein bissl anstrengendes Klientel. [...] Also ich würd's jetzt nicht mehr machen. (10-w, 51-60J, Z.: 103-109)

Eine weitere Teilnehmerin schildert ihre Wahrnehmung, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren und dem Interesse an Komplementärmedizin bzw. an Sorge um die eigene Gesundheit besteht. Während ihre erste Weiterbildungspraxis in einem wohlhabenden Stadtviertel lokalisiert war, arbeitet sie nun in einer Praxis in einem Viertel, in dem „sehr viele ausländische Patienten“ und „viele Arbeitslose“ leben, bei denen „einfach andere Probleme“ im Vordergrund stehen und denen auch die Mittel für Selbstzahlerleistungen fehlen:

Also ich hab zum Beispiel, meine erste Allgemeinarztpraxis war in einem Münchner Mittelstandsviertel, so die Ecke (Name). Da lebt der gehobene Münchner Mittelstand. Und in der Praxis, in der ich jetzt bin, das ist die (Name) Straße, das geht so Richtung (Name), da leben sehr, sehr viele ausländische Patienten, die finanziell nicht so gut gestellt sind, viele Arbeitslose auch, wo's familiär starke Probleme gibt. Und in der alten Allgemeinarztpraxis, ähm kamen doch täglich sehr viele Patienten, die den Wunsch geäußert haben, sie möchten, ähm Vorsorgeuntersuchungen, Präventionsmedizin, Unterstützung zum gesund bleiben und wie kann man's noch besser behandeln. Das sind auch Patienten, die sich mit dem selbst beschäftigen, was sie haben, teilweise auch zu viel und da sehr interessiert sind, dass man von vielen Seiten das Körper-Seele-Geist-System beleuchtet. In der (Name) Straße passiert mir das nicht. Also ich wüsste nicht, dass ich da im letzten halben Jahr jemanden hatte, der nach Naturheilverfahren gefragt hat, weil bei den Leuten geht's um ganz andere Themen. Entweder sie sind, wie soll man das sagen, finanziell so belastet,

dass die um jeden Preis arbeitsfähig bleiben müssen, die können sich's nicht leisten, krank zu sein. Und da funktioniert teilweise nicht mal die Überweisung zum Facharzt. Wenn da jemand ein kardiologisches Problem hat und man sagt: „Sie müssen zum Kardiologen gehen.“ Da ist bei vielen Patienten klar, die werden da nie auftauchen, weil die werden nicht hingeh'n. Die werden arbeiten gehen und sagen "ja mei, dann fa'll ich irgendwann um." Also da ist die Möglichkeit oder auch das Bewusstsein für eine medizinische Fürsorge nicht so da. Die haben einfach andere Probleme. Das sind soziale Themen, finanzielle Themen und ich löse auch einen Gewaltkonflikt, den die haben, jetzt in erster Linie nicht mit Naturheilverfahren, abgesehen davon, dass sie sich das gar nicht leisten können. Man muss es ja selber bezahlen. (04-w, 31-40J, Z.: 208-224)

3.4.5 Einfluss der weiterbildenden Ärzte

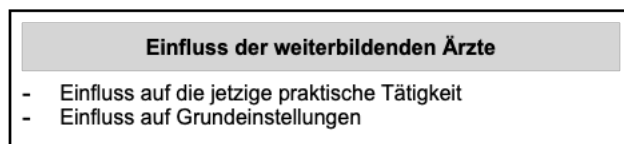


Abbildung 8: Einfluss der weiterbildenden Ärzte

3.4.5.1 Einfluss auf die jetzige praktische Tätigkeit

Als angestellte und noch wenig erfahrene Ärzt*innen werden die Teilnehmer durch ihre Weiterbilder bzw. „Chefs“ und das von diesen geprägten Praxissetting auf vielfältige Art und individuell sehr unterschiedlich beeinflusst. In etwa der Hälfte der Interviews wird diese Beeinflussung auch in Bezug auf komplementärmedizinische Verfahren angesprochen. Der Einfluss kann einerseits den unmittelbaren Einsatz von komplementärmedizinischen Verfahren durch die Teilnehmer in der jetzigen ärztlichen Tätigkeit betreffen, andererseits eine Veränderung ihrer Einstellung gegenüber Komplementärmedizin im Sinne einer gewissen Prägung für die Zukunft. Das folgende Zitat einer gegenüber Komplementärmedizin sehr aufgeschlossenen Ärztin beschreibt, wie diese auf den Einsatz entsprechender Verfahren in ihrer jetzigen Praxis verzichtet, weil ihr Chef dies nicht möchte. Ihre positive Grundeinstellung hat sich jedoch nicht geändert und sie plant die Verfahren in Zukunft stärker zu nutzen:

Ja, ich find's gut, ich würd's gern mehr machen. Ich hab's mich als Assistenzarzt nicht so getraut das anzubieten, weil's ja nicht meine Praxis ist und ich prinzipiell erstmal meinem Arbeitgeber da unterstellt bin und wenn der der Meinung ist, Komplementärmedizin ist nichts, dann halt ich mich da

dran und fang auch nicht an, meinen Patienten, die ich für meinen Chef behandle, das anzudreh'n. Ähm, weil ich jetzt da in erster Linie noch weisungsgebunden bin. Aber wenn ich meinen Facharzt hab', möchte' ich das definitiv gern machen. (04-w, 31-40J, Z.: 141-147)

Wie im nachfolgenden Beispiel zur manuellen Medizin kann es im Einzelfall aber einfach an den strukturellen Gegebenheiten einer Praxis liegen, dass ein komplementärmedizinisches Verfahren nicht bzw. kaum eingesetzt werden kann:

Also zur Zeit bin ich wieder sehr beeinflusst, [...] ich bin jetzt [...] knapp zwei Jahre in dieser internistischen Praxis. Die Liegen stehen so in der Ecke, dass man da nur von einer Seite dran kommt - also manuelle Therapie. Ich hab's da irgendwie, es kann man an zwei Händen abzählen in zwei Jahren [...]. Und ähm, aber die ganze Praxis ist da überhaupt nicht drauf ausgelegt. [...] Das will ich später - nach, würd' ich das gern mehr machen. (02-m, 31-40J, Z.: 47f.)

Eine Teilnehmerin schildert ein Beispiel, das umgekehrt zeigt, dass sich Ärzt*innen von ihren Chefs zur Verwendung einer komplementärmedizinischen Therapie gedrängt fühlen können, der sie kritisch gegenüberstehen. Der Chef dieser angestellten Allgemeinärztin ist überzeugt von der Wirksamkeit der Ozontherapie:

Ozon, da ist er sehr überzeugt von, ähm, genau. Also, ich hab' gesagt, dass ich mich schwer damit tue. (09-w, 31-40J; Z.: 351-352)

Die Teilnehmerin hat gewisse Sicherheitsbedenken gegenüber der Ozontherapie bzw. dem System, mit dem diese in der Praxis durchgeführt wird. Da sie gleichzeitig aufgrund der Studienlage nicht davon überzeugt ist, dass diese Therapie notwendig und spezifisch wirksam ist, wiegen diese Bedenken für Sie schwerer, als bei anderen, eindeutig indizierten, nebenwirkungsreichen Behandlungen:

... dieses System mit dem Ozon ... also das ist relativ störanfällig. Das klappt dann ganz oft nicht, dass der Ozon nicht einperlt, dann musst du's nochmal machen. Ahm, ich lass wirklich quasi Aderlassblut ab, dass dann in so einem Gefäß ist, was dann wieder reingeht. Das ist alles steril, professionell von einer Firma, das passt. Aber wenn da was schief geht' - also ich hab da einen relativ langen Schlauch. Du sollst das Blut auch langsam weiter tropfen lassen, damit das nicht gerinnt. Wenn alles gut läuft von der Zeit, passt das auch. Sobald eine Störwirkung da ist, wird's schon bisschen kritisch. Dann hab' ich aber den Leuten so, so hundert Milliliter Blut rausgelassen, was

dann - ist das eigentlich...? Ja doch, was dann wieder zurück soll. Und dann ist mein Gedanke: "ja, wenn da jetzt was schiefgeht, dann hat der am Ende irgendein Problem nur wegen, ähm, weil das Immunsystem jetzt nicht so gut ist und nur wegen der Therapie, die eindeutig, wenn ich die Studienlage anschau', kein Benefit hat." Ja und da tu ich mich schwer. Weil wenn ich jetzt 'ne Chemotherapie geb' oder 'ne andere Infusion und ich mach 'nen Fehler und es geht was schief, dann hab' ich für mich ganz klar eine Indikation gestellt. Und für mich ist das halt so nicht die Indikation. (09-w, 31-40J; Z.: 351ff.)

Das folgende Zitat deutet den Konflikt an, in dem sich die Teilnehmerin befindet. Eigentlich möchte sie die Ozontherapie nicht durchführen. Sie zählt dann aber Gründe auf, warum sie sich nicht grundsätzlich weigert und definiert eine Sicherheits-Grenze, an der sie im Einzelfall eine Behandlung abbricht. Mit diesem Kompromiss versucht sie den Konflikt zu minimieren:

Ich hab's mir überlegt, ob ich's nicht mache, ob ich mich weigere. Und hab' da im Endeffekt, weil es an sich ein ganz perfektes System ist; in der Regel sind es lauter ältere Leute, die das gerne möchten. Und dann ist natürlich die Überlegung: "bevor die jetzt zum Heilpraktiker geh'n oder irgendein - nicht so gut ausgebildeter Mensch das macht..." Und wenn mein Chef das alles so abwickelt, also abgeseget hat, hab' ich für mich beschlossen, ist es in Ordnung, ja. Wenn aber irgendwas zum Beispiel nicht klappt oder das nicht funktioniert, brech' ich das auch ab, ja. Also ich lass da nicht, ich mach jetzt nicht, wenn der Ozon beim ersten Mal nicht einperlt, dann hat er nicht eingeperlt. Dann wird ein komplett neues System dran gebastelt, zweiter Versuch. Und wenn das zu lange dauert, genau, dann mach' ich das ab. Weil mir das dann einfach auch zu gefährlich ist, ja. (09-w, 31-40J; Z.: 326-335)

3.4.5.2 Einfluss auf Grundeinstellungen

Zwischen dem Einfluss auf die konkrete aktuelle Arbeit und einer weitergehenden Prägung der Teilnehmer für ihre spätere Arbeit ist die Grenze fließend. In vielen Passagen der Interviews finden sich Aussagen, die andeuten, wie Verhaltensweisen und Einstellungen der weiterbildenden Ärzt*innen im Sinne (häufig) positiver oder (selten) negativer Vorbilder empfunden werden. Nur einzelne dieser Aussagen sind unmittelbar auf komplementärmedizinische Verfahren bezogen. Das folgende Zitat (dessen Folgeaussagen zu Komplementärmedizin in 3.4.3.2 zitiert wurden) schildert beispielsweise die Grundeinstellung einer Praxis, die Patienten im Sinne der Evidenz-basierten Medizin

aufzuklären, Patientenpräferenzen jedoch zu respektieren. Es ist die unmittelbare Antwort auf die Frage nach Anwendung von komplementärmedizinischen Verfahren in der Praxis, in der die Teilnehmerin tätig ist. Im Verlauf des Interviews ist spürbar, dass sie diese Grundhaltung als sehr positiv empfindet:

Mhh, grundsätzlich ist hier die Stimmung so, dass man den Patienten aufgeklärt lassen soll. Also das heisst, wenn es Medikamente gibt, von denen wir wissen, dass die keine Evidenz haben, dann sagen wir das auch. Oder wir werden angehalten, dass wir den Patienten darüber aufklären sollen, dass es darüber keine Studien gibt. Wenn der Patient aber einen ausdrücklichen Wunsch hat, wird er ihm erfüllt. (06-w, 31-40J, Z.: 44f.)

Die folgende Teilnehmerin schildert einen völlig anderen Prozess. Die Befragte hatte im Vorgespräch erzählt, dass sie die Praxis gezielt aufgrund ihres Interesses an Komplementärmedizin ausgewählt hatte, der Homöopathie jedoch skeptisch gegenüberstand und sie für inkompatibel mit der konventionellen Medizin hielt. Aufgrund der Erfahrung in der Weiterbildungspraxis, in der eine Ärztin Homöopathie anbot, hat sie ihre Einstellung geändert:

Ja, also ich hab' ähm, hier gesehen, dass das sehr gut, wenn das richtig gut gemacht wird, also von Ärzten gemacht wird, dann hab' ich da eigentlich keine Bedenken. Dann find' ich das eigentlich 'ne sehr gute, sehr gute Ergänzung. Nur ich hatte, bevor ich hier in der Praxis war, da hatt' ich, da hatt' ich halt die üblichen, die üblichen Vorurteile, würd' ich sagen, gegenüber Homöopathie. Weil ich dachte halt, dass das nicht zusammengeht mit der konventionellen Medizin. Aber hier, die Kollegin macht das schon wirklich sehr gut, ja. (12-w, 31-40J, Z.: 62-68)

3.5 Wissenschaftlichkeit

3.5.1 Wissenschaftlichkeit allgemein

Wissenschaftlichkeit allgemein
<ul style="list-style-type: none">- Evidenzbasierung als Wissenschaftlichkeit- Das Problem mit den Studien- Leitlinien- Expertensysteme- Kongresse- Wissenschaftlichkeit und Komplementärmedizin

Abbildung 9: Wissenschaftlichkeit allgemein

3.5.1.1 Evidenzbasierung als Wissenschaftlichkeit

Die Interviews machen deutlich, dass Wissenschaftlichkeit prinzipiell für alle Teilnehmer einen hohen Stellenwert hat. Wissenschaftlichkeit bedeutet jedoch für die JAÄ in der Praxis primär Evidenzbasierung in dem Sinne, dass ihr ärztliches Handeln möglichst dem aktuellen Stand des Wissens entsprechen soll:

Also Studien an sich haben natürlich einen großen Stellenwert, das ist klar. Denk ich ist für jeden Arzt so - oder dass man einfach natürlich da wo einfach Evidenz da ist, dass man sich daranhält, das ist ja klar. (08-m, 31-40J, Z.: 45-46)

Also das versuch ich schon, das zu machen und, ähm, da so viel wie möglich wirklich auch bei Medikamenten versuch' ich so viel wie möglich zu kucken. Gibts da Studien, gibts da... Wie ist da sowas wie "number needed to treat" oder sowas - versuch ich schon ganz viel, weil ich auch. (05-w, 31-40J, Z.: 140ff.)

Darüber hinaus kann Wissenschaftlichkeit als Orientierung und Rechtfertigung des medizinischen Vorgehens in der eigenen Praxis dienen. Gerade Haus*ärztinnen, die eine Einzelpraxis führen und nicht auf den Austausch mit Kollegen in der Praxis zurückgreifen können, können mit diesem Vorgehen sicherstellen, stets nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zu arbeiten:

Ich finde, dass man sich orientieren soll. Weil man sonst als Einzelkämpfer Hausarzt in seiner eigenen Praxis seine eigene Medizin macht, die nicht mehr viel mit, mit dem aktuellen Wissensstand zu tun hat. [...]. (13-w, 31-40J, Z.: 99f.)

Das folgende Zitat bringt diese Sichtweise nochmals auf den Punkt und zeigt bereits auf, auf welches Problem die JAÄ dabei stoßen und wie dieses Problem gelöst wird:

Einfach sozusagen die Forschung in der Allgemeinmedizin, die im Besten Fall für natürlich für den Hausarzt aufbereitet wird in Form von Leitlinien, weil natürlich nicht alle Hausärzte ständig die ganze Literatur lesen können. Oder so Zusammenfassungen in Form von DEGAM-Benefits [Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin]. Oder in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin. Genau, das ist für mich Wissenschaftlichkeit. (13-w, 31-40J, Z: 99f.)

3.5.1.2 Das Problem mit den Studien

Ein Problem, auf welches JAÄ stoßen, ist die Tatsache, dass die Allgemeinmedizin ein sehr breites Fachgebiet ist. Hierbei sehen sich JAÄ mit einer Menge an Literatur konfrontiert, die sie in der begrenzten Zeit nicht bewältigen können:

[...] weil natürlich nicht alle Hausärzte ständig die ganze Literatur lesen können. (13-w, 31-40, Z: 99f)

Ähm, weil Studien lesen doch mit sehr viel Zeitaufwand verbunden ist. Und so direkt Studien über Pubmed les' ich nicht mehr. Das hab' ich vielleicht für die Doktorarbeit gemacht, aber jetzt im klinischen Alltag ist das nicht praktikabel ... Also so wirklich Studien – würd' ich sagen – hab' ich gar keine Ahnung, was da zur Zeit aktuell ist. Oder wenn das Ärzteblatt mal irgendwas zusammenfasst. (06- w, 31-40J, Z.: 74-79)

Um eine dezidierte Analyse betreiben zu können, müssen sich JAÄ tiefergehend mit der Literatur beschäftigen. Dieses Vorgehen scheitert wiederum am Mangel an Zeit. Eine kritische Analyse kann so nicht stattfinden:

Der Zeitaufwand, weil es ist meistens auf Englisch, das ist schon mal schwieriger, da muss man sehr konzentriert lesen, auf Deutsch würde es sehr viel schneller gehen. Und man muss ja auch schaun, wie ist die Qualität der Studie? Da muss man die Methoden dafür lesen. Also einfach die Zusammenfassung dafür zu lesen reicht halt einfach nicht aus. Man müsste ja wirklich alles lesen, um zu sagen: "ist es eine gute Studie oder nicht?" Und das scheitert an der Zeit. (06-w, 31-40J, Z.: 79 ff)

Des Weiteren befürchten JAÄ Interessenskonflikte bei klinischen Studien. Sie berichten, dass Studien von Auftraggebern finanziert werden und dadurch die Ergebnisse verfälscht werden

können. Die Glaubhaftigkeit und Anwendbarkeit von Studienergebnissen in der Realität wird durch dieses Problem beeinträchtigt:

Ein Problem in Deutschland oder generell, würd' ich sagen, ist natürlich, dass halt die Pharmafirmen sehr viel Einfluss haben auf die Studien, sehr viele Dozenten bezahlt werden. Deshalb gibt es - ist es sehr schwer, find' ich, schon da, ah, sich zu informieren oder an Informationen ran zu kommen, wo man sich sicher sein kann oder fast sicher sein kann, dass das jetzt nicht gesponsert ist, die Studie, die da verkauft wird. (11- m, 31-40J, Z.: 74)

Ich find' dieses Thema unglaublich schwierig, weil - das ist jetzt aber aus meiner persönlichen Erfahrung so ein bisschen aus dem Nähkästchen geplaudert - ähm, ich hab' selber auch in der Doktorarbeit in der Forschung gearbeitet und die Art und Weise, wie Studien zustande kommen, ist manchmal sehr interessant. Und ahm, was dann später im - also manchmal hat man das Gefühl: "ich forsche in Richtung eines bestimmten Ergebnisses, das ich haben möchte." Und in diesem Schwerpunkt, in dieser Fokussierung werden dann Studien produziert. Und immer, wenn ich sehr fokussiert auf etwas bin, verliere ich den Weitblick, das ist ganz klar. Das ist die Krux. Und was dann später dann so an Erfahrung dazu kommt, als ich dann klinisch gearbeitet habe. Wo wir dann tatsächlich immer wieder auch Fortbildungen hatten, wo Studien vorgestellt wurden von Pharmavertretern, von Pharmakonzernen, ähm, find' ich es unheimlich schwierig eine Studienlage zu beurteilen, generell. (04-w, 31-40J, Z.: 80-83)

3.5.1.3 Leitlinien

Aufgrund der vorher geschilderten Probleme sind die JAÄ auf zuverlässige Zusammenfassungen und Interpretationen der vorliegenden vorhandenen Evidenz angewiesen. Ein zentrales Element für das Arbeiten in der Praxis sind Leitlinien. Diese werden von JAÄ als Leitfaden genutzt. Dadurch können sie auf evidenzbasiertes Wissen zurückgreifen:

Also in der alten Praxis, wo ich war, haben wir uns tatsächlich regelmäßig die Leitlinien runtergeladen, ausgedruckt und durchgearbeitet. Also in der alten Praxis hatten wir alle vier Wochen Teambesprechung. Haben Neuerungen besprochen, die im Ärzteblatt oder sonstigem Informationsmaterial zu entnehmen sind. Und wir hatten die Leitlinien auch immer auf dem PC präsent, für alle Krankheiten, für die sie abrufbar sind.

*Und ähm, das wird verwendet, ja. Und ich find's gut. Man braucht's, klar.
(04-w, 31-40J, Z.: 76-79)*

Darüber hinaus fehlt JAÄ am Beginn ihres ärztlichen Handelns die notwendige Erfahrung. Durch das Vorgehen nach Leitlinien können sie ihr „Gewissen beruhigen“ und wissen, nach anerkanntem Wissen zu handeln. Des Weiteren stellen Leitlinien eine juristische Absicherung dar. Dadurch kann sichergestellt werden, dass der Patient auf dem neusten Stand der Medizin behandelt wird:

Man schläft einfach ruhiger, weil man weiß: "ok, ich hab das jetzt nach Leitlinien gemacht, ich war mir nicht sicher, aber so ist halt die Leitlinie. Ok dann passt's für mich auch erstmal." Also, das find ich schon wichtig und ich versuch soviel wie möglich da zu machen und da zu lesen. (05-w, 31-40J, Z.: 140ff.)

Ähm, aber es ist auf jeden Fall für mich juristisch auch wichtig, dass ich halt den Patienten nach dem aktuellen Stand behandel, dass ich mich da beruhigen kann. Ahm, das macht mir's Leben dann oft einfacher, wenn ich unsere ahm Leitlinien so anschau', ahm von der DEGAM. (02-m, 31-40J, Z.: 81ff)

Ein Problem, dem JAÄ im Alltag begegnen ist die Tatsache, dass zu einigen gängigen allgemeinmedizinischen Themen keine Leitlinien vorhanden sind. Die folgende Teilnehmerin zeigt sich über diese Tatsache verwundert:

Wenn mir jetzt was zum Beispiel immer wieder begegnet und ich mir jedes Mal denk: Mensch, jetzt weiß ich wieder nicht, wie es eigentlich gehört - Borreliose ist zum Beispiel immer so ein Thema in der Allgemeinmedizin, ja. Serologie abnehmen ja/nein, Behandeln ja/nein, Kontrollieren ja/nein. Wirklich so Sachen, wo ich mir denk': da muss doch jetzt wirklich eine Leitlinie rauskommen zu dem und dem Thema.“ (05-w, 31-40J, Z.: 140ff.)

Außerdem kommt es vor, dass es zwar eine Leitlinie zu einem Thema gibt, diese jedoch nicht in der Praxis anwendbar ist:

Wobei auch viele Bereiche nicht erforscht sind. Und auch nicht alle Leitlinien lassen sich anwenden. (13-w, 31-40J, Z.:99ff.)

3.5.1.4 Expertensysteme

JAÄ greifen darüber hinaus auf Expertensysteme, wie zum Beispiel Deximed zurück. Hierbei handelt es sich um Informationssysteme im Internet, die „wissenschaftlich fundiert“ sind. Das Wissen ist komprimiert und auf den hausärztlichen Alltag anwendbar. Für Vertrauen sorgt die Wahrnehmung, dass hinter diesen Systemen keine Geldgeber stehen, die finanzielle Absichten in Bezug auf die Inhalte hegen:

Ja, würd' ich sagen. Was ich mach, ist halt, dass ich mit so einem Experteninformationssystem im Internet arbeite, ähm Deximed, ähm, und dass ich eben dieses Buch hab, wo ich Sachen nachlese. Und da bin ich, sag ich mal, schon- da stehen natürlich dann auch immer bestimmte Noten da, also wo jetzt was, warum. Dass das aus einer bestimmten Studie sozusagen die Ergebnisse sind. Und da verlass' ich mich natürlich schon drauf. Also muss ich ehrlich sagen. Bei Deximed, dass das jetzt Informationen sind, die so wissenschaftlich fundiert sind und dass das nicht irgendwas da, wie bei vielen anderen tausend Seiten, die's im Internet gibt (lacht) halt einfach Sachen hingeschrieben werden, wo man nicht weiß: was steckt da jetzt dahinter? Sondern da ist ja 'ne medizinische Redaktion, die da dahintersteht. (11-m, 31-40J, Z.: 50ff.)

3.5.1.5 Kongresse

Eine weitere Möglichkeit, wissenschaftlich fundiertes Wissen zu erhalten, bietet der Besuch von Kongressen. Hierbei handelt es sich um Kongresse zum Beispiel und die Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Auch lokale Angebote, die von den an die Universität angeschlossenen Institute veranstaltet werden, besucht die folgende Teilnehmerin, um ihrem Streben nach Wissenschaftlichkeit gerecht zu werden:

Und ich besuche auch, soweit es mir hier meine Zeit zulässt, weil es natürlich also, also man ist schon mit Vollzeit ganz schön engagiert, ähm, auch andere wissenschaftliche Veranstaltungen zu besuchen. Also, zum Beispiel war ich auf dem 50. DEGAM Kongress in Frankfurt, ahm, Tag der Allgemeinmedizin besuch ich eigentlich immer [...]. (03-w, 51-60J, Z.: 101-103)

Schulmedizinisch bekommt man die besten Informationen eigentlich auf den großen Kongressen, also zum Beispiel in der Onkologie, da gibts so zwei, drei große weltweite Kongresse, wo die allgemeine Studienlage gerade

vorgestellt wird. Das ist so ein Sammelsurium auch wissenschaftlicher Uniforschung, speziellen Zentren und Pharmaforschung, ja. Die versuchen das einigermaßen zu, zu sortieren und auf ein all gemeingültiges Niveau zu bringen. Also wenn man an solche Informationsquellen kommt, wenn man an jemanden kommt, der sich die Mühe macht und sagt: "ich sortiere durch und schau, was hat wirklich Relevanz und was nicht und wie ist die Studie entstanden. Und wie war die Auswahl der Patienten." Ähm, dann macht das Sinn. (04-w, 31-40J, Z.: 80-83)

Der Besuch von Kongressen bietet auch die Möglichkeit, schulmedizinisches Wissen in aufbereiteter Form, welches vorab auf wissenschaftliche Relevanz geprüft wurde, zu erhalten (siehe dazu auch Kapitel 3.5.1.2).

3.5.1.6 Wissenschaftlichkeit und Komplementärmedizin

Die wissenschaftliche Grundorientierung war ein wichtiges Element in Bezug auf die persönlichen Einstellungen zu und die Verwendung von komplementären Verfahren. Diese Aspekte sind jedoch bereits weitgehend im Abschnitt 3.4 dargestellt worden.

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Die Teilnehmer*innen der im Rahmen dieser Dissertation durchgeführten Interviewstudie berichten, dass sie zu Beginn ihrer hausärztlichen Tätigkeit große Unterschiede des ärztlichen Arbeitens zwischen Klinik und Praxis wahrgenommen haben. Zum einen sind die JAÄ in der hausärztlichen Praxis mit völlig anderen Beschwerden als im Krankenhaus konfrontiert, zum anderen müssen sie lernen, dass man oft auf Zeit spielen kann - das sogenannte „abwartende Offenlassen“. Gleichzeitig müssen die JAÄ sich der Herausforderung stellen, wie man abwendbar gefährliche Verläufe effizient ausschließen kann. Da dies nicht immer gelingen kann, müssen sie lernen, ein Restrisiko aushalten zu können, schwerwiegende Erkrankungen oder eine gefährliche Entwicklung zu übersehen. Außerdem müssen sie sich daran gewöhnen, dass es in der hausärztlichen Praxis manchmal nicht möglich bzw. sinnvoll ist, eine genaue Diagnose zu stellen und dass das Verhältnis zum Patienten in der Praxis partnerschaftlich sein muss. Des Weiteren besteht häufig ein Handlungsdruck von Seiten des Patienten, obwohl aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht nicht unbedingt eine eindeutige Handlungsnotwendigkeit besteht.

Die Haltung der teilnehmenden JAÄ bezüglich Komplementärmedizin im Allgemeinen und gegenüber speziellen komplementärmedizinischen Behandlungstechniken variiert sehr. Zweifel an der Plausibilität der Wirkmechanismen und an spezifischen Effekten verglichen mit Placebo sind häufig. Nichtsdestotrotz sind die Teilnehmer offen gegenüber komplementärmedizinischen Verfahren. Vor allem pflanzliche Arzneimittel scheinen mehr oder weniger häufig angewendet zu werden. Einige Teilnehmer merken an, dass sie vorhaben, bestimmte Verfahren in Zukunft öfters anzuwenden, wenn sie sich entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten erarbeitet haben. Wenn Teilnehmer*innen Komplementärmedizin in der hausärztlichen Praxis bereits einsetzen, dann erfolgt dies meist für leichtere Erkrankungen, als erster therapeutischen Versuch, um potentiell schädliche konventionelle Behandlungen zu vermeiden, und auch, um den Patientenwünschen zu entsprechen. Hierbei wird Komplementärmedizin als Ergänzung und nicht als Ersatz für die konventionelle Medizin eingesetzt. Die Verwendung von Komplementärmedizin wird zudem von der Haltung der Praxisinhaber beeinflusst.

Alle Teilnehmer*innen geben an, dass Wissenschaftlichkeit für ihr ärztliches Handeln grundsätzlich von großer Bedeutung ist. Aufgrund des hohen zeitlichen Aufwands und der Breite des Fachgebietes sehen sich die JAÄ aber kaum in der Lage, wissenschaftliche

Originalarbeiten neben ihrer praktischen Tätigkeit zu lesen. Eine Herausforderung ist außerdem, dass Studien kritisch in Bezug auf ihre Qualität und ihre klinische Relevanz hin bewertet werden müssen. Praktisch bedeutet Wissenschaftlichkeit für die JAÄ primär die Orientierung an Leitlinien, welche auf den Ergebnissen durch Experten beurteilter Studien aufbauen. Das Arbeiten nach anerkannten Leitlinien legitimiert ihr ärztliches Handeln und stellt auch eine juristische Rückversicherung dar. Einige Teilnehmer*innen nutzen sogenannte Experteninformationssysteme, um komprimiertes Fachwissen zu erwerben, welches bereits kritisch aufbereitet ist. Außerdem bietet der Besuch von Konferenzen eine Möglichkeit, in Austausch mit anderen Kollegen zu kommen und darüber hinaus neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu erlangen.

4.2 Stärken und Schwächen der Studie

Obwohl JAÄ häufiger in qualitativen Studien befragt werden (Steinhäuser et al. 2011, Barth et al. 2014, Roos et al. 2013, Zwierlein et al. 2020), gibt es zur Frage der Unterschiede zwischen Klinik und Praxis bezüglich des ärztlichen Arbeitens keine Untersuchungen. In Bezug auf Komplementärmedizin und Wissenschaftlichkeit gibt es Studien, in welchen Hausärzt*innen befragt wurden (Musselmann et al. 2009, Dahlhaus et al. 2015). Im Bereich der quantitativen Forschung (Joos et al. 2011, Thanner et al. 2014, Linde et al. 2015a) und qualitativen Forschung (Ostermaier et al. 2019, Musselmann et al. 2009, Dahlhaus et al. 2015) gibt es einige Arbeiten, die die Haltung zu und Verwendung von Komplementärmedizin unter deutschen Hausärzt*innen untersuchen. Jedoch beschäftigt sich keine dieser Studien mit Ärzt*innen in Weiterbildung oder mit Allgemeinmediziner*innen, die erst kürzlich ihre Facharztprüfung abgelegt hatten.

Aus einer quantitativen Forschungsperspektive ist die vorliegende Studie mit 13 Teilnehmer*innen klein und kann im statistischen Sinne keine Repräsentativität für sich in Anspruch nehmen. Der Stichprobenumfang ist jedoch für eine qualitative Studie mit der gewählten Fragestellung ausreichend. Nach Helfferich beginnt mit einer Stichprobengröße von $n=6$ (Helfferich 2011) die Möglichkeit einer hermeneutische Interpretation. Der gewählte Stichprobenumfang soll dem Forschungsgegenstand angemessen sein, jedoch sind die meist begrenzten Ressourcen limitierend in Bezug auf die Größe der Stichprobe, da die Durchführung einer solchen Studie häufig durch einen Doktoranden geleistet wird. Ein wichtiger Hinweis darauf, dass die Fallzahl in der vorliegenden Studie ausreichend war, ist die Tatsache, dass sich bei der Auswertung der letzten drei Interviews keine neuen Kategorien und Codes ergaben.

Bei der Rekrutierung von JAÄ wurde versucht, bezüglich Geschlecht, Alter, Praxislokalisierung und praktischer Erfahrung eine möglichst große Vielfalt zu gewährleisten. Die Mehrheit der Teilnehmer*innen der Studie war allerdings in Lehrpraxen des Instituts für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Technischen Universität München tätig. Lehrärzt*innen sind in der Regel besonders engagierte Hausärzt*innen und akademisch vermutlich überdurchschnittlich interessiert. Es könnte möglich sein, dass das akademische und wissenschaftliche Interesse unter den Teilnehmer*innen höher war als unter JAÄ allgemein. Obwohl viele Lehrpraxen des Instituts in ländlichen Gebieten weit entfernt von München liegen, waren die meisten Teilnehmer*innen der Studie im Großraum München und damit einem Gebiet mit eher hohem sozioökonomischem Status tätig. Als wir potentielle Studienteilnehmer*innen angesprochen haben, haben wir explizit hervorgehoben, dass wir daran interessiert sind, Ärzt*innen mit unterschiedlichen Sichtweisen gegenüber Komplementärmedizin zu interviewen. Das könnte dazu geführt haben, dass Personen mit Interesse an diesem Thema bevorzugt teilgenommen haben. Insgesamt können wir daher nicht ausschließen, dass Selektionseffekte einen gewissen Einfluss auf unsere Ergebnisse hatten.

Eine Herausforderung bei der Durchführung der Gespräche lag in dem Umgang mit den Themen komplementärmedizinischen Verfahren und Wissenschaftlichkeit. Einige Interviewpartner hatten Schwierigkeiten mit den Begriffsdefinitionen. Um das Interviewgespräch aufrecht zu erhalten, nannte die Interviewerin Beispiele als Hilfestellung. In diesem Zusammenhang musste die Interviewerin darauf achten, die Interviewpartner nicht zu sehr in ihrem Antwortverhalten zu beeinflussen. Insgesamt konnte bei der Durchführung der Interviews aber sehr gut erreicht werden, dass die Teilnehmer*innen ihre Vorgehensweisen reflektiert und in lebensnaher Sprache von ihrem beruflichen Alltag berichtet haben.

Nachdem die qualitativ erfahrene Sozialwissenschaftlerin, die ursprünglich die inhaltsanalytische Analyse supervidieren sollte, nach etwa der Hälfte der Auswertung nicht mehr verfügbar war, wurde der Betreuer der Arbeit stärker in die Auswertung miteinbezogen. Hierbei wurde die Vorgehensweise nochmal überdacht und einige Schritte im Analyseprozess wurden erneut durchlaufen. Dies war zum einen arbeits- und zeitaufwendig, zum anderen musste erst eine Umorientierung erfolgen, da beispielsweise die ursprünglich sehr kleinteiligen, deskriptiven Codes im Abstraktionsniveau wieder angehoben wurden. Insofern wurden im Verlauf der Analyse einige Veränderungen vorgenommen, die den Ansatz der Analyse bis zu einem gewissen Grad modifiziert haben.

Grundsätzlich ist bei der Interpretation von Interviews zu beachten, dass die Interviewten ihr Denken und Handeln mit Bezug auf die Fragen des Interviewers rekonstruieren. Die Aussagen

und Erzählungen sind somit stark subjektiv und situativ geprägt. Auch wird die qualitative Auswertung durch Erwartungen und Sichtweisen der Auswertenden beeinflusst. Durch die Verwendung systematischer Methoden wie der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wird der Auswertungsprozess jedoch in wesentlichen Zügen transparent und nachvollziehbar. Eine klassische Objektivität wird dadurch jedoch weder erreicht noch angestrebt.

4.3 Interpretation

4.3.1 Zu den Unterschieden zwischen Klinik und Praxis

Im ersten Teil der Studie wurden die JAÄ zu den Unterschieden in der Arbeit im Krankenhaus und in der Praxis befragt. Dies diente einerseits unmittelbar der Dokumentation des Erlebens dieser Unterschiede, die bisher nicht in qualitativen Studien untersucht worden waren. Andererseits sollte damit auch exploriert werden, ob das Gefühl des „nicht auf die Praxis vorbereitet sein“, das in der vorangehenden Studie von den erfahrenen Hausärzt*innen im Rückblick sehr häufig und intensiv berichtet wurde (Ostermaier 2019, Ostermaier et al. 2019 und 2020), dazu beiträgt, dass Lösungsstrategien entwickelt werden, die aus wissenschaftlicher Sicht fragwürdig sind.

Durch die Berichte der JAÄ in der vorliegenden Studie bestätigt sich das, was man als Besonderheiten der Allgemeinmedizin bezeichnet und in gängigen Lehrbüchern (Mader und Riedl 2018, Riedl und Peter 2017) und klassischen Übersichten (Starfield et al. 2005) wiedergefunden werden kann. Die JAÄ heben hervor, welche Unterschiede sich für sie auf Basis des in der universitären Ausbildung Gelernten zwischen der Arbeit in Klinik und hausärztlicher Praxis ergeben. Die JAÄ berichten, dass sie anfangs Schwierigkeiten haben, mit dieser neuen Situation zurecht zu kommen.

Man kann sich die Frage stellen, ob die Teilnehmer*innen in den Interviews das wiedergeben, was sie in Lehrbüchern und im Unterricht zur Allgemeinmedizin gelernt haben, ob die Auswertenden das Erwartete in die Interviews hineininterpretieren oder ob die Berichte die tatsächlich von den JAÄ wahrgenommene Realität widerspiegeln. Vermutlich spielen alle drei Elemente eine Rolle. Die vorliegenden Ergebnisse sind jedoch ein starkes Indiz dafür, dass JAÄ nicht ausreichend darauf vorbereitet sind, was sie im hausärztlichen Arbeiten erwartet.

Die von den Teilnehmer*innen berichteten Unterschiede dürften zum Teil auf die Auswirkungen struktureller Unterschiede zwischen Krankenhaus und Hausarztpraxis (z.B. diagnostische Möglichkeiten oder Teamgröße) im ärztlichen Arbeiten zurückzuführen sein. Besonders wichtig dürften jedoch die Unterschiede zwischen der Arbeit als Spezialist und

Generalist sein. Laut Abholz (2004) unterscheidet sich die Arbeitsweise eines Spezialisten, wie zum Beispiel eines Kardiologen, fundamental von der eines Generalisten, wie es der Hausarzt ist. Entsprechend Abholz' „idealtypisierender“ Darstellung hat ein Spezialist die Aufgabe, „in seinem Bereich mit größtmöglicher Tiefe all das abzuklären und zu behandeln, was möglich ist“ (S. 411). Er folgt dabei in der Regel klaren Leitlinien, Vorgaben oder fachspezifisch üblichen Vorgehensweisen. Er muss differentialdiagnostisch abwägen und der Ursache des Gesundheitsproblems auf den Grund gehen. Die Arbeit des Generalisten unterscheidet sich hier deutlich. Er hat „aus einer breiten Palette von Krankheiten, Befindlichkeitsstörungen, ungeordneten Symptomen“ herauszuarbeiten, ob eine definierte Krankheit (dies ist eher selten) vorliegt, eine „funktionelle Störung“, eine „Befindlichkeitsstörung“ oder gar eine „vorgeschobene Symptomatik“ (Abholz 2004, S. 412). Die Unterscheidung, ob die Beschwerden körperlich oder psychisch bedingt sind, spielt ebenfalls eine große Rolle. Beim Generalisten ist notgedrungen eher die Breite als die Tiefe der medizinischen Kenntnisse gefordert. Der Generalist muss immer abwägen, ob er den Patienten mit seinem spezifischen Gesundheitsproblem weiterhin selbst behandeln kann oder ob er an einen Spezialisten überweisen muss. Er darf einerseits keine abwendbar gefährlichen Verläufe übersehen, muss aber gleichzeitig genau im Blick behalten, ob weitergehende Diagnostik und Therapie überhaupt notwendig sind. Durch weniger unnötige Überweisungen zu Spezialisten und dadurch weniger tiefgehende Diagnostik können Kosten im Gesundheitssystem gesenkt werden. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass schwerwiegende Leiden übersehen werden. Ein Vorteil, den Generalisten haben, ist die Tatsache, dass sie ihre Patienten mit all ihren medizinischen Problemen oft schon über lange Zeit begleiten und ihre Patienten besser kennen. Dies wird als „erlebte Anamnese“ bezeichnet. Unter dieser Voraussetzung kann durch ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis die Entscheidung für oder gegen eine Therapie öfter partnerschaftlich getroffen als beim Spezialisten (Abholz 2004). Viele der von Abholz angesprochenen Aspekte und Unterschiede finden sich in den Berichten der JAÄ in der vorliegenden Studie wieder.

Mit den Besonderheiten des Arbeitens als Generalist hängt auch das von den Studienteilnehmer*innen oft angesprochene Thema der häufigen Erfahrung und des Aushaltens von Unsicherheit und Unbestimmtheit in der hausärztlichen Praxis eng zusammen. Empirische Forschungsarbeiten zu diesem Themenbereich kommen vergleichsweise häufig aus der Allgemeinmedizin (Donner-Banzhoff et al. 2017, Schneider et al. 2010). Übersichten sehen den angemessenen Umgang mit Unsicherheit als eine zu erwerbende Kernkompetenz für dieses Fach (O'Riordan et al. 2011, Alam et al. 2017). Barth et al. (2014) interpretieren den Hausarzt aus soziologischer Sicht sogar als einen Spezialisten für den Umgang mit Unsicherheit. Dennoch scheinen die Breite und die fehlende Tiefe des hausärztlichen

Arbeitens ein Mitgrund dafür zu sein, dass die Allgemeinmedizin in der Medizin ein eher geringes Ansehen hat. Mehrere Studien zeigen, dass insbesondere Fachspezialisten im Krankenhaus Allgemeinärzt*innen in Bezug auf die medizinische Expertise nicht als gleichwertig sehen (Natanzon et al. 2010, Manca et al. 2008, Ajaz et al. 2016). Berendsen et al. beschreiben in einer qualitativen Untersuchung aus dem Jahre 2006, dass die befragten, in holländischen Krankenhäusern tätigen Spezialisten verschiedener Fachrichtungen der Ansicht waren, Allgemeinärzt*innen etwas *beibringen* zu können, aber mit einer Ausnahme nicht glaubten, von diesen etwas *lernen* zu können. Nur ein Teilnehmer war der Ansicht, dass Spezialisten von Allgemeinärzt*innen etwas über den Umgang mit Unsicherheit lernen können (Berendsen et al. 2006).

Neben den Besonderheiten der Allgemeinmedizin, des Arbeitens als Generalist (Abholz 2004) und der damit verbundenen Unsicherheiten, dürften auch die Unterschiede zwischen Theorie bzw. an der Universität gelernten und Praxis allgemein bei den Ergebnissen der vorliegenden Studie eine Rolle spielen. Ein gewisser „Praxisschock“ ist zu Beginn jeglicher ärztlichen Tätigkeit vermutlich unvermeidlich (Niehörster et al. 2007). Dennoch stellt sich die Frage, ob die stark krankheitsorientierte und auf schwere Krankheiten fokussierte Ausrichtung von Medizinstudium und klinischer Weiterbildung zu stark Aspekte ausblendet, die die Versorgung in der hausärztlichen Praxis prägen. In den Reformplänen für das Medizinstudium wird diesem Problem bereits zum Teil durch eine Stärkung der Allgemeinmedizin Rechnung getragen (Baum 2017). Lebensnahe Berichte von JAÄ wie in der vorliegenden Studie könnten in der medizinischen Lehre (z.B. bei der Vorbereitung auf das Blockpraktikum Allgemeinmedizin) verwendet werden, um Studenten die Besonderheiten der Allgemeinmedizin anschaulich zu vermitteln. In der aktuellen Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer 2018) werden zentrale Begriffe der Allgemeinmedizin, wie das „abwartende Offenlassen“ und die „Vermeidung abwendbar gefährlicher Verläufe“ als zu erlernende Handlungskompetenzen genannt. Der Versuch der verstärkten Strukturierung der Weiterbildung und das Bestreben, die Allgemeinmedizin vermehrt in das universitäre Umfeld einzubinden, werden ermöglichen, diese Themen systematischer und enger verzahnt mit der klinischen Weiterbildung zu vermitteln. Vermutlich können einige für die Allgemeinmedizin wichtige Handlungskompetenzen, die von den JAÄ in der vorliegenden Studie formuliert werden, nicht im Krankenhaus erlernt werden. Diese müssen über längere Zeit in der hausärztlichen Praxis angeeignet werden. Mit den Weiterbilder*innen als Mentor*innen haben die JAÄ erfahrene Ärzt*innen an ihrer Seite, die Ihnen einen ausgewogenen Umgang mit den Besonderheiten der Allgemeinmedizin vermitteln können. Hierbei spielt auch die aktive Einbeziehung der Patient*innen eine wichtige Rolle. Dies ermöglicht eine vertrauensvolle Arzt-

Patienten-Beziehung, in der gemeinsam eine Entscheidungsfindung versucht werden sollte. Dies kann auch dazu beitragen, Über- oder Fehldiagnostik zu vermeiden.

Letztlich spiegeln sich in den Ergebnissen der vorliegenden Studie vermutlich auch die Unterschiede zwischen der Arbeit im Krankenhaus und in der Niederlassung allgemein wider. Es ist daher anzunehmen, dass neu niedergelassene Fachärzt*innen in bestimmten Aspekten ähnliche Erfahrungen machen wie JAÄ. Entsprechende Studien konnten von der Autorin jedoch nicht identifiziert werden.

4.3.2 Zur Verwendung von und Einstellung zu komplementärmedizinischen Verfahren

Jede Diskussion über „Komplementärmedizin“ wird durch die unklare Terminologie und durch die Vielfalt der unter dieser Bezeichnung subsummierten Verfahren erschwert (siehe z.B. Zollman und Vickers 1999). In der deutschen Bevölkerung werden Begriffe wie Komplementärmedizin, Alternativmedizin, Naturmedizin oder Naturheilverfahren oft ohne klare Abgrenzung nebeneinander verwendet. Weit verbreitete und wichtige, auch von den Teilnehmer*innen der vorliegenden Studie genannte, „komplementärmedizinische Verfahren“ sind Phytotherapie, Akupunktur, Homöopathie, Osteopathie und Chirotherapie (Linde 2013). Auch in Fachkreisen ist es über pragmatische Kompromisse hinaus nicht gelungen, eindeutige Definitionen zu etablieren (Falkenberg et al. 2012). Der Fokus dieser Dissertation sollte nicht auf einem einzelnen Verfahren liegen, sondern den „Bereich“ offen und breit erfassen. Daher erfolgte in dieser Dissertation eine pragmatische Verwendung der Bezeichnung „Komplementärmedizin“. Damit ist unvermeidbar eine gewisse Unschärfe in der Interpretation verbunden.

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, verwenden viele Hausärzt*innen in Deutschland komplementärmedizinische Verfahren. So gaben z.B. in einer großen deutschlandweiten Befragung von Joos et al. (2009) 60 Prozent der befragten Hausärzt*innen an, komplementärmedizinische Verfahren zu verwenden. Im Vergleich zu vielen anderen Ländern scheint die Verwendung durch Ärzt*innen in Deutschland sehr hoch zu liegen. In Befragungen aus Australien (Hall und Giles-Corti 2000, Cohen et al. 2005), Italien (Gianelli et al. 2007), Großbritannien (Thomas et al. 2001, Thomas et al. 2003), Kanada (Verhoef und Sutherland 1995) und Neuseeland (Poynton et al. 2006) variiert die Zahl der ärztlichen Anwender zwischen 13% und 38%.

Arztbefragungen aus verschiedenen Ländern zeigen, dass ein wichtiges Motiv für die Anwendung komplementärmedizinischer Verfahren die Annahme ist, dass dadurch positive Effekte bei den Patient*innen ausgelöst werden können – seien diese Effekte nun unspezifisch

im Sinne von Placeboeffekten oder spezifisch (siehe die Übersichtsarbeit von Astin et al. 1998, sowie z.B. Pirotta et al. 2010, Joos et al. 2011, Linde et al. 2015b). Als weitere Gründe für eine Anwendung werden häufig ein niedriges Nebenwirkungspotenzial, „Ganzheitlichkeit“ und die Grenzen eines rein naturwissenschaftlichen Ansatzes sowie das Nichtansprechen auf konventionelle Therapien berichtet. Auch persönliche Lebenserfahrungen, familiäre Prägungen und Vorbilder scheinen eine Rolle zu spielen (Ostermaier 2019, Jocham 2017). In einem relativ marktorientierten Gesundheitssystem wie in Deutschland können darüber hinaus finanzielle Motive und Patientenpräferenzen eine wichtige Rolle spielen (Thanner et al. 2014). In diesem Zusammenhang ist aber auch anzumerken, dass einige Ärzt*innen, die komplementärmedizinische Therapieverfahren anwenden, angeben, dass sie diese eher als „Ausdruck ärztlicher Therapiefreiheit“ sehen und nicht der finanzielle Aspekt den primären Anreiz darstellt (Thanner et al. 2014).

Die Mehrheit der erfahrenen Hausärzt*innen in der dem vorliegenden Projekt vorangehenden Studie (Ostermaier 2019, Ostermaier et al. 2019 und 2020) hat Komplementärmedizin als wichtige und hilfreiche Ergänzung zur konventionellen, wissenschaftlichen Medizin wahrgenommen. In den Berichten dieser Ärzt*innen war die Erfahrung therapeutischer Unbestimmtheit ein zentraler Aspekt. Da die Patient*innen häufig eine Behandlung wünschten, auch wenn keine evidenzbasierte Option verfügbar war oder keine „echte“ Behandlungsnotwendigkeit vorlag, hatten sich die erfahrenen Hausärzt*innen im Laufe der Jahre Strategien angeeignet, um in solchen Situationen handlungsfähig zu bleiben. Komplementärmedizin war hier für die meisten *ein* wichtiges Werkzeug. Der breite Einsatz von Komplementärmedizin schien dabei keinerlei Konflikte oder Probleme der Rechtfertigung zu erzeugen.

Verglichen mit den erfahrenen Hausärzt*innen in der Vorstudie, waren die JAÄ in der vorliegenden Studie deutlich kritischer gegenüber Komplementärmedizin eingestellt. In ihrer täglichen Arbeit schienen sie vorrangig Probleme mit den grundsätzlichen Unterschieden zwischen Klinik und Praxis und den Herausforderungen in der Allgemeinmedizin zu haben. Aspekte therapeutischer Unbestimmtheit wurden zwar auch immer wieder angesprochen, dies war jedoch keine wichtige bewusste Erfahrung, sondern erschien eher nebensächlich. Dementsprechend hatten komplementärmedizinische Verfahren einen geringen Stellenwert. Abgesehen von pflanzlichen Arzneimitteln wurden komplementärmedizinische Behandlungen von den JAÄ selten eingesetzt. Sie dienten primär als Möglichkeit, um bei weniger ernsthaften Beschwerden agieren und um Patientenwünsche erfüllen zu können. Das in der Vorstudie oft berichtete Gefühl, dass die „Schulmedizin“ häufig an Grenzen komme, war weniger präsent.

Die JAÄ in unserer Studie gaben an, dass ihnen größtenteils die Erfahrung im medizinischen Behandeln fehlt und sie das Gefühl haben, erst ausreichend Wissen im Bereich der konventionellen Medizin erwerben müssen, um sich mit komplementärmedizinischen Verfahren auseinanderzusetzen zu können und sich diese anzueignen. Es könnte durchaus sein, dass die JAÄ noch nicht so viele Situationen erlebt haben, in welchen sie mit Unsicherheit und Unbestimmtheit konfrontiert waren und sie das Gefühl hatten, keine Behandlung anbieten zu können.

Die kritische Haltung der meisten Teilnehmer*innen zur Komplementärmedizin könnte dadurch erklärbar sein, dass JAÄ noch stärker durch das Studium und die Ausbildung im Krankenhaus - und daher durch eine stärkere wissenschaftliche Orientierung - geprägt sind als die älteren Kollegin*innen. Eine zweite Erklärungsmöglichkeit wäre, dass JAÄ durch die Stärkung der Allgemeinmedizin in den letzten Jahren heute besser auf die Praxis vorbereitet sind als frühere Generationen. Die stärkere Strukturierung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und die verstärkte Einbindung des Fachs in die universitäre Forschung könnten ebenfalls Beiträge hierzu geleistet haben. Eine dritte Erklärungsmöglichkeit könnte sein, dass, nach einer Phase der größeren Offenheit gegenüber Komplementärmedizin in Gesellschaft, Ärzteschaft und mit Einschränkungen auch in der Wissenschaft, in den vergangenen Jahren der „Zeitgeist“ wieder Komplementärmedizin-kritischer geworden ist. Zwischen 1995 und 2010 wurden auch in wichtigen medizinischen Fachzeitschriften wie dem New England Journal of Medicine, Lancet oder JAMA vergleichsweise häufig Studien zu komplementärmedizinischen Interventionen publiziert (siehe z.B. Berman et al. 2010, Linde et al. 1997, Shang et al. 2005, Wilt et al. 1998, Witt et al. 2005). Nachdem die Ergebnisse vieler (wenn auch nicht aller) hochwertiger Studien jedoch eher ernüchternde Ergebnisse in Bezug auf spezifische, über Placebo hinausgehende Effekte erbracht haben, scheint die Stimmung deutlich skeptischer geworden zu sein (siehe z.B. Gorski und Novella 2014). Kritische Akademiker wie z.B. der „Münsteraner Kreis“ fordern eine deutlich stärkere Regulierung des Heilpraktikerwesens und eine Abschaffung der ärztlichen Zusatzbezeichnung Homöopathie in Deutschland (Anlauf et al. 2017, Münsteraner Kreis 2017). Diese Entwicklungen dürften auch dazu beitragen, dass Medizinstudent*innen und junge Ärzt*innen kritische Haltungen zur Komplementärmedizin entwickeln.

Autoren wie Anlauf (2011) fordern, dass Hausärzt*innen mit den Patienten „liebe- und verständnisvoll umgehen“ und nicht versuchen sollen, die Defizite der wissenschaftlichen Medizin durch unwissenschaftliche Verfahren zu kompensieren. Aufgrund der knappen Zeit ist das empathische Gespräch jedoch häufig in der Realität nicht umzusetzen (Linde 2015). Komplementärmedizinische Verfahren geben Hausärzt*innen die Möglichkeit, mehr Zeit für die Behandlung ihrer Patienten zu investieren. Dadurch versuchen sie, dem in der Realität

herrschenden Zeitmangel zu entkommen, zumal die Leistungen oft selbst von den Patienten bezahlt werden müssen, da diese nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden (Joos et al. 2009). Außerdem fanden Astin et al. (1998) heraus, dass die Compliance der Patienten, die mit Komplementärmedizin behandelt wurden, besser ist, als derer, die eine konventionelle Behandlung erfuhren. In der Untersuchung von Joos et al. (2011) gaben Hausärzt*innen, die komplementärmedizinische Verfahren positiver gegenüberstanden, eine höhere Berufszufriedenheit an. Auffallend ist jedoch in der Untersuchung von Joos et al. (2011), dass nur 61% der Allgemeinärzte, die ihren Patienten komplementärmedizinische Verfahren anboten, eine entsprechende Qualifikation vorweisen konnten.

Es stellt sich die Frage, wie sich die Haltung der teilnehmenden JAÄ in den kommenden Jahren entwickeln wird. Einzelne Teilnehmer*innen haben angegeben, dass sie, wenn sie nach der eigenen Niederlassung freier entscheiden können und sich die entsprechenden Kenntnisse angeeignet haben, vermehrt komplementärmedizinische Verfahren einsetzen möchten. Bei der zurückhaltenden bis skeptischen Mehrheit der Teilnehmer*innen bleibt abzuwarten, ob sie ihren Standpunkt beibehalten oder ob auch sie, wie die meisten erfahrenen Ärzt*innen in der Vorstudie, mit der Zeit vermehrt derartige Verfahren einsetzen werden.

4.3.3 Zur Wissenschaftlichkeit

Der Weltverband der Allgemeinärzte WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) beschreibt die Allgemeinmedizin als „akademische und wissenschaftliche Disziplin“ (WONCA 2005, S.4). Die Kernkompetenzen des Hausarztes sind aus Sicht der WONCA breit gefächert, jedoch betont diese Definition die Wissenschaftlichkeit. Neben evidenzbasiertem Arbeiten wird die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Kritik als essentiell in der Wissenschaft gesehen. Hierbei ist vor allem Erfahrung wichtig, um evidenzbasierte Medizin betreiben und wissenschaftliche Hypothesen prüfen zu können. Auf dieser Basis kann eine stetige Weiterentwicklung im medizinischen Handeln stattfinden. Angesichts der oben diskutierten großen Unsicherheit und Unbestimmtheit in diesem Fach stellt sich die Frage, inwieweit dieser hohe Anspruch in der Praxis immer umsetzbar ist.

In ihrem Positionspapier „Komplementäre und alternative Arzneitherapie versus wissenschaftsorientierte Medizin“ beschreiben Anlauf et al. (2015) vier Grundprinzipien für eine wissenschaftliche Medizin (S. 27f.): Es besteht das systematische Bemühen (1) empirisch nachzuweisen, dass medizinische Interventionen einen klinischen Patientennutzen bewirken und (2) die Entstehung, Prävention und Behandlung von Krankheiten rational auf Basis des gesicherten Wissens zu erklären. (3) „Die wissenschaftliche Medizin entwickelt sich unter

Elimination von Therapieformen mit fehlender Wirksamkeit bzw. nicht akzeptablem Nutzen-Risikoverhältnis und unter Integration neuer Methoden unterschiedlicher Provenienz.“ Dies bedeutet explizit laut den Autoren auch, dass es zur wissenschaftlichen Medizin „keine vernünftige Alternative“ geben kann. (4) Notwendig ist aber auch die „Berücksichtigung psychologischer, soziologischer und ökonomischer Erkenntnisse“. In diesem Zusammenhang stellen Anlauf et al. auch die Frage, „inwieweit die Entwicklung der modernen Medizin die postulierte Einheit von Körper und Geist berücksichtigt und ihrer Patientenbezogenheit ausreichend gerecht wird.“ Wie das Vorläuferprojekt (Ostermaier 2019) und die vorliegende Untersuchung zeigen, ist dies besonders für die langfristige hausärztliche Versorgung eine besondere Herausforderung.

JAÄ scheinen im täglichen hausärztlichen Arbeiten Wissenschaftlichkeit zunächst als Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien oder Expertensystemen zu interpretieren. Sie vertrauen Leitlinien, soweit diese anwendbar sind und darüber hinaus den Experten, welche die Evidenz für diese Leitlinien bewerten. Letztendlich hat man das Gefühl, dass es sich um Wissenschaft „aus zweiter Hand“ handelt. Die JAÄ haben in der Realität aber weder die Zeit noch häufig die nötigen Kenntnisse, um wissenschaftliche Originalarbeiten in ihrem extrem breiten Fachgebiet selbst kritisch zu lesen und zu bewerten. Bei Spezialisten ist dieses Vorgehen vermutlich etwas weniger stark ausgeprägt, da das Behandlungsfeld relativ klar definiert und enger ist.

Die wissenschaftliche Medizin bemüht sich durch die verstärkte Einbeziehung von psychologischen, sozial- und geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen und Sichtweisen lebensnaher zu werden (Macnaughton 2011). Durch die evidenzbasierte Medizin wird in einer auch für die Primärversorgung relevanten Weise vermehrt überprüft, ob Patienten von den Interventionen tatsächlich profitieren. Dadurch konnte ein Standard eingeführt werden, anhand dessen das vorhandene Handlungswissen auf Basis wissenschaftlicher Methoden kritisch überprüft wird. Dieses Vorgehen dient der stetigen Weiterentwicklung von Wissen und gleichzeitig dem Wohlergehen der Patient*innen (Sackett et al. 1996).

Die Allgemeinmedizin versucht „die Ressourcen des Gesundheitssystems auf effiziente Weise“ in der Primärversorgung einzusetzen (WONCA 2005, S.4). Dies bedeutet für die Umsetzung in der Realität, dass Wissen und Empfehlungen in einer komprimierten und anwendungsorientierten Form aufbereitet sein müssen, damit sie in der allgemeinmedizinischen Praxis angewandt werden können. Dies geschieht größtenteils durch Leitlinien. Gleichzeitig hat die Allgemeinmedizin als Disziplin einen „personenbezogenen Ansatz“, der individuell auf den Patienten und seine Lebensumstände ausgerichtet sein muss. Klinische Forschung wird sehr häufig in stark selektierten Patientenpopulationen und unter

Ausschluss multimorbider, alter Patienten, von Kindern oder Schwangeren betrieben (Hummers-Pradier et al. 2010). Soziale und psychosomatische Aspekte werden nur eingeschränkt untersucht. Außerdem gibt es in der Medizin auch „gegenwärtig noch sehr viele Krankheiten, die gar nicht oder unbefriedigend erklärbar sind“ (Anlauf et al. 2015, S. 27). Unter diesen Bedingungen geraten Allgemeinärzt*innen häufig in Erklärungsnot und unter Handlungsdruck, ohne wissenschaftlich fundierte Lösungen und ohne ausreichend Zeit zu haben, die dann notwendigen, empathischen Gespräche führen zu können.

Für die Mehrheit der Teilnehmer*innen der vorliegenden Studie scheint eine gewisse wissenschaftsorientierte Grundhaltung zentral für ihre kritische Bewertung der Komplementärmedizin zu sein. Dabei spielt nicht nur die oft als mangelhaft empfundene Evidenz aus klinischen Studien eine wichtige Rolle, sondern auch die Plausibilität der Wirkmechanismen. Wenn diese, wie zum Beispiel bei der Homöopathie, aus naturwissenschaftlicher Sicht sehr unplausibel sind, wird das Verfahren eher abgelehnt. Die Phytotherapie wird dagegen deutlich eher als wissenschaftskompatibel angesehen.

In den vergangenen Jahren wurden an immer mehr Universitäten Institute für Allgemeinmedizin etabliert (Mader 2016). Damit erfolgt unweigerlich eine weitere wissenschaftliche Ausrichtung des Fachgebiets. Es erscheint plausibel anzunehmen, dass sich das in Zukunft auch auf die Haltung zur und Verwendung von komplementärmedizinischen Verfahren auswirken könnte.

4.4 Anregung für zukünftige Forschung

Nachdem in der vorangegangenen Studie erfahrene Hausärzte mit einem Schwerpunkt auf dem Umgang mit therapeutisch unbestimmten Situationen befragt worden waren (Ostermaier 2019, Ostermaier et al. 2019 und 2020), wurden in der vorliegenden Studie JAÄ interviewt. Beide Studien machten deutlich, dass eine Vielzahl von Faktoren den Umgang mit unbestimmten Situationen, sowie die Haltung zu und Verwendung von komplementärmedizinischen Verfahren beeinflussen. Dazu zählen auch kulturelle und Gesundheitssystem-bedingte Aspekte. In einer weiteren qualitativen Interviewstudie, die sich derzeit in der Auswertung befindet, wurden daher Hausärzte befragt, die sowohl in Deutschland als auch in einem Land mit einem deutlich anderen Gesundheitssystem (z.B. Großbritannien, Norwegen, Niederlande und Südtirol) hausärztlich gearbeitet haben (Dissertationsvorhaben Robert Bayer, Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, TUM; derzeit in Auswertung). Um die Erkenntnisse aus diesen drei Promotionsvorhaben weiter zu vertiefen, wurde im Januar 2021 vom Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der TU München gemeinsam mit

dem Institut für Soziologie der Ludwig-Maximilians-Universität München ein Antrag bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gestellt. In dem Folgeprojekt sollen neben weiteren Interviews (z.T. auch mit Fachärzten und akademischen Vertretern der Allgemeinmedizin) auch teilnehmende Beobachtungen erfolgen, um die Berichte in den Interviews mit dem tatsächlichen Vorgehen in der Praxis besser vergleichen zu können.

Wünschenswert wären auch qualitative Längsschnittstudien, in denen JAÄ über mehrere Jahre zu Themen wie Erfahrungen, Veränderungsprozessen und Erkenntnissen im Umgang mit den in der Studie untersuchten Forschungsfragen wiederholt befragt werden. Veränderungen von Handlungsmotivationen könnten untersucht werden, indem man die Teilnehmer*innen befragt, wie sich ihre Einstellung bezüglich der Verwendung von Komplementärmedizin im Laufe ihrer ärztlichen Tätigkeit verändert hat, welche Rolle die unterschiedlichen Weiterbilder gespielt haben und ob sie sich Wissen über spezifische komplementärmedizinische Verfahren angeeignet haben und diese im ärztlichen Alltag anwenden.

4.5 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse bestätigen die deutliche Prägung der Studienteilnehmer*innen durch Studium und die klinische Phase der Weiterbildung. Die ärztliche Arbeit in Klinik und hausärztlicher Praxis wird als sehr unterschiedlich empfunden. Es erscheint sinnvoll, diese Unterschiede in Studium und Weiterbildung stärker zu thematisieren und vorzubereiten. Verglichen mit erfahreneren Hausarzt*innen, standen die Teilnehmer*innen in unserer Studie komplementärmedizinischen Verfahren kritischer gegenüber und setzen diese abgesehen von pflanzlichen Arzneimitteln kaum ein. Als wichtige Stütze für ein auf Wissenschaftlichkeit gestütztes ärztliches Handeln greifen JAÄ auf Leitlinien und Expertensysteme zurück.

5 Literaturverzeichnis

Abholz, H.-H. (2004). Generalist und Spezialist - Zwei unterschiedliche Welten von Arbeit und Arbeitsauftrag. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 80(10), 411-413. doi:10.1055/s-2004-820385

Alam, R., Cheraghi-Sohi, S., Panagioti, M., Esmail, A., Campbell, S., Panagopoulou, E. (2017). Managing diagnostic uncertainty in primary care: a systematic critical review. *BMC Family Practice*, 18,79. doi:10.1186/s12875-017-0650-0

Anlauf, M. (2011). CAM oder der Versuch ärztliche Basispflichten „outzusourcen“. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 87, 163-164.

Anlauf, M., Aust, N. Bertelsen, H.-W., Boscheinen, J. Ernst, E., Friedrich D.R., Grams, N., Hoyningen-Huene, P., Hübner, J., Hucklenbroich, P., Raspe, H., Reichardt, J.-O., Schmacke, N., Schöne-Seifert, B., Scholz, O.R., Taupitz, J., Weymayr, C. (2017). Münsteraner Memorandum Heilpraktiker. Ein Statement der interdisziplinären Expertengruppe „Münsteraner Kreis“ zu einer Neuregelung der Zusatzbezeichnung Homöopathie. *Deutsches Ärzteblatt*. 21.8.2017. <http://daebl.de/BB36>. Zugegriffen: 16.02.2021.

Anlauf, M., Hein, L., Hense, H-W., Köbberling, J., Lasek, R., Leidl, R., Schöne-Seifert, B. (2015). Komplementäre und alternative Arzneitherapie versus wissenschaftsorientierte Medizin. *GMS German Medical Science*, 13, Doc 5. doi:10.3205/000209

Ajaz A., David R., Brown D., Smuk M., Korszun A. (2016). BASH: badmouthing, attitudes and stigmatization in healthcare as experienced by medical students. *BJ Psych Bulletin*, 40(2), 97-102. doi:10.1192/pb.bp.115.053140

Astin, J.A., Marie, A., Pelletier, K. R., Hansen, E., Haskell, W.L. (1998). A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians. *Archives of Internal Medicine*, 158(21), 2303-2310. doi:10.1001/archinte.158.21.2303

Barth, N, Nassehi, A, Schneider, A. (2014). Umgang mit Unbestimmtheit – zur Hypermodernität des Hausarztes. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108(1), 59-65. doi:10.1016/j.zefq.2013.11.004

Baum, E. (2017). Medizinstudium wird breiter und praxisnäher. *Münchner Medizinische Wochenschrift, Fortschritte der Medizin* 2017,159 (7), 32. doi:10.1007/s15006-017-9527-3

Berendsen, A.J., Benneker, W.H.G.M., Schuling, J., Rijkers-Koorn, N., Slaets, J.P.J., Meyboom-de Jong, B. (2006). Collaboration with general practitioners: preferences of medical

specialists-a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 6, 155. doi:10.1186/1472-6963-6-155

Berman, B.M., Langevin, H.M., Witt, C.M., Dubner, R. (2010). Acupuncture for chronic low back pain. *New England Journal of Medicine*, 363(5),454-461. doi:10.1056/NEJMct0806114

Bortz, J. und Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaften* (4. Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.

Brinkhaus, B., Witt, C. M., Jena, S., Bockelbrink, A., Ortiz, M., Willch, S.N. (2011). Integration of complementary and alternative medicine into medical schools in Austria, Germany and Switzerland – results of a cross-sectional study. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 161(1-2), 32-43.

Bundesärztekammer. Ärztestatistik zum 31.12. 2019,
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/Stat19AbbTab.pdf. Zugriffen:16.02.2021

Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018.
<https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung>. Zugriffen: 16.02.2021

Cohen, M.M., Penman, S., Pirota, M., Da Costa, C. (2005). The integration of complementary therapies in Australian general practice: results of a national survey, *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(6), 995-1004.

Comaroff, J. (1976). A bitter pill to swallow. Placebo therapy in general practice. *The Sociological Review*, 24(1), 79-96.

Dahlhaus, A., Siebenhofer, A., Guethlin, C. (2015). Complementary medicine for cancer patients in general practice: qualitative interviews with German general practitioners. *Forschende Komplementärmedizin*, 22(1), 36–41. doi:10.1159/000375182

Deutscher Bundestag. Wissenschaftliche Dienste. WD 9 - 3000 - 043/20. Seite 9. 2020.
<https://www.bundestag.de/resource/blob/710020/60d8de59f2d4e5f98f5ce9f25f8df1e6/WD-9-043-20-pdf-data.pdf>, Zugriffen: 16.02.2021

Donner-Banzhoff, N., Seidel, J., Sikeler, A.M., Bösner, S., Vogelmeier, M., Westram, A., Feufel, M., Gaissmaier, W., Wegwarth, O., Gigerenzer, G. (2017). The phenomenology of the diagnostic process: a primary care-based survey. *Medical Decision Making* 2017, 37(1), 27-34. doi.org/10.1177/0272989X16653401

- Falkenberg, T., Lewith, G., Roberti di Sarsina, P., von Ammon, K., Santos-Rey, K., Hök, J., Frei-Erb, M., Vas, J., Saller, R., Uehleke, B. (2012). Towards a pan-European definition of complementary and alternative medicine--a realistic ambition? *Forschende Komplementärmedizin*, 19(2), 6-8. doi:10.1159/000343812
- Gianelli, M., Cuttini, M. Da Frè M., Buiatti, E. (2007). General practitioners' knowledge and practice of complementary/alternative medicine and in relationship with life-styles: a population-based survey in Italy. *BMC Family Practice*, 8, 30.
- Gorski, D.H., Novella, S.P. (2014). Clinical trials of integrative medicine: testing whether magic works? *Trends in Molecular Medicine*, Sep;20(9), 473-476.
- Hall, K., Giles-Corti, B. (2000). Complementary therapies and the general practitioner. A survey of Perth GPs. *Australian Family Physician*, 29(6), 602-606.
- Helferich, 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. *Social Science & Medicine*, 59(1), 47-55. doi:10.1016/j.socscimed.2003.10.004
- Hummers-Pradier, E., Beyer, M., Chevallier, P., Eilat-Tsanani, S., Lionis, C., Peremans, L., Petek, D., Rurik, I., Soler, J.K., Stoffers, H.E.J.H., Topsever, P., Ungan, M., van Royen, P. (2010). The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 4. Results: specific problem solving skills. *European Journal of General Practice*, 16, 174-181. doi:10.3109/13814780903563725
- Irnich, D., Bäuml, P., Hanley, K. (2019). Stand der Komplementärmedizin in Deutschland. *Zeitschrift für Komplementärmedizin*, 11(6), 14-25. doi:10.1055/a-1072-0884
- Jenker, J. (2007). *Die drei Analysetechniken: Zusammenfassung, Explikation, Strukturierung*. QUASUS. Qualitatives Methodenportal zur Qualitativen Sozial-, Unterrichts- und Schulforschung. <https://quasus.ph-freiburg.de/4-die-drei-analysetechniken-zusammenfassung-explikation-und-strukturierung/>. Zugegriffen: 16.02.2021.
- Jocham, A., Berberat, P.O., Schneider, A., Linde, K. (2017). Why do students engage in elective courses on acupuncture and homeopathy at medical school? A Survey. *Complementary Medicine Research*, 24(5), 295-301. doi:10.1159/000468539

Joos, S., Musselmann, B., Szecsenyi, J. (2009). Integration of Complementary and Alternative Medicine into Family Practice in Germany: Results of a National Survey. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, Hindawi Publishing Corporation, 2011: 495813. doi:10.1093/ecam/nep019

Joos, S., Musselmann, B., Szecsenyi, J. (2011). Characteristics and job satisfaction of general practitioners using complementary and alternative medicine in Germany - is there a pattern? *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11,131. <http://biomedcentral.com/1472-6882/11/131>

Kuckartz, U., Dresing T., Rädiker, S. und Stiefer, C. (2008). Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis (2., aktualisierte Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.

Linde, K. (2013). The use of placebo interventions in clinical practice. *Complementary Therapies in Medicine*, 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? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 91(5), 201-206. doi:10.3238/zfa.2015.0201-0206

Linde, K., Alscher, A., Friedrichs, C., Joos, S., Schneider, A. (2014). Die Verwendung von Naturheilverfahren, komplementären und alternativen Therapien in Deutschland- eine systematische Übersicht bundesweiter Erhebungen. *Forschende Komplementmedizin*, 21(2),111-118. doi:10.1159/000360917

Linde, K., Alscher, A., Friedrichs, C., Wagenpfeil, S., Karsch-Völck, M. und Schneider, A. (2015a). Belief in and use of complementary therapies among family physicians, internists and orthopaedics in Germany- cross-sectional survey. *Family Practice*, 32(1), 62-68. doi:10.1093/fampra/cmu071

Linde, K., Buitkamp, M., Schneider, A., Joos, S (2013). Naturheilverfahren, komplementäre und alternative Therapien. In: "Gesundheitsmonitor 2012". Böcken, J., Braun, B., Repschläger, U., 1. Auflage, 118–135. *Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh*.

Linde, K., Clausius, N., Ramirez, G., Melchart, D., Eitel, F., Hedges, L.V., Jonas, W.B. (1997). Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Lancet*, Sep 20;350(9081), 834-843. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9310601/>

- Linde, K., Friedrichs, C., Alscher, A., Schneider, A. (2015b). Verwendung komplementärer Therapien und Einsatz von Placebos durch niedergelassene Ärzte in Deutschland. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 6(91), 254-259. doi:10.3238/zfa.2018.0339-0344
- Macnaughton, J. (2011). Medical humanities`challenge to medicine. *Journal of Evaluation of Clinical Practice*, 17(5), 927-932. doi:10.1111/j.1365-2753.2011.01728.x
- Mader, F.H. (2016). Lehrstühle für Allgemeinmedizin sind ein Erfolgsmodell. *Der Allgemeinarzt*, 7, 22-24. https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Presse/DEGAM_in_den_Medien/2016/AA-07-16-DEGAM-Lehrstu%CC%88hle.pdf
- 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.
- Manca D., Varnhagen S., Brett-MacLean P., Allan G.M., Szafran O. (2008). Respect from specialists: concerns of family physicians. *Canadian Family Physician*, 54(10),1434-1435.
- MAXQDA. The art of data analysis. <https://www.maxqda.de/>. Zugegriffen: 16.02.2021
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (11., aktualisierte und überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Merkens, H. (2000). *Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion*. In Flick, U., von Kardorff, E., Steinke, I (Hrsg.). *Qualitative Forschung - Ein Handbuch* (6. durchgesehene und aktualisierte Auflage). Reinbek: Rowohlt, 286-299.
- Musselmann, B, Szecsenyi, J., Joos, S. (2009). Komplementärmedizin in der Praxis – der diagnostisch therapeutische Prozess aus Sicht von Hausärzten: eine qualitative Studie. *Complementary Medicine Reserach*, 16(6), 392–399. doi:10.1159/000258673
- Natanzon, I., Ose, D., Szecsenyi, J., Campbell, S., Roos, M., Joos, S. (2010). Does GPs' self-perception of their professional role correspond to their social self-image? A qualitative study from Germany. *BMC Family Practice*, 11(10). doi:10.1186/1471-2296-11-10
- Niehörster G., Hartmann U., Wiesmann U., Hannich H.J. (2007). Berufliche Sozialisation von Ärzten: Spagat zwischen Anpassung und Abgrenzung. *Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie*, 57 - A068. doi:10.1055/s-2007- 970687
- O'Riordan, M., Dahinden, A., Aktürk, Z., Ortiz, J.M., Dağdeviren, N., Elwyn, G., Micallef, A., Murtonen, M., Samuelson, M., Struk, P., Tayar, D., Thesen, J. (2011). Dealing with uncertainty

in general practice: an essential skill for the general practitioner. *Quality in Primary Care*. 2011, 19(3), 175–181.

Ostermaier, A. (2019). Die therapeutisch unbestimmte Situation in der hausärztlichen Praxis: Dynamiken, Strategien und die Legitimierung komplementärmedizinischer Therapien. Eine qualitative Studie. Dissertation Technische Universität München. <https://mediatum.ub.tum.de/doc/1486600/document.pdf>

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 Family Practice*, 20(1), 55. doi:10.1186/s12875-019-0945-4

Ostermaier, A., Barth, N., Linde, K. (2020). How German general practitioners justify their provision of complementary and alternative medicine- a qualitative study. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20, 111. doi:10.1186/s12906-020-02907-6

Pirotta, M., Kotsirilos, V., Brown, J., Adams, J., Morgan, T., Williamson, M. (2010). Complementary medicine in general practice - a national survey of GP attitudes and knowledge. *Australian Family Physician*, 39(12), 946–950.

Poynton, L., Dowell, A., Dew, K., Egan, T. (2006). General practitioners' attitudes towards (and use of) complementary and alternative medicine: a New Zealand nationwide survey. *New Zealand Medical Journal*, 119(1247).

Riedl B., Peter W. (2017). *Basiswissen Allgemeinmedizin*, 1. Auflage. Berlin: Springer.

Roos, M., Krug, D., Pfisterer, D., Joos, S. (2013), Professionalität in der Allgemeinmedizin in Deutschland – eine qualitative Studie zur Annäherung an das Kompetenzfeld. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 107(7), 475-483. doi:org/10.1016/j.zefq.2013.04.011

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71

Schneider A., Löwe B., Barie S., Joos S., Engeser P., Szecsenyi J. (2010). How do primary care doctors deal with uncertainty in making diagnostic decisions? The development of the 'Dealing with Uncertainty Questionnaire' (DUQ). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(3), 431-437. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01464.x

- Shang, A., Huwiler-Müntener, K., Nartey, L., Jüni, P., Dörig, S., Sterne, J.A.C., Pewsner, D., Egger, M. (2005). Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. *Lancet* Aug 27 -Sep 2;366(9487),726-732.
- Starfield B., Shi L., Macinko J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
- Steinhäuser, J., Paulus, J., Roos, M., Peters-Klimm, F., Ledig, T., Szecsenyi, J., Joos, S. (2011). „Allgemeinmedizin ist trotzdem ein schönes Fach“– eine qualitative Studie mit Ärzten in Weiterbildung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(2), 89-96. doi:org/10.1016/j.zefq.2010.11.003
- Thanner M., Nagel E., Loss J. (2014). Komplementäre und alternative Heilverfahren im vertragsärztlichen Bereich: Ausmaß, Struktur und Gründe des ärztlichen Angebots. *Das Gesundheitswesen*, 76(11), 715–721. doi:10.1055/s-0033-1364013
- Thomas, K.J., Coleman, P., Nicholl J.P. (2003). Trends in access to complementary or alternative medicines via primary care in England: 1995-2001 results from a follow-up national survey. *Family Practice*, 20(5), 575-577. doi:10.1093/fampra/cm9514
- Thomas, K.J., Nicholl, J.P., Fall, M. (2001). Access to complementary medicine via general practice. *British Journal of General Practice*, 51(462), 25-30.
- Uehleke, B., Kerckhoff, A. (2014). Geschichte der Komplementärmedizin und Naturheilverfahren. [History of complementary medicine and natural healing procedures.] In: Huber, R, Michalsen, R (eds). *Checkliste Komplementärmedizin*. Stuttgart: Haug-Verlag, 2014, 24–37.
- Verhoef, M.J., Sutherland, L.R. (1995). Alternative medicine and general practitioners. Opinions and behaviour. *Canadian Family Physician*, 41, 1005-1011.
- Wilt, T.J., Ishani, A., Stark, G., MacDonald, R., Lau, J., Mulrow, C. (1998). Saw palmetto extracts for treatment of benign prostatic hyperplasia: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, Nov 11;280(18), 1604-1609. doi:10.1001/jama.280.18.1604
- Witt, C., Brinkhaus, B., Jena, S., Linde, K., Streng, A., Wagenpfeil, S., Hummelsberger, J., Walther, H.U., Melchart, D., Willich, S.N. (2005). Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee: a randomised trial. *Lancet*, Jul 9-15;366(9480), 136-143. doi:10.1016/S0140-6736(05)66871-7

Weiss, M., Scott, D. (1997). Whose rationality? A qualitative analysis of general practitioners' prescribing. *The Pharmaceutical Journal*, 259, 339-341.

WONCA (2005). The European definition of general practice/family medicine. <https://www.woncaeurope.org/file/bae1def1-c0b9-47ef-8a3f-5a9a334ba25a/Definition%20EURACTshort%20version.pdf>, page 4

Zollmann, C., Vickers, A. (1999). What is complementary medicine? *British Medical Journal*, 319(7211), 693–696. doi:10.1136/bmj.319.7211.693

Zwierlein, R., Portenhauser, F., Flägel, K. Steinhäuser, J. (2020). Determinanten der Niederlassung als Allgemeinmediziner – eine qualitative Studie. *Das Gesundheitswesen*, 82(6), 527-533. doi:10.1055/a-1076-7848

6 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Beispielhafter Ausschnitt aus dem Codebaum in der frühen Auswertungsphase	19
Abbildung 2 Übersicht der Haupt- und Unterkategorien der folgenden Kapitel	23
Abbildung 3 Unterschiedliche Arbeitsbedingungen	24
Abbildung 4 Unterschiede im ärztlichen Arbeiten	29
Abbildung 5 Verwendung von komplementärmedizinischen Verfahren.....	41
Abbildung 6 Persönliche Einstellung zu Komplementärmedizin.....	47
Abbildung 7 Allgemeine Wirkfaktoren	54
Abbildung 8 Einfluss der weiterbildenden Ärzte.....	60
Abbildung 9 Wissenschaftlichkeit allgemein	64

7 Anhang

7.1 Studieninformation



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. 40 Hausärzte, Fachärzte für Allgemeinmedizin und Ärzte in Weiterbildung für das Fach Allgemeinmedizin 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 transkribierten Interviews werden ausschließlich durch das Institut für Allgemeinmedizin und mit dem Institut projektbezogen kooperierende Personen (Doktoranden, Spezialisten für die Auswertung von Interviews) ausgewertet. Es erfolgt keine Weitergabe der Interviews an weitere Personen oder Einrichtungen. 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.

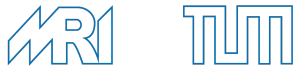
Falls Sie konkrete Fragen zu Ablauf, Durchführung, Ziele oder Methoden der Studie haben oder sonstige Information benötigen, können Sie sich sehr gerne an Frau cand. med. Christina Huber, die diese Studie im Rahmen ihrer Dissertation primär durchführt, oder an den Leiter der Studie, Prof. Dr. Klaus Linde,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

cand. med. Christina Huber / 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

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.

7.2 Einverständniserklärung



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.



Einverständniserklärung

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

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

wir freuen uns, dass Sie unsere Forschungsabsicht im Rahmen von Befragungen zu Verwendung wissenschaftlich umstrittener Interventionen – Placebos, unspezifischen Therapien und komplementär- und alternativmedizinischen Verfahren – durch Hausärzte unterstützen.

Hierbei möchten wir nach 5 Jahren eine erneute Befragung vornehmen und würden uns freuen, Ihre Kontaktdaten zu diesem Zwecke speichern zu dürfen, um Sie nach diesem Zeitraum noch einmal zu kontaktieren.

Ort, Datum

Unterschrift

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. Christina Huber, die diese Studie im Rahmen ihrer Dissertation primär durchführt, oder an den Leiter der Studie, Prof. Dr. Klaus Linde, wenden.

cand. med. Christina Huber / 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

8 Veröffentlichungen zur Dissertation

Originalarbeiten in Zeitschriften mit Peer-Review-Verfahren:

Huber, C.M., Barth, N., Linde, K. (2020). How young German general practitioners view and use complementary and alternative medicine: a qualitative study. *Complementary Medicine Reserach*, 27, 6, 383-391. doi:10.1159/000507073

Linde, K., Huber, C.M., Barth, N., Schneider, A. (2020). Wie erleben junge Allgemein*ärztinnen den Übergang in die Praxis? Eine qualitative Studie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 150-152, 96-102. doi:10.1016/j.zefq.2020.02.001

9 Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt allen, die mich bei der Erstellung und Durchführung meiner Arbeit unterstützt haben.

An erster Stelle möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. Klaus Linde bedanken, der mir dieses Thema überlassen hat und der für mich während der Durchführung und des Schreibens dieser Arbeit jederzeit mit gutem Rat zur Seite stand. Besonders danke ich ihm auch für sein Engagement zur Erstellung der Publikationsmanuskripte.

Weiterhin danke ich Frau Dr. rer. medic. Beate Stock-Schröer und der gesamten Karl und Veronica Carstens-Stiftung für ihre Unterstützung. Sowohl der Austausch in den Kolloquien als auch die persönlichen Gespräche trugen maßgeblich zur Entstehung bei. Ich bedanke mich auch für die finanzielle Unterstützung der Stiftung während der Schreibphase.

Weiterhin danke ich allen, die mich im Rahmen der Erstellung der Arbeit zu inhaltlichen und methodischen Fragen unterstützt haben. Besonders danke ich Dr. rer. biol. hum. Sandra Thiersch, sowie Dr. Niklas Barth und Dr. rer. nat. Katja Kühlmeyer.

Außerdem möchte ich mich bei den JAÄ bedanken, die ihre Zeit, Gedanken und Erfahrungen für das Gelingen der Studie zur Verfügung gestellt haben. Dies ermöglichte als Basis das Entstehen der Arbeit. Die Begegnungen waren für mich persönlich spannend, lehrreich und faszinierend.

Ebenfalls danke ich meinem Ehemann für die Hilfe beim Formatieren der Arbeit, meinen Eltern und meinem Bruder Thomas für das Korrekturlesen. Außerdem ermunterte mich deren guter Zuspruch, durchzuhalten und die Arbeit fertig zu stellen.

Christina Huber, Aying, 30.03.2021