

Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie  
der Technischen Universität München  
Am Biederstein  
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. J. Ring)

**Determinanten der Inanspruchnahme von  
Alternativverfahren bei Allergikern**

von  
Angelina Bockelbrink

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

Vorsitzender: Univ. Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.-Prof. Dr. T. Schäfer, Universität zu Lübeck
2. Univ.-Prof. Dr. H. Behrendt

Die Dissertation wurde am 29.09.2004 bei der Technischen Universität  
München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am  
15.12.2004 angenommen.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	1
1.1. Klärung des Begriffs Alternativmedizin .....	3
1.2. Einführung in die Begriffe der Allergologie .....	6
1.3. Allergiker als Nutzer alternativer Medizin.....	8
1.4. Fragestellungen der Studie .....	11
2. Material und Methoden.....	12
2.1. Probanden.....	12
2.2. Angewandte Fragebögen.....	13
2.2.1. Fragen zur schulmedizinischen Behandlung.....	14
2.2.2. Fragen zur alternativmedizinischen Behandlung .....	15
2.2.3. Fragen zur Lebens- und Gesundheitseinstellung .....	18
2.2.4. Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) .....	18
2.2.5. Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit (KKG) .....	19
2.2.6. Fragen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität .....	20
2.2.7. Erstellung der Fragebögen und Testinterviews .....	21
2.3. Durchführung der Befragung .....	22
2.4. Auswertungsverfahren .....	23
3. Ergebnisse .....	25
3.1. Formale Charakteristika des Interviewablaufs.....	25
3.2. Soziodemographische Faktoren .....	26
3.3. Allergische Erkrankung und konventionelle Therapie.....	30
3.4. Alternativmedizinische Behandlung .....	37
3.4.1. Informationsquellen und Motivation.....	38
3.4.2. Art und Dauer des Alternativverfahrens .....	39
3.4.3. Information und Aufklärung .....	41
3.4.4. Kosten der alternativen Verfahren und Zahlungsbereitschaft.....	41
3.3.5 Nutzen des Alternativverfahrens.....	43

---

3.3.6	Individuelle Einstellung und Haltung .....	46
3.5.	Gesundheitsverhalten .....	47
3.6.	Lebenszufriedenheit .....	48
3.6.1.	Allgemeiner Teil .....	48
3.6.2.	Gesundheitsbezogener Teil .....	50
3.7.	Kontrollüberzeugung von Gesundheit und Krankheit .....	52
3.8.	Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....	56
4.	Diskussion.....	58
4.1.	Übertragbarkeit der Studie .....	59
4.2.	Anwendungshäufigkeit der alternativen Verfahren .....	60
4.3.	Verbreitungsmuster der alternativen Verfahren.....	63
4.4.	Psychosoziale Charakteristika der Anwender .....	65
4.5.	Besonderheiten der angewandten Verfahren.....	67
4.6.	Durchführungsmodus der Alternativverfahren .....	69
4.7.	Wirksamkeit der Alternativverfahren.....	72
4.8.	Wirtschaftliche Aspekte .....	74
4.9.	Gesundheitspolitische Ausblicke .....	76
5.	Zusammenfassung.....	79
6.	Literaturverzeichnis .....	81
7.	Abkürzungsverzeichnis.....	88
8.	Abbildungsverzeichnis.....	88
9.	Publikationsliste.....	89
10.	Anhang.....	89

## **1. Einleitung**

Schon einige Jahren gab es deutliche Hinweise auf ein zunehmendes Interesse der Bevölkerung an sogenannter Alternativmedizin. Schätzungen über das Ausmaß der Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden reichten von 20% der Bevölkerung in den Niederlanden zu 46% in Deutschland und 49% in Frankreich (Fisher 1994). Andere Untersuchungen zeigten für Deutschland sogar noch ein weit größeres Maß an Nutzung von Alternativverfahren. Eine Annahme ging von bis zu 64% aus (Ernst 2000(a)), womit es sich hier möglicherweise um die weltweit stärkste Verbreitung handelt. Für Australien wurde mit 48% der Gesamtbevölkerung ein den europäischen Zahlen vergleichbar hoher Anteil angegeben (MacLennan 1996). Für Großbritannien ergaben Studien, dass 21% der Bevölkerung bereits Erfahrungen mit Alternativmedizin gesammelt hatten (Ernst 2000(c)). Aus den USA kamen Daten, denen zufolge die Nutzung von Alternativmedizin zwischen 1990 und 1997 von 34% auf 42% angestiegen ist (Eisenberg 1998).

Schätzungen für dermatologische und allergologische Patienten lagen noch höher. In einer italienischen Studie wiesen 28% der ambulanten Patienten eines auf Allergien spezialisierten Krankenhauses Erfahrungen mit Alternativverfahren auf (Senna 1999). Eine weitere Schweizer Studie unter stationären Patienten einer Luftkurklinik, die mehrheitlich an Heuschnupfen, allergischem Asthma und atopischem Ekzem litten, fand 37% Nutzer von alternativen Heilmethoden (Triebkorn 1989). Noch höher war dieser Anteil in einer britischen Studie unter bekannten Asthmatikern, von denen 59% bereits alternative Therapien zur Behandlung ihres Asthmas versucht hatten (Ernst 1998) und auch in einer norwegischen Studie, die, unter den wegen ihrer Neurodermitis in einem Universitätskrankenhaus behandelten Patienten, einen Anteil von 51% Nutzern alternativer Therapien fand (Jensen 1990).

Mit dieser Praxis waren maßgebliche individuelle und gesellschaftliche Kosten verbunden. Diese wurden jährlich auf 13,7 Milliarden Dollar in den USA (Eisenberg 1993), 930 Millionen australische Dollar in Australien (MacLennan 1996) und 1,6 Milliarden Pfund in Großbritannien (Ernst 2000(c)) geschätzt. Den sehr unterschiedlich organisierten Gesundheitssystemen der einzelnen Länder entsprechend, bestanden im

internationalen Vergleich sehr große Unterschiede in der Erstattung von alternativen Therapien durch Krankenversicherungen. Akupunktur, als Beispiel einer weltweit bekannten Alternativtherapie mit vielen Anwendungsbereichen, wurde in den meisten europäischen Ländern teilweise oder auch vollständig durch die Krankenversicherungen bezahlt; die einzigen Ausnahmen bildeten hier Norwegen und Portugal (Fisher 1994).

Es gab einige Studien, die sich mit den Determinanten einer Inanspruchnahme von alternativmedizinischen Verfahren befassten. Vielfach handelte es sich hierbei um Untersuchungen unter ambulanten oder stationären Krankenhauspatienten. Bevölkerungsbezogene Untersuchungen kamen mehrheitlich aus den USA und Großbritannien. So konnte eine britische Telefonbefragung unter zufällig ausgewählten Personen der Bevölkerung zeigen, dass die Nutzer von Alternativverfahren mehrheitlich Frauen mittleren Alters aus höheren Gesellschaftsschichten waren (Ernst 2000(c)).

Bevölkerungsbezogene Studien unter Allergikern, die sich mit der Nutzung von Alternativverfahren beschäftigten, gab es bislang nur wenige. Deshalb bestand auch weiterhin speziell in Deutschland ein ausgeprägter Mangel an Erkenntnissen über das Ausmaß der Anwendung alternativmedizinischer Verfahren, über die dahinter stehenden Beweggründe und über die Lebenseinstellung und psychosozialen Charakteristika von Allergikern und besonders Nutzern von Alternativverfahren.

## 1.1. Klärung des Begriffs Alternativmedizin

Die Methoden, die außerhalb oder neben der Schulmedizin existieren, werden oft als Alternativ- oder Komplementärmedizin zusammengefasst. In der Bevölkerung und in den Medien werden auch häufig weitere Begriffe verwendet, wie zum Beispiel "Erfahrungsmedizin", "Ganzheitsmedizin", "Außenseitermethoden" oder "Sanfte Heilkunst". Im englischen Sprachraum wird meist der Begriff der Komplementärmedizin ("complementary medicine") bevorzugt, da er eine Anwendung dieser Heilmethoden eher als Zusatz zur Schulmedizin impliziert und weniger als Alternative, die anstelle der Schulmedizin angewendet wird. Ohne ein Urteil über die Art der Anwendung, ob zusätzlich oder anstelle, abgeben zu wollen, wurde in dieser Arbeit durchweg der Begriff Alternativmedizin verwendet, da er dem allgemeinen deutschen Sprachgebrauch eher entspricht.

Im Pschyrembel Wörterbuch Naturheilkunde werden Alternativmedizin und Komplementärmedizin, die meist synonym verwendet werden, erklärt als Sammelbegriffe für Therapieformen, die alternativ oder ergänzend zu Methoden in der Schulmedizin eingesetzt werden, als naturwissenschaftlich nur teilweise anerkannt gelten und sich vor allem durch folgende Aspekte auszeichnen wollen:

- Behandlung des gesamten Organismus, vor der Behandlung einzelner gestörter Organfunktionen
- Förderung von Selbstheilungstendenzen vor exogen induzierter Sanierung erkrankter Systeme
- Unschädlichkeit der Therapie
- das Maß für den Therapieerfolg ist ganz wesentlich die subjektive Befindlichkeit des Patienten

Vorbehalte der Schulmedizin betreffen sowohl die Wirksamkeit als auch die Unbedenklichkeit einzelner Methoden. Meist fehlen überzeugende Daten zur klinischen Evaluation und die Erklärungsmodelle erscheinen spekulativ (Pschyrembel Wörterbuch Naturheilkunde).

Für diese Studie sollten in Anlehnung an die Definitionen von Eisenberg und Ernst unter Alternativmedizin diejenigen Diagnose-, Therapie-, und Präventionsmethoden verstanden werden, die durch ihren Beitrag zum gemeinsamen Ganzen die Schulmedizin ergänzen, indem sie weiterreichende Ansprüche erfüllen und das Begriffsverständnis der Schulmedizin erweitern (Ernst 1995) und weiterhin außerhalb der schulmedizinischen Ausbildung liegen, also nicht generell an Universitäten unterrichtet werden, nicht oder nur teilweise naturwissenschaftlich anerkannt sind und keine große Verbreitung im Behandlungsangebot von deutschen Krankenhäusern finden (Eisenberg 1993).

Die klassische Naturheilkunde fiel nicht unter diese Definition, da sie in Deutschland als ärztliche Zusatzbezeichnung für verschiedene Fachrichtungen einen integrierten Teil der Schulmedizin darstellt. Der Begriff Naturheilverfahren bezeichnet Therapien mit Substanzen, Stoffgruppen und Dingen aus der natürlichen Umwelt, die möglichst unverändert eingesetzt werden. Eine weitere Bedeutung spricht die Behandlung der "Natur" des Menschen an, mit Herstellung günstiger Bedingungen, die eine Selbstheilung ermöglichen oder anregen (Psychembel Wörterbuch Naturheilkunde).

Auch bei der hier vorgelegten Definition handelte es sich bei den Alternativverfahren in jedem Fall um ein weites Feld verschiedenster Methoden. Die Abgrenzung zwischen Alternativ- und Schulmedizin blieb dennoch schwierig. Ob eine Methode im allgemeinen der Schulmedizin oder der Alternativmedizin zugerechnet wird, mag sich von Land zu Land unterscheiden, so zählen zum Beispiel Massagen und Chiropraktik in den USA zu den alternativmedizinischen Verfahren, in Deutschland werden sie im allgemeinen der Schulmedizin zugerechnet; Massagen als Methode der physikalischen Medizin und Chiropraktik gehört unter dem Begriff "manuelle Medizin" zum Ausbildungsprogramm der Orthopäden (Bühning 2000). In vielen, vor allem amerikanischen Arbeiten, war ein Großteil der alternativmedizinischen Anwendungen auf sogenannte "herbs" und "dietary supplements" zurückzuführen (Eisenberg 1993, Burge 2002, Rafferty 2002), was in etwa pflanzlichen Hausmitteln und Nahrungsergänzungen entspricht. Da in der hier vorliegenden Arbeit allerdings nur explizit alternativmedizinische Verfahren aus einem in Deutschland üblichen Verständnis heraus erfasst werden sollten, wurden weder Hausmittel, Nahrungsergänzungen noch andere geringfügige Begleitmaßnahmen als alternative Heilmethoden im Sinne der Fragestellung behandelt.

Die Einteilung in Alternativmedizin und Schulmedizin war auch einem Wandel durch die Zeit unterworfen, so dass in Deutschland viele junge Ärzte heute schon zum Beispiel Akupunktur als der Schulmedizin zugehörig betrachten. Dieser Entwicklung wurde hier nicht Rechnung getragen und sowohl Akupunktur als auch Homöopathie wurden, wie auch in der internationalen Literatur, der Alternativmedizin zugezählt.

Auch bei einer in manchen Bereichen eingeschränkteren Definition von alternativen Verfahren, blieb die Liste an diagnostischen und therapeutischen Verfahren, welche in Deutschland bei Allergien angewendet werden, lang. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die gebräuchlichen Verfahren, ohne dabei Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben (modifiziert nach Dorsch 1997).

**Tabelle 1: Aufstellung alternativer Verfahren in Diagnostik und Therapie**

<b>Diagnostische Verfahren</b>	<b>Therapeutische Verfahren</b>
Anthroposophie	Akupunktur
Auraskopie	Alexander-Technik
bioelektrische Funktionsdiagnostik	Aromatherapie
Decodertest	Bachblütentherapie
Elektroneuraltest	Bioresonanztherapie
energetische Terminalpunktdiagnostik	Chelattherapie
Haaranalyse	Edelsteintherapie
Irisdiagnostik	Eigenblut- und Eigenurintherapie
Kinesiologie	Elektroakupunktur
Kristallisationstest	Enzymtherapie
Mentaldiagnostik	Farbtherapie
Radiaesthesie	Geistheiler
Thermographie	Homöopathie
	Neuraltherapie
	Organotherapie
	Peptidtherapie
	Zelltherapie
	Zytoplasmatische Therapie

## 1.2. Einführung in die Begriffe der Allergologie

Allergische Erkrankungen sind ihrer Symptomatik nach seit Jahrhunderten bekannt und finden bereits in antiker und mittelalterlicher Literatur Erwähnung. Der Begriff Allergie wurde von dem Wiener Pädiater Clemens von Pirquet geprägt, der ihn erstmals im Jahre 1906 anwandte und damit eine spezifisch veränderte Reaktionsfähigkeit des Organismus meinte. Unter Pirquets Definition fielen also sowohl Überempfindlichkeitsreaktionen als auch abgeschwächte immunologische Reaktionslagen. Nach heutigem Verständnis bezeichnet Allergie eine spezifische Änderung der Immunitätslage im Sinne einer krankmachenden Überempfindlichkeit. Dabei richtet sich diese Überempfindlichkeit meist gegen körperfremde, eigentlich unschädliche Substanzen, die als Allergene erkannt werden (Ring 2004, S.13).

Nach der heute immer noch gültigen Klassifikation von Coombs und Gell lassen sich vier immunologische Formen der Überempfindlichkeit unterscheiden (Coombs 1963):

- Typ I-Reaktion oder Überempfindlichkeit vom Soforttyp
- Typ II-Reaktion oder zytotoxische Reaktion
- Typ III-Reaktion oder Immunkomplexreaktion
- Typ IV-Reaktion, zellvermittelte Reaktion oder Überempfindlichkeit vom verzögerten Typ

Für die Fragestellung dieser Studie sind nur die Typ I-Reaktionen relevant, die durch Brückenbildung zwischen dem Allergen und mindestens zwei IgE-Molekülen auf der Oberfläche von Mastzellen beziehungsweise basophilen Leukozyten entstehen. Nachdem es zur Brückenbildung zwischen Allergen und IgE gekommen ist, wird eine Freisetzungsreaktion über verschiedene Energie- und Kalzium-abhängige Schritte ausgelöst. Es kommt zu einer Aktivierung membrangebundener Enzyme, zu einer Kontraktion von Mikrotubuli und zur Freisetzung von präformierten Mediatoren, wie zum Beispiel Histamin. Gleichzeitig werden andere Mediatoren, wie Prostaglandine, Leukotriene und Plättchen-aktivierender Faktor neu gebildet (Ring 2004, S.23).

Eine angeborene Disposition zur Typ I-Sensibilisierbarkeit bezeichnet man als Atopie. Als eigenständiger Begriff wurde "Atopie" 1923 von den beiden amerikanischen

Wissenschaftlern Arthur F. Coca und Robert A. Cooke geprägt (Coca 1923). Zur klassischen Trias der Atopie gehören der gesamte Symptomenkomplex des Heuschnupfens, allergisches Asthma bronchiale und atopisches Ekzem. Im Gegensatz zum gesunden Organismus, der nur geringe Mengen IgE bildet, zeichnen sich atopische Erkrankungen durch eine stark erhöhte IgE-Produktion aus. Es gibt allerdings auch andere Erkrankungen, die mit erhöhten IgE-Werten einhergehen, zum Beispiel Parasitosen, so dass eine exaktere Definition der Atopie diese demnach als familiär auftretende Überempfindlichkeit von Haut und Schleimhäuten gegen Umweltstoffe beschreiben kann, assoziiert mit erhöhter IgE-Bildung und veränderter pharmakologischer Reaktivität (Ring 2004 S.24ff).

Nahrungsmittelallergien gehören ebenso zu den IgE-vermittelten Allergieformen, sind allerdings in vielen Fällen nur unter Schwierigkeiten zu diagnostizieren, da die Anamnese hier oft unergiebig ist, einfache Tests nicht unbedingt ein Ergebnis liefern und gerade in den Bereich der Nahrungsmittelunverträglichkeiten vielfach psychosomatische und auch psychiatrische Erkrankungen hineinspielen (Ring 2004 S.114). In dieser Arbeit sollten dennoch Nahrungsmittelallergien neben den anderen Allergieformen berücksichtigt werden.

Die häufigsten Formen der Soforttyp-Allergien stellen Erkrankungen der Augen und der Schleimhäute des Respirationstraktes dar, in Form von allergischer Konjunktivitis, allergischer Rhinitis und allergischem Asthma bronchiale. Sie entstehen durch Kontakt von spezifischen IgE-Molekülen auf Schleimhautmastzellen mit Inhalationsallergenen aus der Luft. Abhängig vom eigenen Sensibilisierungsspektrum kommt es demzufolge zu saisonalen oder auch ganzjährigen Beschwerden der Nase mit Niesreiz, Sekretion, Obstruktion und Juckreiz, der Augen mit Brennen, Juckreiz und Rötung und der Bronchien mit Hustenreiz, Dyspnoe und Rasselgeräuschen. Die Symptome können einzeln oder auch in Kombination auftreten und das ganze Spektrum von leichtem Unbehagen bis zur schweren Erkrankung umfassen (Jung 2002 S. 576f).

Das atopische Ekzem tritt durchschnittlich im Alter von sechs bis sieben Monaten auf, in weniger als zwei Prozent der Fälle allerdings auch noch nach dem 20. Lebensjahr (Ruzicka 1991, S.11). Nach der klinischen Erscheinung unterscheidet man beim

atopischen Ekzem drei Phasen. Während der Kleinkindphase kommt es zu erythematösen, papulovesikulären Eruptionen und verkrusteten Läsionen im Gesicht und an der Kopfhaut. Eine Ausdehnung auf den Körperstamm und die Streckseiten der Extremitäten ist möglich. Heilungen bis zum zweiten Lebensjahr sind häufig. Während der Kindheitsphase tritt das typische Beugeseitenekzem auf, vor allem an Handgelenken, in den Ellen- und Kniebeugen, aber auch im Gesicht und Nacken. Die Läsionen sind in dieser Phase weniger exsudativ, die Haut ist trocken mit diffusem oder fleckförmigem Ekzem und Papeln und es zeigen sich Kratzspuren und teilweise schon eine beginnende Lichenifikation der Haut. Der vorherrschende Läsionstyp im Erwachsenenalter ist das lichenifizierte Ekzem, größtenteils mit den gleichen Prädilektionsstellen wie in der Jugend. In schweren Fällen kann es auch zu einer Lymphadenopathie kommen (Ruzicka 1991, S.132-133)

Nahrungsmittelallergien manifestieren sich häufig an der Haut, am Gastrointestinaltrakt und an den Atemwegen. So kann es zu Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, asthmoiden Beschwerden, allergischer Rhinitis oder zur Verschlimmerung eines atopischen Ekzems kommen (Ring 2004, S.112). Auch ein Auftreten als orales Allergiesyndrom mit Kribbeln, Juckreiz, Brennen und Schwellung im Bereich der Mund- und Rachenschleimhaut ist möglich.

### **1.3. Allergiker als Nutzer alternativer Medizin**

Die Prävalenz von Allergien in der Gesellschaft ist hoch und in den letzten Jahren und Jahrzehnten konnte belegt werden, dass sie weiter steigt (Schäfer 1997). Die Lebenszeitprävalenz vom atopischen Ekzem bei deutschen Erwachsenen wurde in verschiedenen Studien mit Zahlen von 4,7% der 18-35jährigen im Jahre 1991, 3,5% der Mütter beziehungsweise 1,7% der Väter im Jahre 1993 und 3,4% der Bevölkerung im Jahre 1997 angegeben (Wahn 2000). Die Prävalenz für Kinder hingegen bewegte sich 1996 in verschiedenen Gegenden Deutschlands zwischen 5,7% und 17,5% (Schäfer 1996). Die Lebenszeitprävalenz von Heuschnupfen wurde 1996 auf etwa 13,4%-23% geschätzt. Ein ansteigender Trend für den Westen Deutschlands ließ sich anhand der Zahlen des Nationalen Gesundheitssurvey angeben. So stieg die Lebenszeitprävalenz

von 8-12% für die Jahre 1984/86 über 13% für 1987/88 auf 16-18% für 1990/91 (Wahn 2000). Allergisches Asthma wurde 1994/95 mit einer Jahresprävalenz von 2,1% bis 4,4% angegeben und mit einer Lebenszeitprävalenz von 4,0% bis 5,5%. Wenn nur "Wheezing" als relevantes Kriterium herangezogen wurde, bewegte sich die Jahresprävalenz zwischen 12,8% und 22,2%. Für Personen unterhalb von 45 Jahren stieg die Asthmaprävalenz während der letzten 10 Jahre stetig an (Wahn 2000).

Ein Vergleich dieser Zahlen mit internationalen Daten lässt sich für Kinder am besten mit der ISAAC Studie und für Erwachsene mit der ECRHS Studie ziehen. In der ISAAC Studie, die 1991 als multinationales Gemeinschaftsprojekt ins Leben gerufen wurde, wurde die geographische Variation der Symptome von Asthma, Heuschnupfen und atopischem Ekzem bei insgesamt 721,601 Kindern im Alter von 13 – 14 und 6 – 7 Jahren in 56 Ländern untersucht. Bei der ECRHS Studie handelt es sich um eine 1990 begonnene Longitudinalstudie, die geographische Variationen des Auftretens von Asthma, Atemwegssymptomen und allergischer Sensibilisierung bei mehr als 10000 jungen Erwachsenen im Alter von 22 bis 44 Jahren in 25 mehrheitlich europäischen Ländern untersuchte. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Prävalenzen für allergische Erkrankungen sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern in einem mittleren Bereich lagen. Einzig die Prävalenz von Asthma bei Kindern in Deutschland lag knapp im oberen Drittel der untersuchten Länder (Weißbuch Allergie S. 22-25).

Allergische Erkrankungen neigen zu chronischem, jahrelangem Verlauf, eine Allergenkarenz ist in vielen Fällen nicht zu erreichen, die schulmedizinische Behandlung ist oft langwierig und in vielen Fällen dennoch nicht von dauerhaftem Erfolg. Eine der wenigen kausalen Therapien ist die Hyposensibilisierung. Der Patient wird hierbei mit dem entsprechenden Allergen in langsam steigender Dosierung belastet. Eine erfolgreiche Hyposensibilisierung führt zu einer Verminderung oder einem Ausbleiben der allergischen Reaktion. Aber nicht in jedem Fall führt die Hyposensibilisierung zum gewünschten Erfolg und auch die regelmäßigen Arztbesuche werden von einigen Patienten als belastend empfunden. Andere Therapien sind rein symptomatisch und auch wenn die Wirksamkeit und Verträglichkeit im Allgemeinen gut sind, so ist doch eine dauerhafte Behandlung notwendig. In den wenigen Fällen, in denen eine Behandlung mit

systemischen Kortikoiden notwendig wird, kommt es darüber hinaus auch zu teilweise stark beeinträchtigenden Nebenwirkungen.

Untersuchungen in der Gesamtbevölkerung zufolge, sind Alternativverfahren besonders verbreitet unter Personen mit chronischen Leiden und psychosomatischen Erkrankungen (Sommer 1996). Dem chronischen Verlauf und der hohen Prävalenz entsprechend, erscheint es also nachvollziehbar, dass Allergien unter den alternativmedizinisch therapierten Erkrankungen einen wichtigen Platz einnehmen. Zumindest für die USA konnte gezeigt werden, dass die Beliebtheit von Alternativverfahren für die Behandlung von Allergien, Asthma und immunologischen Bereichen größer ist als für andere chronische Beschwerden (Bielory 2001). Eine weitere Studie aus den USA konnte feststellen, dass ein Anteil von 16% der Anwendungen alternativer Heilmethoden aufgrund von Allergie durchgeführt wurde (Eisenberg 1993) und in der Schweiz waren es 9% bis 14%, abhängig von der Versicherungsart der Befragten (Sommer 1996).

Durch einen Vergleich unterschiedlicher Studien schien sich also zumindest ableiten zu lassen, dass der Anwendung von Alternativverfahren unter dermatologischen und allergologischen Patienten eine große Bedeutung zukam, da diese Therapien auf Bedürfnisse eingehen konnten, die von der Schulmedizin nicht befriedigt wurden (Ernst 2000(b)).

## 1.4. Fragestellungen der Studie

Seit mehreren Jahren kann ein stetig steigendes Interesse der Bevölkerung an Alternativmedizin beobachtet werden. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass sich besonders chronisch Kranke verstärkt den alternativmedizinischen Verfahren zuwenden. Mit der steigenden Prävalenz von Allergien in unserer Gesellschaft bilden die Allergiker eine große Gruppe chronisch kranker Patienten, denen die Schulmedizin überwiegend nur symptomatische Behandlungsmöglichkeiten anbieten kann. Trotz des zunehmenden Interesses an Alternativmedizin, gibt es weiterhin einen ausgeprägten Mangel an Information aus bevölkerungsbezogenen Studien zu diesem Thema. Einen Teil der genannten Lücke wollte diese Studie füllen.

Als primäres Ziel sollte in dieser Studie die Frage geklärt werden, zu welchem Anteil deutsche, erwachsene Allergiker alternative Methoden zur Behandlung ihrer Allergien beanspruchten. Auch sollte hier bereits erfasst werden, um welche Alternativverfahren es sich dabei handelte.

Darüber hinaus sollten die Determinanten einer Inanspruchnahme von Alternativverfahren unter Allergikern in Erfahrung gebracht werden. Welche Gründe bewegten die Patienten dazu, sich der alternativen Heilkunst zuzuwenden, welche Informationsquellen wurden genutzt, unterschieden sich die Anwender von den Nichtanwendern hinsichtlich soziodemographischer Faktoren oder ihrer Krankheitsdauer und wie wurde der Heilerfolg der Schulmedizin eingeschätzt? Weiterhin von Interesse war, durch wen die alternativen Verfahren durchgeführt wurden, in welchem Rahmen sich die entstandenen Kosten bewegen und inwieweit eine Wirksamkeit dieser Methoden erlebt wurde.

Ein weiterer Punkt dieser Studie war die Untersuchung psychosozialer Parameter und der Einstellung zur eigenen Gesundheit bei allen Allergikern und speziell den Anwendern von Alternativverfahren. In diesem Zusammenhang interessierte besonders die Lebenszufriedenheit, die gesundheitsbezogenen Lebensqualität und die Kontrollüberzeugung zu Gesundheit und Krankheit.

## 2. Material und Methoden

### 2.1. Probanden

Ziel der Studie war es, bekannte Allergiker nach ihren Erfahrungen mit alternativen Heilmethoden zu befragen. Die Probanden für diese bevölkerungsbezogenen Fall-Kontroll-Studie wurden aus dem dritten MONICA Survey beziehungsweise der nachfolgenden KORA Allergiestudie rekrutiert. Das WHO MONICA Projekt wurde in den frühen achtziger Jahren in 21 Ländern weltweit begründet, um Entwicklungen und Veränderungen im Bereich der kardiovaskulären Erkrankungen zu beobachten. Studienbasis für den dritten MONICA Survey, wie er 1994 und 1995 im Studienzentrum Augsburg durchgeführt wurde, waren alle 394.756 im Jahre 1994 gemeldeten Bürger der Stadt Augsburg und zweier angrenzender Landkreise zwischen 25 und 74 Jahren (Böthig 1998). Von den zufällig ausgewählten 6640 Personen konnten 4856 befragt werden und bei 4178 dieser Probanden wurden auch allergenspezifische IgE Antikörper untersucht (Keil 1998). Diese Probanden bildeten die Basis für die KORA Allergiestudie, eine Fall-Kontroll-Studie zu Risikofaktoren bei allergischen Erkrankungen im Erwachsenenalter, im Rahmen derer 1537 Probanden eine standardisierte Befragung, sowie ärztliche und labortechnische Untersuchungen zu allergischen Krankheitsbildern durchliefen. Somit konnten allergische Sensibilisierungen und symptomatische Allergien identifiziert werden.

Einschlusskriterien für die hier vorliegende Studie waren sowohl ärztlich diagnostizierte allergische Rhinitis, allergisches Asthma und atopisches Ekzem, sowie symptomatische Nahrungsmittelallergien, wie sie aus den Angaben der Studienteilnehmern erfasst werden konnten. Insgesamt 525 Probanden erfüllten diese Kriterien.

65 dieser Probanden mussten wieder ausgeschlossen werden, da sie zum Studienzeitpunkt, zwischen August 2000 und Februar 2001, bereits verstorben waren, schon früher weitere Kontakte zu Studienzwecken abgelehnt hatten oder eine Allergiediagnose verneinten.

## 2.2. Angewandte Fragebögen

Es wurde für diese Studie ein Fragebogen verwendet, der zum Teil aus selbst entwickelten Fragen bestand, die in Zusammenarbeit mit der Dermatologischen Klinik am Biederstein und dem Institut für Epidemiologie der GSF in Neuherberg bei München erstellt wurden. Für die Erfassung der Bereiche Lebenszufriedenheit und Kontrollüberzeugung wurden etablierte und validierte Instrumente eingesetzt.

Die Befragung begann mit einem kurzen allgemeinen Teil aus einer Frage zur Bestätigung der vorbekannten Diagnose und einer zweiten Frage zur Dauer der allergischen Erkrankung. Für alle Probanden, die schulmedizinische Therapien in Anspruch genommen hatten, folgte ein Fragenteil zu Art, Dauer und subjektive Effektivität der schulmedizinischen Behandlung. Diejenigen Testpersonen, die ausschließlich oder zusätzlich alternativmedizinische Verfahren gewählt hatten, durchliefen eine weiter ausführliche Befragung zu dieser Therapie. Es wurden Anzahl, Art, Durchführungsmodus und subjektiver Wirksamkeit der in Anspruch genommenen Alternativverfahren erfasst, sowie die Determinanten einer Inanspruchnahme.

Für alle Probanden folgten vier Fragen zum Gesundheitsverhalten, wobei hier sportliche Aktivität und der Konsum von Alkohol, Nikotin sowie Koffein erfasst wurden.

Zur Untersuchung psychosozialer Charakteristika wurden anschließend die Fragebögen „Fragen zur Lebenszufriedenheit“ (FLZ) und „Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugung bei Krankheit und Gesundheit“ (KKG) eingesetzt und zusätzlich ein Fragenteil zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität angewendet.

Die konkrete Formulierung der einzelnen Fragen ist im Anhang nachzulesen. Im Folgenden werden die einzelnen Abschnitte des Fragebogens und die eingesetzten Instrumente erläutert.

Vor Beginn der Studie waren Testinterviews sowohl mit der Papierversion des Fragebogens, als auch mit der Computerversion durchgeführt worden, um die Durchführung, die Verständlichkeit und die Länge des Fragebogens zu testen.

### **2.2.1. Fragen zur schulmedizinischen Behandlung**

Alle Probanden, die nach eigenen Angaben zu irgendeinem Zeitpunkt aufgrund der Allergie in schulmedizinischer Behandlung, die als herkömmliche, ärztliche Behandlung erläutert wurde, gewesen waren, erhielten bis zu elf weitere Fragen hierzu. Es wurde erfasst, welche ärztliche Fachrichtung konsultiert worden war, wobei hier zwischen dem Allgemeinarzt, dem Hautarzt und einem anderen Facharzt unterschieden wurde.

Die Dauer der schulmedizinischen Behandlung wurde mit Hilfe von sechs Fragen abgeklärt, wobei sowohl die Gesamtdauer, der Zeitpunkt des Behandlungsbeginns und des Behandlungsendes und auch mögliche Unterbrechungen der schulmedizinischen Betreuung erfasst wurden.

Mit je einer Frage wurde die Häufigkeit allergiebedingter Arztbesuche und stationärer Krankenhausaufenthalte erfragt.

Der jeweiligen Erkrankung entsprechend erhielt jeder Proband eine Liste mit möglichen Arznei- und Heilmitteln, aus denen er die bei ihm angewandten Mittel identifizieren konnte, was der Eingrenzung der Art der schulmedizinischen Behandlung diene. Diese Liste beinhaltete verschiedene Medikamente wie Nasensprays, Augentropfen, Inhalationen, Antihistaminika, lokale und systemische Kortikoide, fett- oder teerhaltige Salben und Cremes, darüber hinaus Hypo- beziehungsweise Desensibilisierung, (UV-) Lichttherapie, Diät, Bäder, Klimatherapie, Psychotherapie und auch homöopathische Anwendungen, um diejenigen Testpersonen zu erfassen, die von sich aus die Homöopathie nicht der Alternativmedizin zugerechnet hätten. Auch bestand im Rahmen einer offenen Frage die Möglichkeit, weitere Behandlungsmaßnahmen anzuführen.

Zum Abschluss dieses Fragenteils wurden die Testpersonen gebeten, den subjektiven Gesamterfolg der schulmedizinischen Maßnahmen auf einer fünfstufigen Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ zu beurteilen.

### 2.2.2. Fragen zur alternativmedizinischen Behandlung

Diejenigen Testpersonen, die zusätzlich oder ausschließlich alternative, beziehungsweise nicht-schulmedizinische Heilmethoden zur Behandlung ihrer Allergie angewendet hatten, die hier an Beispielen wie Akupunktur, Eigenblut und Bioresonanz erläutert wurden, erhielten bis zu 32 weitere Fragen zu diesem Thema.

Es wurde erfasst, wie viele und welche Alternativverfahren zur Anwendung gekommen waren, wobei hier bis zu drei verschiedene Verfahren, in der Reihenfolge ihrer vom Probanden empfundenen Wichtigkeit, berücksichtigt wurden. Für diese Alternativverfahren wurde ermittelt, wie oft und über welchen Zeitraum sie angewendet worden waren.

Alle folgenden Fragen bezogen sich dann nur noch auf ein angewandtes Verfahren. Für den Fall, dass die Testperson mehrere verschiedene angegeben hatte, wurde hier nur noch das für den Probanden wichtigste Verfahren berücksichtigt.

Die Probanden wurden gefragt, wer das alternative Verfahren durchgeführt hatte, also ob es eine Eigenbehandlung war, oder ob ein Arzt, ein Heilpraktiker oder ein anderer Therapeut die Behandlung durchgeführt hatte. Bei mehreren erfassten allergischen Erkrankungen wurde erfragt, welche davon mithilfe des alternativen Verfahrens therapiert wurde. Der Zeitpunkt des Behandlungsbeginns wurde erfasst, ebenso wie ein mögliches Behandlungsende. Eine weitere Frage prüfte eine etwaige, gleichzeitig durchgeführte schulmedizinische Behandlung. Bei einer positiven Antwort wurde zusätzlich erfragt, ob der behandelnde Schulmediziner von der alternativen Therapie in Kenntnis gesetzt worden war und gegebenenfalls dessen Einstellung zum individuell durchgeführten Verfahren erfasst.

Zur Erfassung der für den Probanden wichtigsten Informationsquelle zum alternativen Verfahren wurde eine Liste vorgegeben, die unterschied nach "Familie/Freunde/Bekannte", "behandelnder Arzt", "Heilpraktiker", "Artikel in Zeitung/Zeitschrift", "Beitrag in Rundfunk/Fernsehen" und "Selbsthilfegruppe". Darüber hinaus waren freie Angaben möglich.

Ein weiterer Unterpunkt erfasste die Motivation und die Beweggründe der Testpersonen sich für die Anwendung eines alternativmedizinischen Verfahrens zu entscheiden. Folgende mögliche Gründe wurden dem Probanden zur Auswahl vorgelegt:

- Alternativmedizin ist sicherer
- Alternativmedizin ist natürlicher
- Alternativmedizin hat weniger Nebenwirkungen
- Schulmedizin brachte keine befriedigenden Ergebnisse
- Ich bin enttäuscht von der Schulmedizin
- Ich möchte alle Möglichkeiten ausprobieren
- Mein Arzt interessiert sich nicht genug für meinen Fall
- Mein Arzt versteht mein Problem nicht
- Mein Arzt nimmt sich nicht genug Zeit

Jeder dieser Gründe konnte mit „trifft zu“ oder „trifft nicht zu“ bewertet werden und zusätzlich wurden in einer offenen Fragenkategorie noch mögliche eigene, nicht auf der Liste genannte Gründe abgefragt.

Ein Teil des Fragebogens befasste sich mit der Aufklärung zum Alternativverfahren, also ob der Proband überhaupt aufgeklärt worden war, wenn ja zu welchen Inhalten er aufgeklärt worden war, und ob er persönlich diese Aufklärung als ausreichend empfunden hatte. An Aufklärungsinhalten wurden Wirkungsweise, Durchführung des Verfahrens, Erfolgsaussichten, mögliche Nebenwirkungen und Risiken vorgeschlagen. Auch hier gab es wieder die Möglichkeit, weitere Aspekte in einer offenen Frage anzubringen.

Ein weiterer Teil des Fragebogens befasste sich mit den Kosten für die gewählte Methode. Hier waren von Interesse die tatsächlichen Kosten für die Einzel- und Gesamtbehandlung, sowie die Höhe des durch die jeweilige Krankenkasse erstatteten Anteils in Prozent. Außerdem interessierte die Frage, inwieweit die Testperson bereit wäre, für den individuell erzielten Erfolg oder für eine hypothetisch angenommene komplette Heilung auch mehr Geld auszugeben. Alle Angaben zu Kosten wurden in DM-Beträgen erhoben. Aufgrund der zwischenzeitlich durchgeführten Währungsumstellung

auf Euro, wurden sie für die Auswertung allerdings umgerechnet und auf den nächsten vollen Eurobetrag gerundet.

Es folgte eine ausführliche Beurteilung des angewandten Alternativverfahrens durch die Testperson. So sollte der Proband angeben, ob sich Symptome seiner Erkrankung durch die Anwendung dieser Heilmethode verändert hatten. Sofern er dies bejahte, wurde genau darauf eingegangen unter welchen Symptomen er jemals gelitten hatte und welche davon sich besserten in Folge der Alternativbehandlung. An allergietypischen Symptomen wurden hier angegeben: Niesreiz, Naselaufen, verstopfte Nase, Juckreiz, Augentränen und Augenbrennen für die allergische Rhinitis; Husten, Atemnot in Ruhe oder unter Belastung, pfeifende Atemgeräusche und die Häufigkeit der Anfälle für allergisches Asthma; Juckreiz, Schlafverlust, Hautrötung Schuppung, Nässen und Bluten für das atopische Ekzem; und Jucken und Schwellung in Mund und Rachen, Hautrötung, Juckreiz der Haut, Durchfälle, Übelkeit und Erbrechen für die Nahrungsmittelallergie. Auch die Dauer der erzielten Besserung wurde erfragt, sowie in Folge dessen, ein möglicher Verzicht auf vorher benötigte Therapien.

Wie bei den schulmedizinischen Verfahren wurden die Probanden auch hier wieder gebeten, den Gesamterfolg der alternativmedizinischen Verfahren auf einer fünfstufigen Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ zu beurteilen. Zusätzlich wurde noch der subjektive Erfolg der alternativen Verfahren im Vergleich zu den schulmedizinischen Verfahren erfasst und die Probanden wurden gefragt, inwieweit, ihrer Ansicht nach, der Glaube an eine Methode wichtig für deren Erfolg sei.

Mit je einer Frage wurde noch eine mögliche Veränderung der Einstellung gegenüber der Schulmedizin, der Alternativmedizin oder einem anderen Lebensbereich ermittelt. Schlussendlich wurde noch erhoben, ob sich Probanden nach Beendigung der alternativmedizinischen Therapie wieder in schulmedizinische Behandlung begeben hatten.

### 2.2.3. Fragen zur Lebens- und Gesundheitseinstellung

Um eine grobe Einschätzung der Lebens- und Gesundheitseinstellung der Testpersonen zu erhalten, wurden vier Aspekte des Gesundheitsverhaltens abgefragt. Hier waren die Häufigkeit von sportlicher Aktivität und regelmäßiger Kaffee- oder Teekonsum von Interesse, sowie Angaben zur konsumierten Menge von Alkohol und Nikotin. Zu allen Fragen gab es fünf gestaffelte Antwortmöglichkeiten, die bei der Häufigkeit von „täglich“ über „mehrmals wöchentlich“, „mehrmals im Monat“, „seltener“ bis „nie“ reichten, bei den Mengenangaben für Rauchen von „mehr als 20 Zigaretten täglich“ über „10 bis 20 Zigaretten täglich“, „bis zu 10 Zigaretten täglich“, „weniger als 20 Zigaretten pro Woche“ bis zu „gar nicht“ und bei den Mengenangaben für Alkohol von „mehrere Gläser Bier / Schnaps / Wein am Tag“ über „mehrmals pro Woche mindestens ein Glas“, „mehrmals im Monat mindestens ein Glas“, „weniger“ bis zu „gar keinen“. Die Textantworten wurden mit Punktwerten von 1 bis 5 versehen, wobei ein höherer Punktwert ein stärkeres Gesundheitsbewusstsein ausdrücken sollte.

### 2.2.4. Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Der angewandte Fragebogen „Fragen zur Lebenszufriedenheit“ (FLZ) von Henrich und Herschbach bestand aus den beiden Modulen „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ und „Gesundheit“. Diese enthielten jeweils acht Items, welche von der Testperson zunächst nach subjektiver Zufriedenheit und dann nach subjektiver Wichtigkeit beurteilt wurden. Jedes Modul enthielt Überschrift, Instruktionen, Fragen nach Wichtigkeit und Zufriedenheit für jedes Item mit jeweils fünf verbalisierten Antwortkategorien, die von „nicht wichtig“ bis „extrem wichtig“ und von „unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“ reichten.

Die Wichtigkeit (W) und Zufriedenheit (Z) wurden jeweils auf einer fünfstufigen Skala (Werte 1 bis 5) beurteilt. Je Item konnten zwei Werte verwendet werden:

- Die gewichtete Zufriedenheit nach der Formel

$$WZ = (W - 1) * (2 * Z - 5),$$

die den Anteil des entsprechenden Lebensbereiches beziehungsweise Gesundheitsaspekts an der globalen Lebenszufriedenheit beziehungsweise der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit darstellte. Durch die Wichtung wurde die Zufriedenheit von unwichtig eingestuften Items relativiert. Der Wertebereich reichte von -12 (unzufrieden mit extrem wichtigem Item) über 0 (nicht wichtiges Item) bis +20 (sehr zufrieden mit extrem wichtigem Item).

- Die Wichtigkeit allein, als Maß für die subjektive Bedeutung eines Items für die Lebensqualität der Testperson.

Die Summe der gewichteten Zufriedenheit aller Items eines Moduls ergab dessen Gesamtwert und beschrieb die Zufriedenheit mit dem entsprechenden Inhalt (Henrich 2000).

Ausreichende Ergebnisse detaillierter psychometrischer Evaluierungen und Daten großer Stichproben gesunder und kranker Testpersonen waren vorhanden. Die Ergebnisse dieser Studie wurden mit denen einer deutschen erwachsenen Referenzpopulation verglichen.

### **2.2.5. Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit (KKG)**

Bei diesem Fragebogen handelte es sich um ein Instrument zur bereichsspezifischen Erfassung der Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit, das eine Beurteilung der Erwartungshaltungen der Probanden gegenüber möglichen Krankheiten und der eigenen Gesundheit ermöglichte. In Anlehnung an den „Multidimensional Health Locus of Control“ (MHLC) Fragenkatalog (Wallston 1978) entwickelten Lohaus und Schmitt den Fragebogen zur Erhebung der Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit. Im Rahmen des KKG kamen 21 Fragen zur Anwendung mit jeweils sechs Antwortmöglichkeiten von „trifft sehr zu“ bis „trifft gar nicht zu“. Je sieben Fragen deckten die internale Kontrollüberzeugung, die erlebt wird, wenn eigene Aktivität die erwünschte Wirkung zeigt und Möglichkeiten zur Einflussnahme bestehen, die external soziale Kontrollüberzeugung, im Rahmen derer die Ereignisse von außen beeinflusst und gesteuert empfunden werden und die external fatalistische Kontrollüberzeugung ab, bei

der der Eintritt bestimmter Ereignisse dem Zufall beziehungsweise dem Schicksal zugeschrieben wird. Gegenüber dem MHLC wurde der KKG in einigen Bereichen verändert um die Einsatzmöglichkeiten zu verbessern. So wurden im KKG die Begriffe Gesundheit und Krankheit vermieden und an deren Stelle eher nach Zuständen gefragt, die bei Gesunden und Kranken auftreten können (Lohaus 1998).

Für die Auswertung wurden die summierten Ergebnisse der drei Bereiche präsentiert, die Werte zwischen 7 und 42 annehmen konnten, wobei ein hoher Wert in einem Bereich einer großen Bedeutung der entsprechenden Kontrollüberzeugung entsprach.

Dieses Instrument wurde bereits psychometrisch evaluiert und Referenzdaten für gesunde Populationen sowie für verschiedene Patientengruppen wurden erhoben. Die Ergebnisse dieser Studie wurden mit denen einer deutschen erwachsenen Referenzpopulation verglichen.

### **2.2.6. Fragen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität**

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde für die Bereiche "körperliches Wohlergehen", "psychisches Wohlergehen", "Umgang mit Partner, Familie und Freunden", "Arbeitsplatz" und "Freizeitgestaltung" bewertet. Auf die Frage, wie stark die allergiebedingte Einschränkung in jedem dieser Bereiche des täglichen Lebens sei, konnten die Probanden in fünf Kategorien von „sehr stark“ über „stark“, „mäßig“, „geringfügig“ bis „gar nicht“ antworten. Die Einzelwerte für eine Frage konnten Werte zwischen 1 und 5 annehmen, wobei ein höherer Wert eine höhere Beeinträchtigung der Lebensqualität widerspiegelte. Zusätzlich wurde die Summe aus den Einzelwerten der fünf Fragen errechnet, die entsprechend einen Wert zwischen 5 und 25 annehmen konnte und ein Maß für die Auswirkung der Allergie auf die gesamte Lebensqualität darstellte.

Ein etabliertes Instrument zur Beurteilung der allgemeinen Lebensqualität kam nicht zur Anwendung.

Da allgemeine Fragebögen wie der SF36 oder der NHP großes Gewicht auf das körperliche Befinden und eine Verschlechterung des körperlichen Zustandes legen (Illiev 1997; Augustin 1999), erschienen sie für die Anwendung bei Allergikern ungeeignet, da

für diese eine Verschlechterung ihres körperlichen Zustandes möglicherweise keine so große Rolle spielt. Wenn auch in den letzten Jahren Instrumente zur Anwendung bei spezifischen Allergien entwickelt wurden, zum Beispiel für allergische Rhinitis, Asthma und atopisches Ekzem (Finlay 1997; Juniper 1997), so existiert dennoch kein einzelner Fragebogen zur Lebensqualität bei Allergikern im allgemeinen.

Die Anwendung eines oder mehrerer jener speziellen Instrumente wäre demzufolge auf Kosten der Vergleichbarkeit gegangen und hätte damit die statistische Aussagekraft reduziert.

### **2.2.7. Erstellung der Fragebögen und Testinterviews**

Der größte Teil der Fragebögen für die hier vorliegende Studie wurde in Zusammenarbeit mit der Dermatologischen Klinik am Biederstein und dem Epidemiologischen Institut der GSF selbst erstellt. Die Fragen zur allergischen Erkrankung wurden in ähnlicher Form wie bereits im Fragebogen für die KORA C Studie gehalten. Alle anderen Fragen, besonders auch jene zur Alternativmedizin, wurden unter Beachtung der relevanten Literatur, die vorangegangene Befragungen mit ähnlicher Thematik behandelte, angefertigt und den speziellen Bedürfnissen entsprechend formuliert. Zur Erfassung der Lebenszufriedenheit und Kontrollüberzeugung standen validierte Instrumente zur Verfügung, so dass diese zur Anwendung kamen.

Vor Beginn der Studie im Juni und Juli 2000 wurden zwölf Testinterviews mit der Papierversion des Fragebogens durchgeführt. Hierzu wurden freiwillige, erwachsene Allergiker, die nicht dem Studienkollektiv angehörten, im persönlichen Gespräch befragt. Diese Testprobanden kannten den Fragebogen vorher nicht und sieben von ihnen hatten Erfahrung mit alternativmedizinischen Behandlungsmethoden. Die Länge und Durchführbarkeit der Befragung, sowie die Verständlichkeit der Fragen konnte hierbei getestet werden. Allen Testprobanden wurde während der Befragung und im Anschluss daran die Möglichkeit gegeben mögliche Verständnisschwierigkeiten, Fragen und Vorschläge zu äußern. Es erwies sich, dass keine relevanten Veränderungen des Fragebogens nötig waren.

Alle Einzelfragen sowie die verwendeten Instrumente wurden anschließend in eine rechnergestützte Form aufgearbeitet, wobei das von den GSF Instituten für Medizinische Informatik und für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen entwickelte Programm DAIMON zur Anwendung kam. DAIMON sitzt einer Microsoft ACCESS-Datenbank auf und dient sowohl dem Fragebogendesign als auch der computergestützten Interviewführung (Giesecke 2001). Im August 2000 wurden weitere vier Testinterviews mit der Computerversion des Fragebogens durchgeführt, da hierbei zusätzlich die korrekte Funktionsfähigkeit des DAIMON Programms überprüft werden sollte. Alle vier dieser Testprobanden waren Allergiker und zwei hatten zusätzlich Erfahrungen mit Alternativmethoden. Auch hier zeigte sich, dass keine weiteren Veränderungen des Fragebogens notwendig waren.

### **2.3. Durchführung der Befragung**

Die Studie wurde am KORA-Studienzentrum in Augsburg durchgeführt in Zusammenarbeit mit der Dermatologischen Klinik der Technischen Universität München und dem Institut für Epidemiologie der GSF in Neuherberg bei München.

Die Befragung der Probanden erfolgte ausschließlich in Form von computer-assistierten Telefoninterviews (CATI), wobei die Probanden einleitend über den Inhalt der Befragung aufgeklärt wurden und anschließend explizit das Einverständnis erfragt und dokumentiert wurde. Bei der Interviewführung wurde darauf geachtet Druck zu vermeiden und ausreichend Zeit für die Entscheidung zur Teilnahme und die Beantwortung von Fragen einzuräumen. Auch auf die Möglichkeit das Interview jederzeit abzulehnen oder zu beenden wurde gesondert hingewiesen. Aus Rücksicht auf die Privatsphäre der Probanden, wurden die Befragungen hauptsächlich werktags zwischen 14.00 und 20.00 Uhr durchgeführt. Es konnten auch auf Wunsch der Kontaktperson individuelle Termine zu jeder anderen Zeit vereinbart werden.

Vor Beginn des Fragenteils zur Lebenszufriedenheit und zur Kontrollüberzeugung wurden die Testpersonen jeweils gebeten alle Antwortmöglichkeiten aufzuschreiben, damit sie diese während der Befragung nur noch ablesen mussten. Mit dieser

Vorgehensweise sollten Fehler durch ungenaue Antworten und Vergessen vermieden werden.

## 2.4. Auswertungsverfahren

In der Auswertung der Fragebögen kamen zunächst deskriptive Methoden zur Anwendung, sowohl um die Gesamtpopulation der Allergiker zu beurteilen, als auch um die Allergiker, die Alternativverfahren in Anspruch genommen hatten, gegenüber denen zu beschreiben, die keine Erfahrung mit diesen Methoden hatten. Es wurden hier Deskriptionen mit Berechnung von Häufigkeiten, Medianen, Standardabweichungen, Minima und Maxima durchgeführt.

Zur Testung von Hypothesen im Rahmen der schließenden Statistik wurde im wesentlichen auf nichtparametrische Verfahren im Sinne des Mann–Whitney–U-Tests beziehungsweise des Kruskal–Wallis-Tests zurückgegriffen. Beide Tests dienen zur Beurteilung von Unterschieden zwischen zwei beziehungsweise mehreren unabhängigen Gruppen für stetige Merkmale. Unterschiede zwischen den Anwendern und Nichtanwendern alternativer Methoden oder auch zwischen verschiedenen therapeutischen Methoden konnten so statistisch belegt werden. Der T-Test kam nicht zur Anwendung, da dieser die Normalverteilung der zu vergleichenden Gruppen voraussetzt, die hier selten gegeben war. Der Zusammenhang zwischen zwei oder mehr diskreten Variablen wurde dem  $\chi^2$ - beziehungsweise dem  $\chi^2$ -Trend-Test unterzogen.

Zusätzlich wurden multivariate logistische Regressionsanalysen durchgeführt, mit deren Hilfe gerichtete Zusammenhänge von abhängigen Variablen auf unabhängige Variablen untersucht werden können. Als abhängige Variablen wurden die Nutzung beziehungsweise Nichtnutzung alternativer Heilmethoden gewählt und als unabhängige Variablen Alter, Geschlecht und Schulbildung eingeschlossen. Das Maß der Assoziation stellt das Odds ratio (Chancenverhältnis) dar, was ein Wert ist für das Verhältnis der Quotienten von Exponierten zu Nichtexponierten bei Erkrankten und Nichterkrankten, beziehungsweise in diesem Fall bei Anwendern und Nichtanwendern von Alternativverfahren. Als Maß der Stabilität wurden 95%-Konfidenzintervalle angegeben,

die den Vertrauensbereich bezeichnen, in dem der Schätzwert mit 95%iger Wahrscheinlichkeit zu finden ist.

Alle statistischen Analysen wurden am PC mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 10.0 durchgeführt.

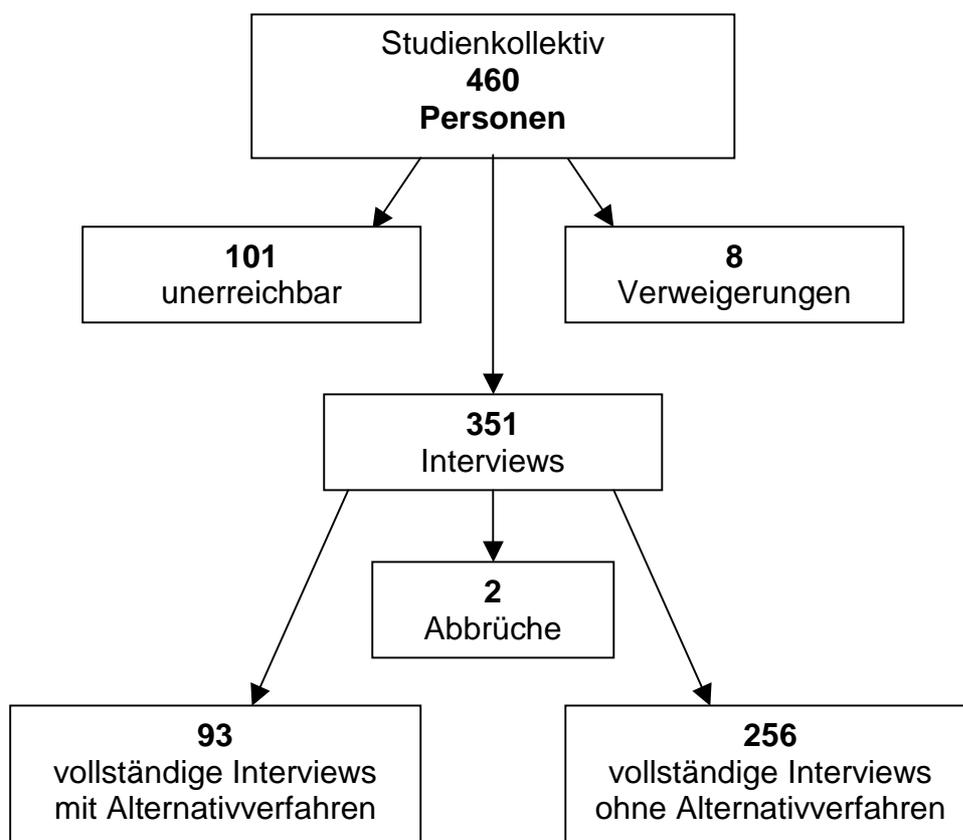
### 3. Ergebnisse

#### 3.1. Formale Charakteristika des Interviewablaufs

Aus dem Studienkollektiv von 460 erwachsenen Allergikern aus dem Raum Augsburg, konnten 351 Personen befragt werden, was einer Teilnahmerate von 76,3% entsprach. 101 Personen konnten bei mindestens vier Kontaktversuchen nicht telefonisch erreicht werden, acht weitere Personen verweigerten grundsätzlich die Teilnahme am Interview.

Wie in der Abbildung 1 zu erkennen, konnten 93 Interviews mit Personen durchgeführt werden, die Alternativverfahren in Anspruch genommen hatten, und 256 mit Personen, bei denen dies nicht der Fall war. Zwei Probanden aus der Gruppe der Nichtanwender brachen ohne Begründung das Interview ab, einer vor den Fragen zum Gesundheitsverhalten und einer vor den Instrumenten zur Erfassung psychosozialer Charakteristika.

**Abbildung 1: Einschluss der Studienteilnehmer**



Alle Interviews wurden zwischen August und Oktober 2000, sowie Januar und Februar 2001 durchgeführt. Die durchschnittliche Dauer der Interviews betrug 22 Minuten, wobei Interviews ohne Alternativverfahren aufgrund des geringeren Fragensaufkommens mit durchschnittlich 17 Minuten Dauer signifikant kürzer waren als Interviews mit Alternativverfahren, die durchschnittlich 32 Minuten dauerten ( $p < 0,001$ ). Das kürzeste Interview dauerte 6 Minuten und das längste 1 Stunde 41 Minuten.

Es wurde eine „Non-responder“-Analyse durchgeführt, in welcher die soziodemographischen Daten der Teilnehmer mit den Daten der ausgeschlossenen und aus sonstigen Gründen nicht teilgenommenen Allergiker verglichen wurden. Es konnten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Geschlecht, Atopie der Eltern oder Schulausbildung gefunden werden.

39,9% der Teilnehmer waren Männer gegenüber 41,4% der Nichtteilnehmer. Bei 26,4% der Teilnehmer und 25,0% der Nichtteilnehmer war eine atopische Erkrankung der Eltern bekannt und 39,9% respektive 41,4% konnten Abitur oder Studium nachweisen.

Einzig beim Altersdurchschnitt zeigte sich ein geringfügiger Unterschied mit einem Altersmedian von 48 Jahren bei den Teilnehmern und 51 Jahren bei den Nichtteilnehmern ( $p = 0,027$ ).

### 3.2. Soziodemographische Faktoren

Alle Ergebnisse bezogen sich auf die Antworten von 351 befragten Probanden. Die Probanden litten an mindestens einer von vier Allergiemanifestationen, davon 219 an allergischer Rhinitis (40,0%), 87 an allergischem Asthma (15,9%), 33 an atopischem Ekzem (6,0%) und 208 an Nahrungsmittelallergien (38,0%), was einem Gesamtaufreten von 547 Erkrankungsmanifestationen entsprach. 252 Probanden, also 71,8% der teilnehmenden Allergiker hatten schulmedizinische Behandlung für ihre Allergie in Anspruch genommen. 93 Probanden, das waren 26,5% der Befragten, hatten sich mindestens einmal im Verlauf alternativmedizinischen Verfahren zur Behandlung einer ihrer allergischen Erkrankung unterzogen. Von diesen Probanden hatte die überwiegende Mehrheit (94,6%) zusätzliche schulmedizinische Behandlung beansprucht, während nur 5

Probanden ausschließliche Erfahrung mit Alternativmedizin zur Behandlung ihrer Allergie aufwiesen.

60,1% der befragten Probanden waren Frauen, bei den Nutzern alternativmedizinischer Verfahren war der Anteil mit 63,4% geringfügig höher als bei den Nichtnutzern mit 58,9%, wobei dieser Unterschied nicht signifikant war. Der Altersmedian lag bei 46 Jahren, der jüngste Proband war 28 und der älteste 78 Jahre alt. Der Großteil der Probanden befand sich in den Altersgruppen von 30 – 44 und von 45 – 59 Jahren mit 42,7% beziehungsweise 33,3%. In der Altersstruktur unterschieden sich die Nutzer von Alternativverfahren mit einem Altersmedian von 43 Jahren deutlich von den Nichtnutzern mit einem Altersmedian von 47 Jahren. Eine ähnliche Abhängigkeit zeigte sich für die höchste erreichte Schulbildung. Die Nutzer von Alternativverfahren hatten im Schnitt eine signifikant höhere Schulbildung als die Befragten ohne Erfahrung mit Alternativmedizin, so hatten 34,5% der Anwender Abitur oder Studium gegenüber 20,3% der Kontrollen. Die Anwender waren im Schnitt also jünger ( $p=0,004$ ), besser ausgebildet ( $p<0,001$ ) und tendenziell zu einem höheren Anteil weiblich. Die demographischen Basisdaten sind für die Gesamtgruppe sowie aufgeteilt nach Nutzern und Nichtnutzern in Tabelle 2 noch einmal zusammengefasst.

**Tabelle 2: Demographische Basisdaten von Nutzern und Nichtnutzern alternativmedizinischer Verfahren**

	<b>Nutzer (n = 93)</b>	<b>Nichtnutzer (n = 258)</b>	<b>Gesamt (n = 351)</b>
<b>Alter in Jahren</b>			
< 30	5,4%	1,6%	2,6%
30 – 44	50,0%	40,3%	42,7%
45 – 59	33,7%	33,3%	33,3%
> 59	10,9%	24,8%*	21,1%
<b>Geschlecht</b>			
weiblich	63,4%	58,9%	60,1%
männlich	36,6%	41,1%	39,9%
<b>Höchster Schulabschluss in Jahren</b>			
keiner	0%	3,1%	2,8%
8	30,1%	47,7%	43,3%
10	35,5%	28,9%	30,8%
12	10,8%	4,7%	6,3%
>12	23,7%	15,6%*	17,7%

\* Trend Test  $p < 0,01$

Multivariate logistische Regressionsanalysen, die als abhängige Variablen die Nutzung alternativer Heilmethoden gegenüber der Nichtnutzung, und als unabhängige Variablen Alter, Geschlecht und Schulbildung enthielten, bestätigten, dass vor allem weibliche, jüngere Individuen mit höherer Schulausbildung Erfahrung mit Alternativverfahren aufweisen. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse mit Angabe von Odds Ratios und 95% Konfidenzintervallen finden sich in Tabelle 3.

**Tabelle 3: Logistische Regressionsanalyse für Nutzer gegenüber Nichtnutzern alternativmedizinischer Verfahren**

<b>Variable</b>	<b>OR (95% KI)</b>
Alter (in Jahren)	
< 30	1
30-44	0,42 (0,11-1,67)
45-59	0,38 (0,09-1,53)
> 59	0,18 (0,04-0,81)
Geschlecht	
männlich	0,85 (0,51-1,42)
Höchster Schulabschluss (Jahre)	
>8 vs. ≤8	2,17 (1,28-3,67)

### 3.3. Allergische Erkrankung und konventionelle Therapie

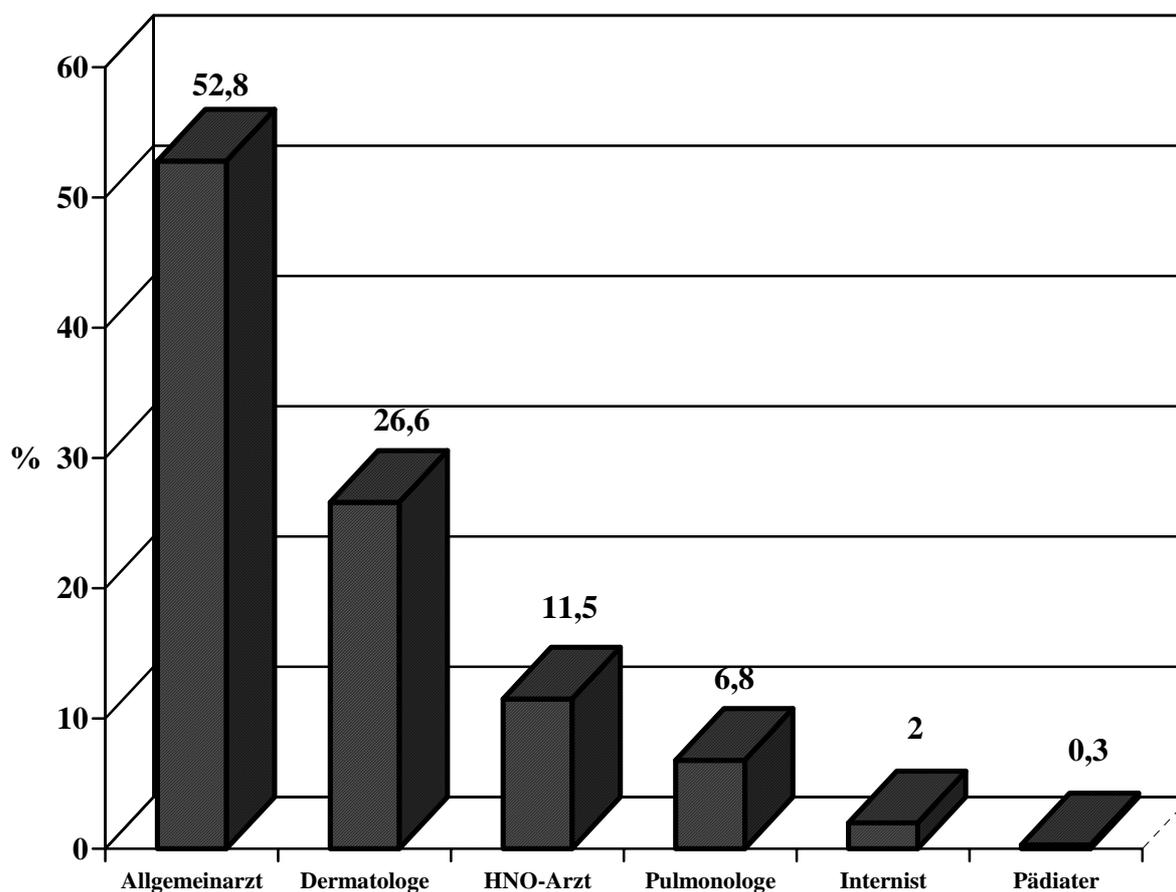
Erstmals Symptome der allergischen Erkrankung waren bei den Probanden zwischen 2 und 65 Jahren vor der Studie aufgetreten, wobei sich hinsichtlich der Erkrankungsdauer signifikante Unterschiede zwischen Anwendern und Nichtanwendern ergaben. Bei einer mittleren Erkrankungsdauer von 16,5 Jahren insgesamt, wiesen bei getrennter Betrachtung die Anwender 20 Jahre und die Nichtanwender 13 Jahre durchschnittliche Erkrankungsdauer auf ( $p < 0,001$ ).

Auch auf die konventionelle Therapie bezogen existierten deutliche Unterschiede zwischen den Anwendern und den Nichtanwendern von alternativen Therapien. Insgesamt nahmen 71,8% der Studienpopulation schulmedizinische Therapie im Verlauf ihrer allergischen Erkrankung in Anspruch. In der Gruppe der Anwender von Alternativverfahren hatten mit 94,6% fast alle auch konventionelle Therapie erhalten, während es in der Gruppe ohne Erfahrung mit Alternativmedizin nur 63,6% waren, die schulmedizinische Behandlung für ihre Allergie in Anspruch genommen hatten. Regressionsanalysen bestätigten, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen alternativer und konventioneller Behandlung bestand (OR 10,10; KI 95% 4,00-25,72).

Die mittlere Behandlungsdauer (Median) betrug 10 Jahre, bei Angaben zwischen einem Monat und 60 Jahren, wobei sich 51,6% der Befragten auch zum Zeitpunkt der Studie in schulmedizinischer Behandlung befanden. Die Probanden hatten sich durchschnittlich (Median) 15 Jahre vor der Studie in schulmedizinische Behandlung begeben, hier bewegten sich die Werte zwischen 6 Monaten und 65 Jahren. Die Frequenz der allergiebedingten Arztbesuche bewegte sich zwischen zwei- bis dreimal pro Woche bei kurzfristigen Therapien und einmal pro Jahr, mit einem Median von drei allergiebedingten Arztbesuchen im Jahr. Stationäre Behandlung der Allergie war in 13,1% der Fälle nötig gewesen, wobei die Probanden etwa jeweils zur Hälfte einmal oder mehrmals im Krankenhaus waren. Bezüglich der Behandlungsdauer und Frequenz zeigten sich keine Unterschiede zwischen Anwendern und Nichtanwendern alternativer Heilverfahren.

Von diesen insgesamt 252 Probanden, die schulmedizinische Behandlung in Anspruch nahmen, waren 52,8% bei einem Allgemeinarzt, 26,6% bei einem Dermatologen und 20,6% bei einem anderen Facharzt in Behandlung. Falls der Befragte angab bei verschiedenen Ärzten in Behandlung gewesen zu sein, wurde nach dem hauptsächlich behandelnden Arzt gefragt und nur dieser in die Antworten aufgenommen. Bei den "anderen Fachärzten" handelte es sich 11,5% der Fälle um einen HNO-Arzt, in 6,8% der Fälle um einen Pulmonologen, in 2,0% der Fälle um einen Internisten und in einem Fall um einen Pädiater.

**Abbildung 2: Schulmedizinische Behandlung nach Fachrichtungen**



Der Anteil an schulmedizinischer Behandlung war auch abhängig von der Art der allergischen Erkrankung. So befanden sich alle Ekzem – Erkrankten (n=33) zu irgendeinem Zeitpunkt in schulmedizinischer Behandlung, 96,6% der Asthmatiker (n=84), 83,6% der Probanden mit Heuschnupfen (n=183) und 60,6% der Nahrungsmittelallergiker (n=126).

Bei der Art der durchgeführten Therapien handelte es sich bei den Ekzempatienten in jeweils über 90% der Fälle um pflegende und cortisonhaltige Cremes beziehungsweise Salben. Einen weiteren großen Anteil machten Ölbäder aus, sowie juckreizlindernde Tabletten oder Spritzen, wobei es sich hier meist um Antihistaminika handelte. Eine exakte Aufstellung der Therapien findet sich in Tabelle 4.

**Tabelle 4: Schulmedizinische Behandlung - Ekzem**

<b>Ekzem</b>	
Pflegende Cremes/Salben	90,9%
Cortisonhaltige Cremes/Salben	90,9%
Ölbäder	54,5%
Juckreizlindernde Tabletten/Spritzen	51,5%
(UV)Lichtbehandlung	21,2%
Teerhaltige Cremes/Salben	18,2%
Hypo-, Desensibilisierung	9,1%
Klimatherapie (Meer, Gebirge	9,1%
Psychosomatische Behandlung	-
Anderes	-

Bezüglich der durchgeführten schulmedizinischen Behandlung wurden die Asthma- und Heuschnupfenpatienten zusammengefasst. 73% dieser Patienten erhielten Nasen- und/oder Augentropfen und 62% erhielten antiallergische Medikamente verabreicht. Eine weitere bedeutende Rolle spielten Inhalationen und cortisonhaltige Medikamente. Die Daten finden sich in Tabelle 5 zusammengefasst. Bei den "anderen Therapien" handelt es sich in 3 Fällen um Theophyllin, in 2 Fällen um Sauerstoff und in einem Fall um Atemtherapie.

**Tabelle 5: Schulmedizinische Behandlung – Allergischer Schnupfen/Asthma**

<b>Allergischer Schnupfen/Asthma</b>	
Nasentropfen/Augentropfen	73,4%
Antiallergische Medikamente	61,7%
Cortisonhaltige Medikamente	43,7%
Inhalationen	42,3%
Hypo-, Desensibilisierung	37,8%
Asthmasprays	36,0%
Klimatherapie	14,4%
Psychosomatische Behandlung	0,9%
Anderes	3,2%

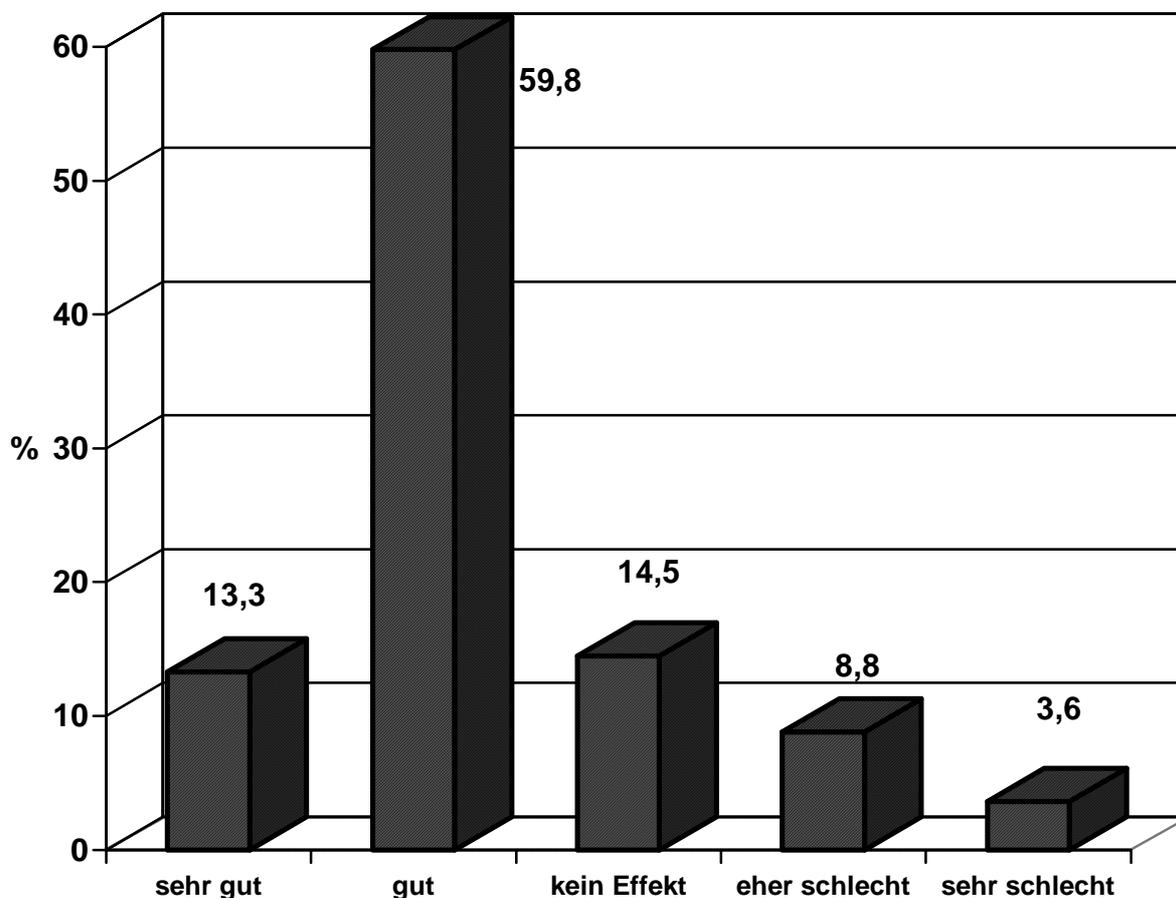
Von den 126 Nahrungsmittelallergikern in schulmedizinischer Behandlung war die Mehrheit wegen einer anderen allergischen Erkrankung in ärztlicher Betreuung, so dass nur 36 Patienten tatsächlich spezifische Therapie für ihre Nahrungsmittelallergie erhielten. In der überwiegenden Mehrheit der Fälle handelte es sich hierbei um cortisonhaltige Medikamente und zu einem geringeren Anteil auch um antiallergische Mittel, Hypo- beziehungsweise Desensibilisierung und um spezielle Diäten. An Diäten wurden speziell milcheiweißfreie Ernährung und Allergenkenz nach Austestung angesprochen. In allen Fällen waren Mehrfachnennungen zugelassen, so dass sich die Prozentzahlen nicht auf 100% aufaddieren.

**Tabelle 6: Schulmedizinische Behandlung - Nahrungsmittelallergie**

<b>Nahrungsmittelallergie</b>	
Cortisonhaltige Medikamente	75,0%
Antiallergische Medikamente	47,2%
Hypo-, Desensibilisierung	11,1%
Diät	5,6%
Psychosomatische Behandlung	-
Anderes	-

Alle Probanden, die schulmedizinische Therapie in Anspruch genommen hatten, wurden aufgefordert den subjektiven Erfolg derselben auf einer fünfstufigen Skala von "sehr gut", was dem Wert 1 entsprach, bis "sehr schlecht", was dem Wert 5 entsprach, zu beurteilen.

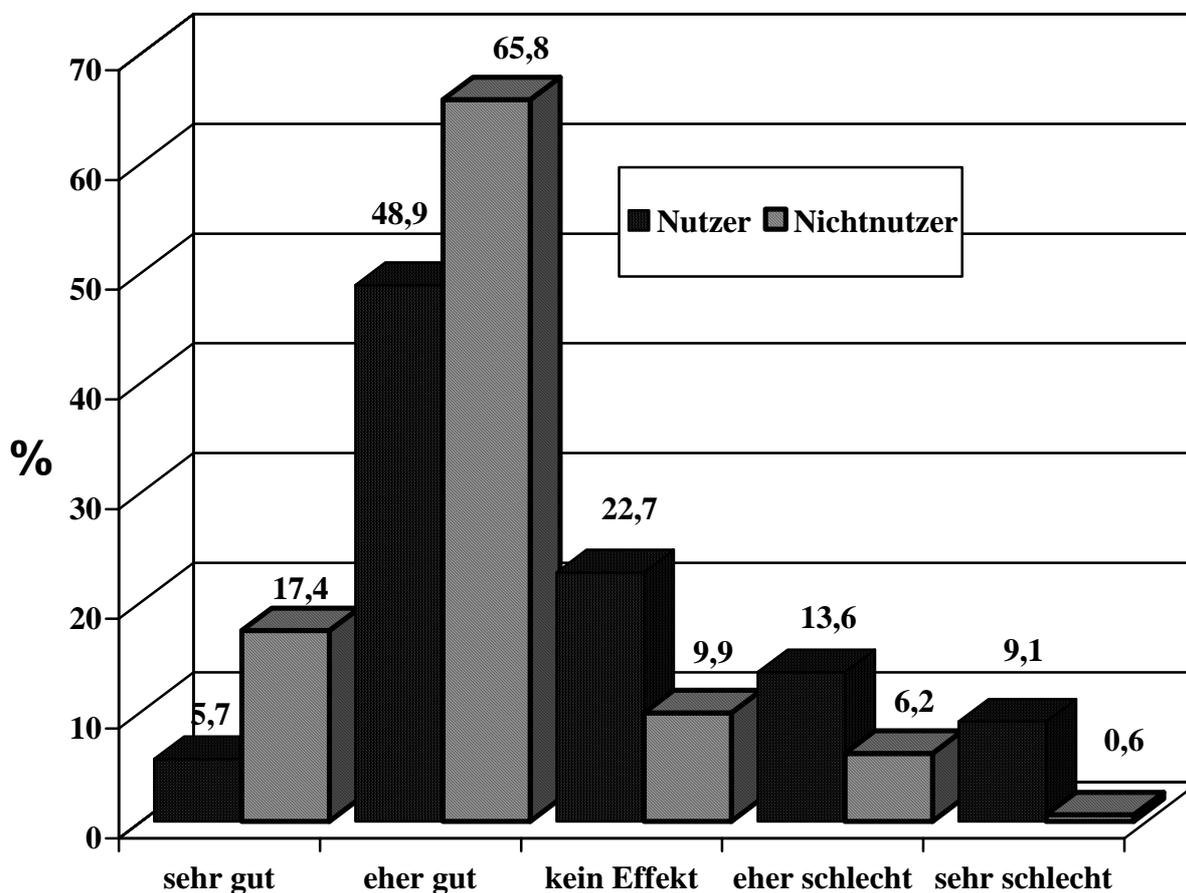
**Abbildung 3: Subjektiver Erfolg der schulmedizinischen Behandlung**



Als "sehr gut" (1) werteten 13,3% der Befragten den Erfolg der schulmedizinischen Behandlung, 59,8% bewerteten ihn als "gut" (2), 14,5% der Befragten gaben an, die schulmedizinische Behandlung sei "ohne Effekt" (3) gewesen, 8,8% der Probanden sagten, die schulmedizinische Behandlung sei "eher schlecht" (4) gewesen und die restlichen 3,6% erachteten sie als "sehr schlecht" (5). Durchschnittlich wurde die Schulmedizin damit mit 2,3 Punkten bewertet.

Allerdings unterschieden sich hier die Nutzer alternativmedizinischer Verfahren deutlich von den Probanden ohne Erfahrungen in diesem Bereich, welche die Schulmedizin im Schnitt signifikant besser beurteilten, mit einem Mittelwert von 2,1 im Vergleich zu den Nutzern mit einem Mittelwert von 2,7 bei einem  $p < 0,001$  im Mann-Whitney-U-Test. Dieser Unterschied zeigte sich ebenso im kategoriellen Vergleich mit Hilfe des  $\chi^2$  – Tests, auch hier mit einem  $p < 0,001$ . Die relativen Anteile an den Bewertungskategorien getrennt für Nutzer und Nichtnutzer sind in Abbildung 4 dargestellt.

**Abbildung 4: Subjektiver Erfolg der schulmedizinischen Behandlung für Nutzer und Nichtnutzer von Alternativverfahren**



### 3.4. Alternativmedizinische Behandlung

93 Probanden (26,5%) nahmen mindestens einmal im Verlauf ihrer allergischen Erkrankung alternativmedizinische Behandlungsmethoden in Anspruch. Mehrheitlich, in 63,0% der Fälle, wurde nur eine alternative Methode angewendet. 25,0% berichteten über Erfahrungen mit zwei verschiedenen Alternativverfahren und die restlichen 12,0% wurden mit drei bis fünf verschiedenen Alternativverfahren behandelt. Die alternativen Behandlungsmethoden wurden hauptsächlich, in 62,0% der Fälle, zur Behandlung von Heuschnupfen beansprucht, und zu einem geringeren Maß für die Behandlung von atopischem Ekzem (14,1%), allergischem Asthma (13,0%) und Nahrungsmittelallergien (10,9%).

Die überwiegende Mehrheit von 76 Probanden (81,7%) versuchte die alternative Behandlungsmethode nachdem sie die schulmedizinische Therapie begonnen hatte, und zwar durchschnittlich (Median) 10 Jahre später, mit Werten von einem bis zu 65 Jahren. Drei Probanden begannen die alternative Therapie vor der konventionellen, neun Probanden begannen beide Therapien in etwa gleichzeitig und fünf Probanden nutzten ausschließlich alternative Therapieverfahren zur Behandlung ihrer Allergie. 39,1% der Probanden nutzten schulmedizinische und alternativmedizinische Verfahren parallel. Von diesen hatten 86,1% ihren behandelnden Arzt über das gleichzeitig durchgeführte Alternativverfahren unterrichtet. Keiner der informierten Ärzte lehnte die alternative Behandlung ab. Nur 3,2% dieser Ärzte interessierten sich nicht für die alternativmedizinischen Verfahren, 22,6% befürworteten diese Behandlungen oder hatten ihren Patienten selbst diese Behandlung empfohlen. In 64,5% waren es die schulmedizinisch behandelnden Ärzte, die ebenfalls die alternativmedizinische Behandlung durchführten.

### 3.4.1. Informationsquellen und Motivation

Die beiden wichtigsten Informationsquellen der Probanden über die jeweilige alternative Behandlungsmethode waren der behandelnde Arzt und Freunde/Familie. Eine geringere Rolle spielten Heilpraktiker, sowie Zeitungen/Zeitschriften und Radio/Fernsehen, wie in Tabelle 7 dargestellt wird.

**Tabelle 7: Informationsquellen über alternative Behandlungsmethoden**

Behandelnder Arzt	40,2%
Familie und Freunde	37,0%
Heilpraktiker	7,6%
Printmedien	7,6%
Radio und Fernsehen	2,2%

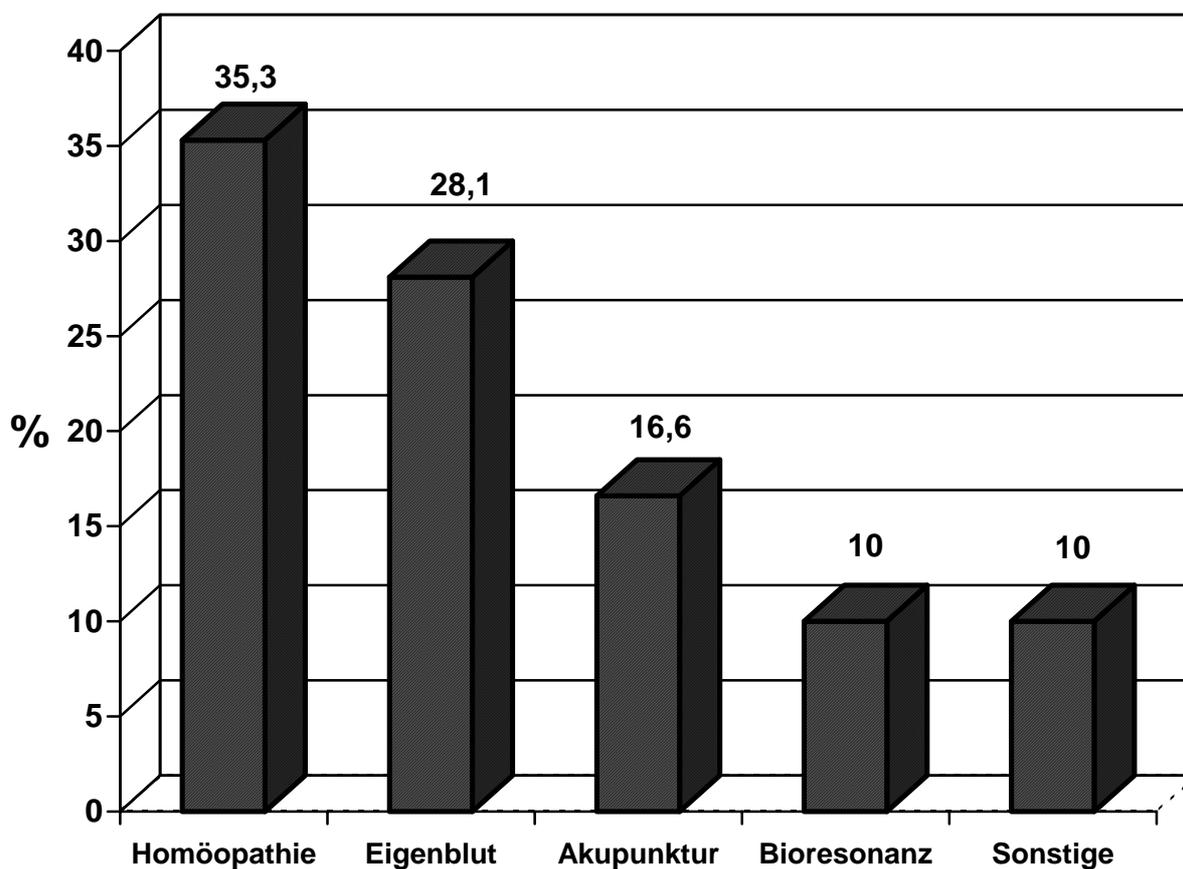
Die Probanden wurden nach ihrer Motivation zur Entscheidung für das Alternativverfahren gefragt. Hierbei wurden neun Gründe vorgegeben, sowie eine offene Antwortmöglichkeit angeboten. Mehrfachantworten waren zugelassen. Die Mehrheit war motiviert von der Überzeugung, dass Alternativmedizin weniger Nebenwirkungen habe (78,3%), dem Wunsch alles auszuprobieren (71,7%), den unbefriedigenden Ergebnissen der schulmedizinischen Behandlung (66,3%) und dem Glauben daran, dass alternativmedizinische Verfahren natürlicher seien (60,9%). Nur eine Minderheit gab an, von der Schulmedizin enttäuscht zu sein (17,4%) oder zu glauben, dass Alternativmedizin sicherer sei (13,0%). Einige Probanden wandten sich der Alternativmedizin zu, weil sie der Ansicht waren, ihr behandelnder Arzt interessiere sich nicht für ihren Fall (9,8%), verstehe ihr Problem nicht (7,6%) oder nehme sich nicht genug Zeit (6,5%). Laut offenen Antworten waren für 8,7% der Probanden vorangegangene positive Erfahrungen mit der Alternativmedizin, die entweder sie selbst, Freunde oder Familie gemacht hatten, ein Grund, sich auch wegen der Allergie in alternativmedizinische Behandlung zu begeben.

### 3.4.2. Art und Dauer des Alternativverfahrens

Bis zu drei verschiedene alternativmedizinische Verfahren wurden in dieser Studie berücksichtigt. Bei 37,0% der Probanden, die zwei oder mehr Behandlungsmethoden angewendet hatten, ergibt sich so eine Gesamtzahl von 139 Erfahrungen mit Alternativmedizin.

Für den weitaus größten Anteil, von zusammen 90%, zeigten sich nur vier Verfahren verantwortlich.

Abbildung 5: Anteile angewandter alternativmedizinischer Verfahren



Diese vier Verfahren waren Homöopathie, Eigenbluttherapie, Akupunktur und Bioresonanz. Die übrigen Behandlungen verteilten sich auf Bachblütentherapie, verschiedene Arten von Phytotherapie, Elektroakupunktur, Reiki und Eigenurintherapie.

Durchgeführt wurde das alternativmedizinische Verfahren in der Mehrheit der Fälle von einem Arzt. So gaben 45,7% der Befragten einen Allgemeinarzt und insgesamt 15,2% einen Hautarzt, einen Internisten oder einen anderen Facharzt als behandelnden Therapeuten an. In 31,5% der Fälle wurde die alternativmedizinische Behandlung von einem Heilpraktiker durchgeführt. Bei nur 6,5% der Probanden handelte es sich um Eigenanwendung ohne Therapeuten.

Die Dauer der Anwendung des Alternativverfahrens bewegte sich im Rahmen von einer Woche bis zu 20 Jahren mit einem Median von 3 Monaten. Auch bei der Frequenz der Anwendung gab es eine große Spannweite von täglich bis monatlich, mit einem Median von zweimal pro Woche. Die wichtigsten Daten zur Behandlungsdauer und –frequenz aufgeschlüsselt für die verbreitetsten Alternativverfahren finden sich in Tabelle 8.

**Tabelle 8: Behandlungsdauer und Behandlungsfrequenz für die verbreitetsten Alternativverfahren**

<b>Behandlungsdauer in Monaten</b>	<b>Median</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Gesamt	3	0,25	240
Homöopathie	12	0,25	240
Akupunktur	3	0,25	120
Eigenbluttherapie	2	0,25	48
Bioresonanz	2,5	0,25	12
<b>Behandlungsfrequenz pro Monat</b>	<b>Median</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Gesamt	8	1	28
Homöopathie	28	1	28
Akupunktur	4	1	20
Eigenbluttherapie	6	1	28
Bioresonanz	6	2	8

### 3.4.3. Information und Aufklärung

Eine Aufklärung zur alternativen Behandlung fand bei 88,0% der Probanden statt. Von diesen Probanden berichteten 98,8% über eine Aufklärung bezüglich der Durchführung des Verfahrens, jeweils 88,9% über eine Aufklärung bezüglich der Wirkungsweise und den Erfolgsaussichten. Seltener konnten sich die Probanden an eine Aufklärung bezüglich Nebenwirkungen und Risiken erinnern, mit 56,8% beziehungsweise 49,4%. Die Art des Therapeuten, ob Arzt oder Heilpraktiker, schien hier keinen Einfluss auf die Menge an dargebotener Information und durchgeführter Aufklärung zu haben.

Die überwiegende Mehrheit (91,4%) betrachtete die Aufklärung als ausreichend. Weitere 6,2% betrachteten die Aufklärung als teilweise ausreichend und nur 2,5% der Probanden beurteilten die Aufklärung als unzureichend.

### 3.4.4. Kosten der alternativen Verfahren und Zahlungsbereitschaft

Etwa die Hälfte der Probanden, die Alternativverfahren in Anspruch genommen hatten (n=41), konnte Angaben zu den Kosten der angewandten Methode machen. Nach diesen Angaben kostete die einzelne Anwendung zwischen 15 und 205 EUR, mit einem Median von 41 EUR. Die Kosten für die Gesamtbehandlung beliefen sich auf 18 bis 1278 EUR mit einem Median von 205 EUR. Es gab hier signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Verfahren, so erwiesen sich die Bioresonanz und die Akupunktur mit durchschnittlich 409 EUR beziehungsweise 363 EUR für die Gesamtbehandlung als relativ teuer, im Vergleich zur Homöopathie und zur Eigenbluttherapie, mit 192 EUR beziehungsweise 77 EUR Gesamtkosten. Allerdings bezogen sich die höchsten angegebenen Gesamtkosten mit 1278 EUR auch auf eine homöopathische Therapie. Insgesamt war die Streuung der Gesamtkosten für alle Therapien sehr hoch. So betrug sie für die Bioresonanz 153 bis 1023 EUR, für die Akupunktur 153 bis 767 EUR, für die Homöopathie 102 bis 1278 EUR und für die Eigenbluttherapie 18 bis 614 EUR. Diese Daten finden sich noch einmal in Tabelle 9 zusammengefasst.

**Tabelle 9: Gesamtkosten der einzelnen Behandlungsmethoden in EUR**

Methoden	Median*	Minimum	Maximum
Bioresonanz	409	1539	1023
Akupunktur	363	153	767
Homöopathie	192	102	1278
Eigenbluttherapie	77	18	614

\* p = 0.02 (Kruskall-Wallis)

Bei etwa der Hälfte der Testpersonen (52,3%) übernahm die Krankenkasse zumindest einen Teil der Kosten für das Alternativverfahren. Für 72,3 % dieser Probanden übernahm die Kasse die gesamten Kosten des Alternativverfahren, für die restlichen 27,7% übernahm die Kasse durchschnittlich 75% der Kosten (Median), wobei sich der Prozentsatz hier zwischen 30% und 90% bewegte.

55,4% der Nutzer gaben an, dass sie auch bereit wären, mehr Geld für den erreichten Erfolg zu zahlen, nämlich durchschnittlich bis zu 409 EUR, mit Angaben von 51 bis 4090 EUR. Diese Summe war durchschnittlich 153 EUR höher als der tatsächlich gezahlte Betrag. Auch hier bewegten sich die Angaben in einer breiten Spanne von 84 bis 1543 EUR.

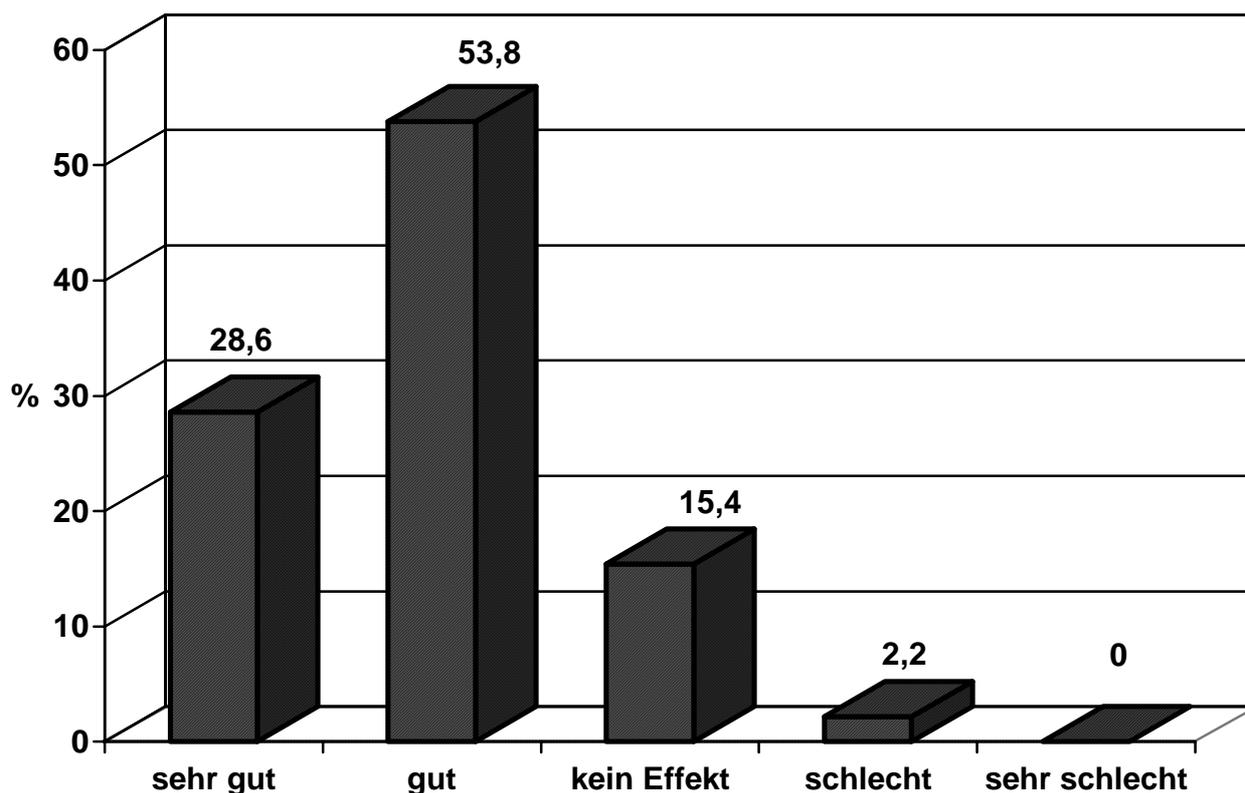
Weitere 42,4 % waren nicht bereit, mehr für den gleichen Erfolg zu zahlen, wobei 61,0% dieser Probanden angaben, die Therapie sei ihr Geld wert gewesen. Nur 5,4% der Probanden vertraten die Meinung, die jeweilige Therapie sei grundlegend überteuert gewesen.

Eine überwiegende Mehrheit mit 81,5% wäre grundsätzlich bereit, für eine dauerhafte Heilung einen höheren Betrag zu zahlen. Diese Personen gaben Summen zwischen 51 und 10226 EUR an, mit einem Median von 1534 EUR, die sie für eine endgültige Genesung als Einmalzahlung ausgeben würden.

### 3.3.5 Nutzen des Alternativverfahrens

Analog zur Beurteilung der schulmedizinischen Therapie wurden die Nutzer von Alternativverfahren aufgefordert, den subjektiven Erfolg der jeweils angewandten Therapie zu beurteilen. Auch hier konnten die Antworten in fünf Kategorien von "sehr gut" bis "sehr schlecht" angegeben werden. 28,6% der Befragten stuften das Alternativverfahren als "sehr gut" ein, 53,8% als "gut", 15,4% der Probanden sagten, das Alternativverfahren habe keinen Effekt gehabt, 2,2% hielten die alternative Therapie für "eher schlecht" und kein Proband betrachtete sie als "sehr schlecht".

Abbildung 6: Subjektiver Erfolg der alternativen Behandlung



Im Vergleich zur schulmedizinischen Behandlung hielten 38,0% den Effekt des Alternativverfahrens für größer, 22,8% hielten ihn für kleiner und 23,9% bewerteten den Effekt beider Therapien in etwa gleich.

Zur Dauer des beschriebenen Nutzens, gaben 56,6% der Befragten an, dass er weiterhin anhalte, 26,0% beschrieben einen Nutzen der bis zu einem halben Jahr gedauert hatte, bei 4,3% war es zwischen einem halben und einem ganzen Jahr und bei 8,7% dauerte die Wirkung mehr als ein Jahr an. Ein Viertel der Probanden berichtete, dass sie durch die alternative Behandlung auf eine bis zu diesem Zeitpunkt benötigte schulmedizinische Therapie verzichten konnten. In den meisten Fällen handelte es sich dabei um einen Verzicht auf Antihistaminika oder corticosteroidhaltige Cremes und Salben.

74,2% der Anwender bestätigten eine Veränderung der allergischen Symptomatik durch die Anwendung des Alternativverfahrens. Für alle Symptome, unter denen der Befragte jemals zu leiden hatte, konnte er angeben, ob sie nach der Therapie gebessert, verschwunden, unverändert, verschlechtert oder sogar neu aufgetreten waren.

In keinem Fall war es durch das Alternativverfahren zu einem erstmaligen Auftreten oder einer Verschlechterung eines Symptoms gekommen. Ein großer Teil der Probanden konnte eine Verbesserung oder auch ein völliges Verschwinden einzelner oder mehrere Symptome beobachten. Diese Effekte zeigten sich bei allen vier allergischen Erkrankungen und erstrecken sich über alle vorhandenen Symptome. Eine detaillierte Auflistung findet sich in Tabelle 10.

**Tabelle 10: Berichtete Effekte der Alternativverfahren auf Symptome der Allergie**

	nicht zutreffend	verschwunden	besser	unverändert
<b>Atopisches Ekzem (n=9)</b>				
Juckreiz		11,1%	55,6%	33,3%
Schlafverlust	66,7%	11,1%	11,1%	11,1%
Hautrötung		11,1%	66,7%	22,2%
Schuppung	11,1%	11,1%	44,4%	33,3%
Nässen, Bluten	33,3%	11,1%	33,3%	22,2%
<b>Heuschnupfen (n=44)</b>				
Niesreiz	11,4%	11,4%	59,1%	18,2%
Naselaufen	6,8%	15,9%	54,5%	22,7%
Verstopfte Nase	22,7%	9,1%	52,3%	15,9%
Juckreiz	38,6%	13,6%	31,8%	15,9%
Augentränen, -brennen	6,8%	20,5%	54,5%	18,2%
<b>Asthma (n=9)</b>				
Husten	22,2%		77,8%	
Atemnot (Ruhe)	33,3%	22,2%	44,4%	
Atemnot (Belastung)		11,1%	88,9%	
Regelmäßigkeit der Anfälle		11,1%	88,9%	
Pfeifende Atemgeräusche	11,1%	11,1%	66,7%	11,1%
<b>Nahrungsmittelallergie (n=7)</b>				
orales Allergiesyndrom	71,4%		28,6%	
Hautrötung	42,9%	14,3%	42,9%	
Juckreiz	28,6%	28,6%	42,9%	
Gastrointestinale Symptome	100%			

### 3.3.6 Individuelle Einstellung und Haltung

Hier war von Interesse, inwieweit, nach Ansicht der Befragten, der Glaube an die Therapie wichtig für den Therapieerfolg sei, und inwieweit die Probanden ihre Einstellungen gegenüber den verschiedenen Behandlungsoptionen und anderen Bereichen des Lebens nach der Alternativtherapie geändert hätten.

50% der Nutzer von Alternativverfahren hielten den Glauben an die Therapie für den Erfolg schulmedizinischer und alternativmedizinischer Methoden für gleichermaßen wichtig. Weitere 31,5% der Befragten waren der Überzeugung, dass der Glaube an die Methode wichtiger sei für den Erfolg alternativmedizinischer Methoden, und 16,3% gaben an, dass der Glaube für beide Methoden gleichermaßen unwichtig sei.

Die Durchführung des alternativmedizinischen Verfahren veränderte bei 41,3% der Probanden die Einstellung gegenüber der Alternativmedizin im allgemeinen. So schätzten 37 Anwender die Alternativmedizin nach den eigenen Erfahrungen besser ein als vorher, und nur ein Proband schätzten sie schlechter ein als vorher. Die Einstellung gegenüber der Schulmedizin änderte sich im allgemeinen nicht durch die alternativmedizinische Behandlung, nur einzelne Probanden gaben an, der Schulmedizin gegenüber kritischer geworden zu sein oder sich eine Annäherung von Schulmedizin und Alternativmedizin zu wünschen.

Zu einer Veränderung der Einstellungen in anderen Lebensbereichen kam es bei 20,7% der Anwender. Bei 63,2% dieser Probanden handelte es sich hierbei um eine veränderte Einstellung der eigenen Erkrankung gegenüber. Als hauptsächliche Veränderungen fanden sich eine bessere Akzeptanz der Erkrankung und ein bewussterer Umgang mit dem Körper. In 42,1% der Fälle betraf die Veränderung die Einstellungen dem eigenen Leben gegenüber, in weiteren 26,3% der eigenen Person gegenüber, und 21,1% berichteten über eine Veränderung der Einstellungen anderen Leuten gegenüber. Die Grundaussage fast aller Probanden zu diesen Veränderungen betraf eine Entwicklung hin zu einem bewussteren Leben und einem verantwortungsvolleren Umgang mit sich selbst und anderen.

### 3.5. Gesundheitsverhalten

Das Gesundheitsverhalten der Probanden wurde für die vier Bereiche Nikotin-, Alkohol- und Kaffeekonsum, sowie sportliche Betätigung erfasst. Diese Angaben sollten Hinweise liefern auf das Gesundheitsbewusstsein der Testpersonen. Die erhobenen Daten finden sich in Tabelle 11 und zeigten nur für den Bereich der sportlichen Betätigung Unterschiede zwischen Nutzern und Nichtnutzern alternativmedizinischer Verfahren, wobei auch diese nicht signifikant waren

**Tabelle 11: Gesundheitsverhalten von Nutzern und Nichtnutzern alternativmedizinischer Verfahren**

	<b>Nutzer (n = 93)</b>	<b>Nichtnutzer (n = 258)</b>
<b>Rauchen</b>	16,1%	17,1%
<b>Alkohol</b> (täglich oder mehrmals pro Woche)	45,2%	45,1%
<b>Kaffee</b> (täglich oder mehrmals pro Woche)	89,2%	90,3%
<b>Sport</b> (täglich oder mehrmals pro Woche)	47,3%	38,9%

### 3.6. Lebenszufriedenheit

Das erste Modul der "Fragen zur Lebenszufriedenheit" behandelte die allgemeine Lebenszufriedenheit und das zweite die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit. Beide Module bestanden aus jeweils acht Fragen zur subjektiven Wichtigkeit von bestimmten Lebensumständen und zur Zufriedenheit mit diesen. Es wurde hier die gewichtete Zufriedenheit betrachtet, als Kombination von Wichtigkeit und Zufriedenheit, die sich für jeden Lebensbereich einzeln errechnen ließ und Werte von -12 bis +20 annehmen konnte. Die Summe der gewichteten Zufriedenheit aller Fragen eines Moduls ergab dessen Gesamtwert und beschrieb die Zufriedenheit mit dem entsprechenden Inhalt.

#### 3.6.1. Allgemeiner Teil

Bei den acht Bereichen des allgemeinen Teils handelte es sich um "Freunde und Bekannte", "Freizeitgestaltung und Hobbies", "Gesundheit", "Einkommen und finanzielle Sicherheit", "Beruf und Arbeit", "Wohnsituation", "Familienleben und Kinder" sowie "Partnerschaft und Sexualität". Eine abschließende Frage erfasste die allgemeine Zufriedenheit mit dem gesamten Leben. Die Daten für die Gesamtgruppe der Allergiker, für die Nutzer und Nichtnutzer von Alternativverfahren und für eine gesunde Referenzpopulation finden sich in Tabelle 12.

Hier fiel auf, dass die Gesamtgruppe der Allergiker eine deutlich höhere gewichtete Zufriedenheit für den allgemeinen Teil aufwies als die gesunde Referenzpopulation, mit einer Gesamtpunktzahl von 69,3 gegenüber 60,5. Die Anwender von Alternativverfahren wiesen mit 71,5 Punkten eine deutlich höhere allgemeine Lebenszufriedenheit auf, als die Nichtanwender. Dieser Unterschied war auf einer rein beschreibenden Ebene signifikant ( $p < 0,05$ ), auch für den Einzelbereich Partnerschaft und Sexualität mit 12,7 gegenüber 10,8 Punkten. Nach Korrektur für Alter, Geschlecht und Schulbildung bestätigte sich dieser Unterschied allerdings nicht.

**Tabelle 12: Lebenszufriedenheit – Allgemeiner Teil – Vergleich der Gesamtgruppe mit Nutzern und Nichtnutzern von Alternativverfahren sowie einer Referenzpopulation**

<b>Mittelwert (Standardabweichung)</b>	<b>Alle (n=350)</b>	<b>Nutzer(AV) (n=93)</b>	<b>Nicht- nutzer(AV) (n=257)</b>	<b>Referenz- population (n=2562)<sup>o</sup></b>
<b>Freunde / Bekannte</b>	8,2 (5,0)	8,9 (5,2)	8,0 (4,9)	8,1 (6,3)
<b>Freizeitgestaltung / Hobbies</b>	6,4 (5,5)	6,4 (5,5)	6,4 (5,6)	6,3 (6,3)
<b>Gesundheit</b>	6,8 (7,7)	7,5 (7,0)	6,5 (7,9)	8,1 (7,5)
<b>Einkommen / finanzielle Sicherheit</b>	6,9 (4,8)	6,2 (4,5)	7,1 (4,9)	6,5 (7,3)
<b>Beruf /Arbeit</b>	5,8 (5,4)	5,9 (5,2)	5,7 (5,5)	5,5 (7,3)
<b>Wohnsituation</b>	11,2 (5,2)	10,6 (5,6)	11,5 (5,0)	8,3 (6,4)
<b>Familienleben / Kinder</b>	12,7 (6,5)	13,4 (6,6)	12,5 (6,4)	9,8 (6,9)
<b>Partnerschaft / Sexualität</b>	11,3 (7,3)	12,7* (7,2)	10,8 (7,4)	7,9 (7,7)
<b>Gesamt</b>	69,3 (26,3)	71,5* (27,1)	68,5 (26,0)	60,5 (37,3)

<sup>o</sup> Quelle: Henrich 2000

\*  $p < 0,05$  gegenüber Nichtnutzer (nicht adjustiert)

### 3.6.2. Gesundheitsbezogener Teil

Bei den acht Bereichen des gesundheitsbezogenen Teils handelte es sich um "körperliche Leistungsfähigkeit", "Entspannungsfähigkeit und Ausgeglichenheit", "Energie und Lebensfreude", "Fortbewegungsfähigkeit", "Seh- und Hörvermögen", "Angstfreiheit", "Beschwerde- und Schmerzfreiheit" sowie "Unabhängigkeit von Hilfe und Pflege". Die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit wurde von den Allergikern deutlich geringer eingeschätzt als von einer gesunden Referenzpopulation, mit einem Gesamtwert von 68,2 Punkten gegenüber 74,4 Punkten. Wie schon im allgemeinen Teil, wiesen die Nutzer von Alternativverfahren ebenso für die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit eine höhere Gesamtzufriedenheit auf als die Nichtnutzer mit 71,6 Punkten gegenüber 67,0 Punkten. Ebenfalls für den Bereich Fortbewegungsfähigkeit mit 11,8 gegenüber 9,9 Punkten war dieser Unterschied auf einer rein beschreibenden Ebene signifikant ( $p < 0,05$ ). Allerdings bestätigte sich dieses Ergebnis nach Korrektur für Alter, Geschlecht und Schulbildung auch hier nicht. Die Daten für die Gesamtgruppe der Allergiker, die Nutzer und Nichtnutzer von Alternativverfahren und eine gesunde Referenzpopulation sind wiederum in der folgenden Tabelle 13 zusammengefasst.

**Tabelle 13: Lebenszufriedenheit – Gesundheitsbezogener Teil - Vergleich der Gesamtgruppe mit Nutzern und Nichtnutzern von Alternativverfahren sowie einer Referenzpopulation**

Mittelwert (Standardabweichung)	Alle (n=350)	Nutzer(AV) (n=93)	Nicht- nutzer(AV) (n=257)	Referenz- population (n=2562) <sup>o</sup>
<b>Körperliche Leistungsfähigkeit</b>	5,9 (5,5)	6,4 (4,8)	5,8 (5,8)	8,1 (7,0)
<b>Entspannungsfähigkeit Ausgeglichenheit</b>	5,2 (6,2)	4,9 (6,5)	5,3 (6,1)	7,4 (6,5)
<b>Energie / Lebensfreude</b>	7,8 (5,9)	8,6 (6,2)	7,4 (5,8)	9,1 (6,5)
<b>Fortbewegungsfähigkeit</b>	10,4 (7,0)	11,8* (6,4)	9,9 (7,2)	9,1 (7,0)
<b>Seh- und Hörvermögen</b>	9,3 (7,5)	10,4 (6,9)	8,9 (7,6)	11,0 (7,0)
<b>Angstfreiheit</b>	8,1 (6,2)	7,8 (6,5)	8,2 (6,2)	8,1 (6,7)
<b>Beschwerde- und Schmerzfreiheit</b>	6,9 (6,5)	6,9 (5,2)	6,9 (6,9)	9,1 (7,4)
<b>Unabhängigkeit von Hilfe und Pflege</b>	14,8 (5,4)	14,9 (4,8)	14,7 (5,6)	12,5 (6,7)
<b>Gesamt</b>	68,2 (31,7)	71,6* (29,2)	67,0 (32,6)	74,4 (41,5)

<sup>o</sup> Referenzpopulation aus Henrich 2000

\* p<0,05 gegenüber Nichtnutzer (nicht adjustiert)

### 3.7. Kontrollüberzeugung von Gesundheit und Krankheit

Mit dem "Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit" konnten durch insgesamt 21 Aussagen, zu denen der Proband jeweils das Maß seiner Zustimmung angeben konnte, die drei Kontrollüberzeugungen Internalität, soziale Externalität und fatalistische Externalität unterschieden werden. Die Ergebnisse der Einzelfragen konnten Punktwerte zwischen eins und sechs annehmen, wobei ein hoher Punktwert auch ein hohes Maß an Zustimmung zu der entsprechenden Aussage ausdrückte. Die sieben Aussagen zum Begriff Internalität, der die Überzeugung einer Selbstbestimmtheit bezüglich gesundheitliche Ereignisse beschreibt, und die Ergebnisse dieses Bereichs für die Gesamtgruppe der Allergiker, sowie die Anwender und Nichtanwender von Alternativverfahren finden sich in der folgenden Tabelle 14.

**Tabelle 14: Kontrollüberzeugung - Internalität**

<b>Internalität</b>	<b>Alle (n=349)<sup>+</sup></b>	<b>Nutzer(AV) (n=93)</b>	<b>Nicht- Nutzer(AV) (n=257)</b>
Wenn ich mich körperlich nicht wohl fühle, dann habe ich mir das selbst zuzuschreiben	3,4	3,3	3,4
Wenn bei mir Beschwerden auftreten, dann habe ich nicht genügend auf mich aufgepasst	3,7	3,6	3,8
Wenn ich auf mich achte, bekomme ich keine Beschwerden	3,5	3,6	3,5
Wenn ich genügend über mich weiß, kann ich mir bei Beschwerden selbst helfen	4,6	4,6	4,6
Wenn ich Beschwerden habe, weiß ich, dass ich mir selbst helfen kann	4,2	4,3	4,2
Es liegt an mir, wenn meine Beschwerden nachlassen	4,1	4,0	4,1
Es liegt an mir, mich vor Beschwerden zu schützen	4,4	4,3	4,4

<sup>+</sup> 1 Interview unvollständig

Soziale Externalität beschreibt die Annahme, die körperliche Verfassung werde hauptsächlich von dritten Personen beeinflusst, hier in erster Linie von im Gesundheitswesen tätige Personen. Auch zu diesem Bereich gab es sieben Aussagen, die ihn abdeckten.

**Tabelle 15: Kontrollüberzeugung – Soziale Externalität**

<b>Soziale Externalität</b>	<b>Alle (n=349)<sup>+</sup></b>	<b>Nutzer(AV) (n=93)</b>	<b>Nicht- Nutzer(AV) (n=257)</b>
Wenn ich Beschwerden habe, suche ich gewöhnlich einen Arzt auf	3,6	3,6	3,6
Wenn ich mich körperlich wohlfühle, dann verdanke ich dies vor allem den Ratschlägen und Hilfen anderer	2,6	2,4	2,7
Wenn ich Beschwerden habe, frage ich andere um Rat	3,3	3,2	3,3
Wenn bei mir Beschwerden auftreten, bitte ich einen Fachmann mir zu helfen	4,3	4,5	4,2
Wenn ich keinen guten Arzt habe, habe ich häufiger unter Beschwerden zu leiden	2,9	2,9	2,9
Ich kann Beschwerden vermeiden, indem ich mich von anderen beraten lasse	3,3	3,2	3,3
Wenn ich mich unwohl fühle, wissen andere am besten, was mir fehlt	2,2	2,1	2,2

<sup>+</sup> 1 Interview unvollständig

Fatalistische Externalität fasst die Idee eines durch Glück, Schicksal und Zufall bestimmten Gesundheitszustandes zusammen. Die sieben Aussagen zu diesem Bereich finden sich in der folgenden Tabelle 16. Im Fragebogen selbst wurden die Fragen vermischt und nicht nach Bereichen gegliedert.

**Tabelle 16: Kontrollüberzeugung – Fatalistische Externalität**

<b>Fatalistische Externalität</b>	<b>Alle (n=349)<sup>+</sup></b>	<b>Nutzer(AV) (n=93)</b>	<b>Nicht- Nutzer(AV) (n=257)</b>
Ob meine Beschwerden länger andauern, hängt vor allem vom Zufall ab	2,4	2,0	2,6
Körperliche Beschwerden lassen sich nicht beeinflussen: Wenn ich Pech habe, sind sie plötzlich da	3,6	3,4	3,7
Wenn es das Schicksal so will, dann bekomme ich körperliche Beschwerden	3,2	3,0	3,3
Ob es mir gut geht oder nicht, lässt sich nicht beeinflussen	2,9	2,6	3,0
Ob Beschwerden wieder verschwinden, hängt vor allem davon ab, ob ich Glück habe oder nicht	2,6	2,4	2,7
Ich verdanke es meinem Schicksal, wenn meine Beschwerden verschwinden	2,7	2,3	2,8
Ich bin der Meinung, dass Glück und Zufall eine große Rolle für mein körperliches Wohlbefinden spielen	3,4	3,2	3,5

<sup>+</sup> 1 Interview unvollständig

Um ein Maß für die Ausprägung der Kontrollüberzeugung in jedem Bereich zu erhalten, wurden die Ergebnisse der Einzelfragen summiert, so dass sich für jeden der drei Bereiche jeweils Werte von 7 bis 42 ergaben. Hohe Werte spiegelten eine hohe Kontrollüberzeugung für den entsprechenden Bereich wider. Die Gesamtergebnisse zur Kontrollüberzeugung finden sich in Tabelle 17.

**Tabelle 17: Kontrollüberzeugung zu Gesundheit und Krankheit**

	<b>Alle (n=349)<sup>+</sup></b>	<b>Nutzer (AV) (n=93)</b>	<b>Nichtnutzer (AV) (n=256)</b>	<b>Referenz- population (n=1512)<sup>°</sup></b>
<b>Internalität</b>	28,0	27,7	28,1	26,9
<b>Soziale Externalität</b>	22,1	21,8	22,3	22,2
<b>Fatalistische Externalität</b>	20,9	19,0	21,6*	19,7

<sup>+</sup> 1 Interview unvollständig

\*  $p < 0,005$ , adjustiert für Alter, Geschlecht und Schulbildung

<sup>°</sup> Quelle: Lohaus 1989

Die Gesamtgruppe der Allergiker unterschied sich in ihrer Kontrollüberzeugung nicht bedeutend von einer gesunden Referenzpopulation, zeigte nur tendenziell höhere Werte für den Bereich Internalität. Anwender und Nichtanwender von Alternativverfahren unterschieden sich hinsichtlich Internalität und sozialer Externalität nicht nennenswert voneinander. Für den Bereich der fatalistischen Externalität allerdings erreichten die Nichtanwender mit im Schnitt 21,6 Punkten signifikant höhere Werte als die Anwender mit 19,0 Punkten ( $p < 0,005$ ).

### 3.8. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde für fünf Lebensbereiche erfragt, wobei die Probanden jeweils angeben sollten, wie stark sie sich in dem genannten Bereich durch ihre Allergie eingeschränkt fühlten. Die genannten Bereiche waren "körperliches Wohlergehen", "psychisches Wohlergehen", "Umgang mit Partner, Familie und Freunden", "Arbeitsplatz" und "Freizeitgestaltung". Die Ergebnisse der Einzelfragen konnten Werte von 1 für "überhaupt nicht" bis 5 für "sehr stark" annehmen und finden sich in Tabelle 18 zusammengefasst.

**Tabelle 18: Gesundheitsbezogenen Lebensqualität**

	<b>Alle (n=349)<sup>+</sup></b>	<b>Nutzer (AV) (n=93)</b>	<b>Nichtnutzer (AV) (n=256)</b>	<b>p*</b>
<b>Körper</b>	2,25	2,47	2,17	0,010
<b>Psyche</b>	1,91	2,19	1,80	<0,001
<b>Freunde und Familie</b>	1,55	1,83	1,45	<0,001
<b>Beruf</b>	2,88	2,71	2,94	n.s.
<b>Freizeitaktivität</b>	2,04	2,44	1,90	<0,001
<b>Gesamt</b>	10,63	11,65	10,27	<0,001

<sup>+</sup> 1 Interview unvollständig

\* adjustiert für Alter, Geschlecht und Schulbildung

Anwender und Nichtanwender von Alternativverfahren unterschieden sich hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität deutlich voneinander, in dem Sinne, dass die Anwender eine stärkere subjektive Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität durch die Allergie berichteten. Das traf auf die gesamte Lebensqualität zu, sowie auf die Bereiche körperliches und psychisches Wohlergehen, Umgang mit Partner, Familie und Freunden und die subjektiven Beeinträchtigungen bei der Freizeitgestaltung. Einzig die Einschränkungen am Arbeitsplatz wurden von Nichtanwendern und Anwendern von Alternativverfahren in etwa gleich eingeschätzt. Diese Unterschiede blieben auch nach einer Korrektur für der Alters-, Geschlechts- und Bildungsunterschiede signifikant.

## 4. Diskussion

Alternativverfahren oder Komplementärmedizin sind längst keine Randerscheinungen mehr, die von den behandelnden Ärzten mehr oder weniger wohlwollend als belanglos übergangen werden können. Viele Patienten, vor allem diejenigen, die nicht den erwünschten Nutzen aus der schulmedizinischen Behandlung ziehen können, wenden sich der Alternativmedizin zu. Auf der einen Seite stehen manche Schulmediziner dieser Entwicklung sehr ignorant und unwissend gegenüber, auf der anderen Seite sind es teilweise aber gerade die schulmedizinisch behandelnden Ärzte, die auch alternativmedizinische Methoden anbieten, womit sich hier eine sehr spezielle Situation für Deutschland darstellt, die mit kaum einem anderen Land zu vergleichen ist. Gleichzeitig kommt aber auch der größte Widerstand gegen einen Teil der alternativen Verfahren aus der medizinischen Wissenschaft.

Gerade in einer Zeit, in der so viel über die wachsenden Kosten im Gesundheitssystem diskutiert wird, muss sich die Gesellschaft intensiv mit diesem Phänomen befassen, da viele Patienten gewillt sind, für einen möglichen Heilerfolg eine beträchtliche Summe aufzuwenden und nötigenfalls auch aus eigener Tasche zu finanzieren.

Gleichzeitig gibt es aber nur wenig objektive Information über die tatsächliche Wirksamkeit der Verfahren. Die alternativen Behandlungsmethoden stehen im Ruf natürlich und nebenwirkungsarm oder sogar nebenwirkungsfrei zu sein, aber nicht einmal darüber gibt es ausreichende Erkenntnisse. Die Therapeuten scheinen selbst meist keinerlei Nebenwirkungen zu erwarten oder zumindest klären sie ihre Patienten selten darüber auf. Möglicherweise unterziehen sich die Patienten also nicht nur einer nutzlosen Behandlung, sondern gefährden zusätzlich ihre Gesundheit. Tatsächlich berichteten aber viele der Probanden über sehr gute Heilerfolge durch die angewandten Verfahren. Diese Erfolge sind nicht unbedingt nur auf Placeboeffekte zurückzuführen. Möglicherweise wirken die Therapien also tatsächlich, oder die alternativmedizinisch behandelnden Therapeuten sind besser befähigt ihren Patienten eine Basis zu geben, die der Heilung zuträglich ist. In jedem Fall besteht aber großer Bedarf, sich kritisch mit der Alternativmedizin auseinanderzusetzen, ohne vorschnell Urteile zu fällen.

## 4.1. Übertragbarkeit der Studie

Die Ergebnisse dieser Studie sollten auf eine größere deutsche Population erwachsener Allergiker übertragbar sein, da als Probanden alle Personen ausgewählt wurden, die im Rahmen der KORA Studie, bei der eine repräsentative bevölkerungsbezogene Stichprobe untersucht wurde, als Allergiker identifiziert werden konnten. Auch die Antwortrate beim Telefoninterview war mit 76,3% gut, vor allem da ein Vergleich der Teilnehmer mit denjenigen Personen, die nicht zu einer Teilnahme bewegt werden konnten, keine Hinweise auf eine Selektion nach bestimmten Kriterien lieferte.

Darüber hinaus kannten alle Probanden das KORA Studienzentrum, von dem aus die Interviews geführt wurden, durch die vorangegangenen Studien. Durch die wiederholte Teilnahme bewiesen sie also ein gewisses Vertrauen in dieses Zentrum. Da es sich bei den vorherigen Studien um weitreichendere und umfassendere Untersuchungen gehandelt hatte, ist bei den Probanden keine Erwartungshaltung hinsichtlich bestimmter erwünschter Reaktionen anzunehmen, so dass ein Bias in diese Richtung nicht zu unterstellen ist.

Die Durchführung der Befragung in Form von Telefoninterviews (CATI) erschien als geeignete Methode, da davon ausgegangen werden konnte, dass dieses Vorgehen den meisten Probanden bekannt und die damit verbundenen Anforderungen, wie Entscheidungsfindung zur Teilnahme und Beantwortung der Fragen, nicht überraschend und zumutbar sein sollten, da sich telefonische Befragungen seit längerer Zeit unter anderem auch für kommerzielle Zwecke etabliert haben. Bei dieser Form der Befragung bestand auch die Möglichkeit, anders als bei schriftlichen Befragungen, gegebenenfalls auf Unklarheiten und Fragen der Probanden einzugehen und motivierend einzuwirken.

Im Vergleich zu einer persönlichen Befragung wurde der Aufwand für die Probanden als geringer eingestuft, da sie für die telefonische Befragung das Studienzentrum nicht aufsuchen mussten. Ein weiterer Vorteil des Telefoninterviews für die Qualität der erhobenen Daten lag in der zeitgleichen Befragung und Dateneingabe, da hierdurch mögliche Übertragungsfehler vermieden werden konnten und die Datenverfügbarkeit beschleunigt wurde.

Zudem gibt es Untersuchungen, die zeigen, dass die Art der Durchführung der Befragung keinen signifikanten Einfluss zumindest auf das Ergebnis von Lebensqualitätfragebögen (Weinberger 1996), sowie auf die Angaben zum Alkoholkonsum (Greenfield 2000) hat. Auch ein direkter Vergleich von Telefoninterviews mit persönlichen beziehungsweise schriftlichen Befragungen im Gesundheitsmonitoring erbrachte keine Unterschiede zwischen den Methoden (Meyer 2002).

Im Rahmen der telefonischen Befragung konnten Personen, die kein Telefon besitzen oder in einer Institution leben, nicht befragt werden. Die Interviews wurden ausschließlich auf deutsch durchgeführt, so dass Personen, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, auch nicht berücksichtigt werden konnten. Über die Erfahrung mit Alternativverfahren bei diesen Subgruppen, sowie bei Kindern können daher keine Aussagen gemacht werden.

## **4.2. Anwendungshäufigkeit der alternativen Verfahren**

Von den 351 erwachsenen Allergikern, die hier befragt wurden, hatten 26,5 Prozent alternative Heilmethoden zu irgendeinem Zeitpunkt im Verlaufe ihrer allergischen Erkrankung angewendet. Anders als in manchen Studien, die zum Beispiel nur die Prävalenz für das vorangegangene Jahr erfassen, wurde in dieser Studie keine Begrenzung gesetzt, in welchem Zeitraum das Alternativverfahren angewandt worden sein musste.

Deutschland gilt im internationalen Vergleich als eines der Länder mit einer besonders großen Bedeutung alternativer medizinischer Richtungen, möglicherweise als das Land mit der stärksten Verbreitung weltweit. Unter diesem Aspekt scheinen die hier gefundenen 26,5% eher sehr niedrig zu liegen und sie hinken auch deutlich hinter anderen Schätzungen der Anwendungshäufigkeit von Alternativverfahren in der Gesamtbevölkerung hinterher.

Für die USA gibt es Schätzungen mit Werten zwischen 34% (Eisenberg 1993) und 42% (Eisenberg 1998) und sogar bis zu 58% in einer einzelnen Studie (Burge 2002). Für

Australien wird mit bis zu 48% Anwendern gerechnet (MacLennan 1996) und für die Bevölkerung der Schweiz gibt es eine Schätzung von 41% (Sommer 1996).

Die im Vergleich zu diesen Untersuchungen niedrige Zahl von Anwendern in der hier vorgestellten Studie ist teilweise wohl darauf zurückzuführen, dass nur Alternativverfahren erfasst wurden, die zur Therapie der allergischen Erkrankung angewandt wurden, somit also nicht alle Erfahrungen, die das Studienkollektiv in diesem Bereich hatte. Der gewichtigere Grund liegt allerdings in den stark von einander abweichenden Definitionen und dem sehr divergenten Verständnis von Alternativmedizin, das in den verschiedenen Studien zum tragen kommt. Da der Schwerpunkt in dieser Studie auf explizit alternativmedizinisch therapeutischen Prozeduren lag, wurden sogenannte Hausmittel und geringfügige Begleittherapien von vornherein ausgeschlossen. Die Vergleichbarkeit verschiedener Studien ist dadurch sicherlich eingeschränkt. Besonders bei Studien, die eine sehr hohe Inanspruchnahme von Alternativverfahren aufweisen, lässt sich diese vielfach mit dem Einschluss von Hausmitteln, pflanzlichen Therapien und Nahrungsmittelergänzungen begründen. Bei einer Studie mit 49,7% Anwendern von Alternativtherapien sind beispielsweise fast die Hälfte der Anwendungen auf Diäten und Nahrungsmittelergänzungen zurückzuführen (Rafferty 2001). Auch in anderen Studien spielen sogenannte "life-style" Diäten (Astin 1998) und alternative Ernährungstherapien (Sommer 1996) eine wichtige Rolle. Besonders in amerikanischen Studien sind es oft Methoden, die nach deutschem Verständnis auch nicht zu den Alternativverfahren zählen, wie Chiropraktik, Massagen und Entspannungsverfahren (Burge 2002, Eisenberg 1993, Eisenberg 1998), die sich für die überwiegende Mehrheit aller alternativen Therapien verantwortlich zeigen.

Wenn man nur Untersuchungen zum Vergleich heranzieht, die sich mit dermatologischen beziehungsweise allergologischen Patienten befassen, sind die Ergebnisse ähnlich. Eine schon vor über 10 Jahren in der Schweiz an stationären Patienten während einer Klimatherapie durchgeführte Studie erfasst 37% Anwender von Alternativverfahren (Triebskorn 1989). Unter den ambulanten Patienten einer norwegischen Universitätsklinik waren es 46,5% (Jensen 1990) und einer schwedischen Klinik 35% (Berg 1998). In Großbritannien fanden sich 59% Anwender unter den Mitgliedern der "National Asthma Campaign" (Ernst 1998) und in Italien konnte eine Studie 28% der

ambulanten Patienten einer Hautklinik als Anwender von alternativen Therapien identifizieren (Senna 1999). Auch bei dermatologischen beziehungsweise allergologischen Patienten spielen zum Beispiel selbsttätig durchgeführten Ernährungsumstellungen in einigen Studien eine bedeutende Rolle (Jensen 1990, Berg 1998). In einer anderen Studien kommt der Anwendung von Kräutertees mit 28% aller Therapien eine große Bedeutung zu (Triebskorn 1989) und bei den Asthmatikern waren vor allem Atemtechniken sehr beliebt (Ernst 1998), die in der hier vorgelegten Studie auch nicht als explizite alternativmedizinische Therapie definiert waren. Weiterhin handelt es sich bei den meisten dieser Studien um Untersuchungen an Patienten großer, auf Allergien spezialisierter Kliniken, die vermutlich überdurchschnittlich schwere allergische Symptome aufweisen und aus diesem Grund auch häufiger alternative Therapien zumindest versuchen.

In diesem Zusammenhang ist auch der in dieser Studie gefundene, mit 6,5% eher geringe Anteil von Selbstanwendern zu betrachten. Anderen Untersuchungen gehen zum Beispiel von 39% reinen Selbstanwendern aus (Sommer 1996) oder berichten bei möglicherweise knapp 50% Nutzung von Alternativmedizin gleichzeitig nur 10,6% Therapeutenkonsultationen (Thomas 2001). Auch dies kann darauf zurückzuführen sein, dass in der hier vorgelegten Studie der Begriff der Alternativmedizin im Kontrast zu anderen Untersuchungen viel enger gefasst wurde und besonders die hier nicht berücksichtigten Hausmittel, Ernährungsumstellungen und Nahrungsergänzungen häufig als Selbsttherapie durchgeführt werden. Zum Vergleich hatten 7,8% der Bevölkerung von vier englischen Landkreisen (Counties) im Jahre 1997 einen alternativmedizinischen Therapeuten aufgesucht (Ong 2002) und auch in den USA war es mit 8,3% im Jahre 1996 ein ähnlich geringer Anteil der Bevölkerung (Druss 1999).

Unter den aufgeführten Aspekten bestätigt also auch die zunächst niedrig erscheinende Anwendungshäufigkeit von 26,5% der Allergiker ein großes Interesse an Alternativmedizin in der Bevölkerung. Auch die Annahme, dass Allergien unter den alternativmedizinisch therapierten Erkrankungen einen wichtigen Platz einnehmen, wird hierdurch gestützt.

### 4.3. Verbreitungsmuster der alternativen Verfahren

Eine große Übereinstimmung mit verschiedenen Studien findet sich zu den in der hier präsentierten Studie gefundenen Ergebnisse bezüglich der soziodemographischen Faktoren. So konnte gezeigt werden, dass vor allem jüngere Individuen alternative Verfahren ausprobiert hatten, was übereinstimmt mit den Ergebnissen einer Studie aus der Schweiz, bei der das Durchschnittsalter der Anwender 26 Jahre betrug (Triebskorn 1998), mit den Ergebnisse von Studien aus Amerika und Australien, die die weiteste Verbreitung von Alternativverfahren in den Altersgruppen von 25-49 Jahren (Eisenberg 1996) beziehungsweise 15-34 Jahren (MacLennan 1996) fanden.

Die in dieser Studie gefundene vermehrte Anwendung durch Personen mit überdurchschnittlichem Bildungsstand fand sich in ähnlicher Weise auch in amerikanischen Studien. Ein Vergleich von Personen mit Collegeausbildung gegenüber Personen ohne College zeigte 44% gegenüber 27% (Eisenberg 1996) beziehungsweise 55% gegenüber 40% (Rafferty 2002) Anwender von Alternativverfahren, und auch in Großbritannien waren es mehrheitlich Vertreter der höheren sozialen Schichten, die Alternativverfahren anwendeten (Ernst 2000(c)).

Auch die verstärkte Anwendung durch Frauen, die in den USA mit 54% (Rafferty 2002), in Italien mit 76% (Senna 1999) und in zwei verschiedenen Studien aus Großbritannien mit 56% (Ong 2002) beziehungsweise 60% (Ernst 2000(c)) aller Anwender angegeben wurde, konnte bestätigt werden.

In einer italienischen Studie unter allergischen Patienten konnten ähnliche Ergebnisse gefunden werden. So fanden sich hier 76% Frauen unter den Anwendern und die weitaus größte Verbreitung von Alternativverfahren fand sich unter den 16-40 jährigen (Senna 1999).

Die Annahme, dass Anwender von Alternativverfahren häufig schwerer krank sind als die Nichtanwender (Hentschel 1996), lässt sich an den Ergebnissen dieser Studie nicht beurteilen, da keine Schweregradparameter zur allergischen Erkrankung erhoben wurden. Ein Hinweis könnte allerdings sein, dass die Anwender im Schnitt eine sieben Jahre längere Krankheitsdauer aufwiesen als Nichtanwender. Auch in einer norwegischen

Studie zeigte sich eine signifikant längere Krankheitsdauer bei den Nutzern von Alternativverfahren (Berg 1998).

In der Anzahl der allergiebedingten, stationären Krankenhausaufenthalte zeigten sich keine Unterschiede zwischen Anwendern und Nichtanwendern von Alternativverfahren, allerdings waren die Anwender zu einem größeren Anteil in schulmedizinischer Behandlung, als das die Nichtanwender waren, ein Ergebnis das für alle Allergieformen gleichermaßen zu finden war. Auch schon in einer amerikanischen Untersuchung konnten ähnliche Ergebnisse gefunden werden. Allerdings blieb auch hier ungeklärt, ob es sich dabei möglicherweise um einen kausalen Zusammenhang handelte, in dem Sinne, dass die Anwendung von Alternativtherapien als direkte Folge einer höheren Zahl an Arztbesuchen entstand, oder ob ein gesteigertes Bedürfnis nach medizinischer Behandlung, wie es bei zumindest subjektiv beeinträchtigtem Wohlbefinden zu finden sein könnte, eine höhere Anzahl an Therapeutenbesuchen, sowohl für konventionelle als auch für alternative Therapien, verursachte (Druss 1999).

Auch die subjektiv berichtete Einschränkung der Lebensqualität war für die Anwender für viele Bereiche des Lebens weitaus stärker als für die Kontrollgruppe. Eine andere Studie aus England konnte diesen Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und Nutzung von Alternativverfahren auch aufdecken (Ong 2002). Ohne objektive Befunde zur Erkrankung lässt sich eine Korrelation zur Krankheitsschwere zwar nicht nachweisen, aber sie ist sicherlich vorstellbar. Und es ist wohl auch nicht unlogisch, die deutlich eingeschränkte Lebensqualität als Motivation anzunehmen, verschiedene Therapien auszuprobieren.

Motivationen und Beweggründe alternative Methoden auszuprobieren gibt es viele. Die hauptsächlich in dieser Studie angegebenen Gründe zur Nutzung von alternativen Verfahren lassen sich in wenigen Punkten zusammenfassen. An erste Stelle war hier die Annahme zu nennen, dass Alternativmedizin weniger Nebenwirkungen habe und natürlicher sei. Weiter spielten der Wunsch alles auszuprobieren sowie unbefriedigende Ergebnisse schulmedizinischer Therapien eine wichtige Rolle. Der angenommene Mangel an Nebenwirkungen stimmte mit den Ergebnissen einer Studie an italienischen Allergikern überein (Senna 1999) und der Wunsch alles auszuprobieren, wurde in einer

Untersuchung an schwedischen Allergikern in ähnlicher Weise gefunden (Berg 1998). Der unzureichende Erfolg schulmedizinischer Behandlungen war auch für dermatologische Patienten in Schweden ein wichtiger Grund (Jensen 1990). Trotz des geringen Erfolgs, spielt die Enttäuschung von der Schulmedizin nur für wenige Personen eine Rolle bei der Entscheidung für ein Alternativverfahren. Dies steht im gewissen Gegensatz zu den Ergebnissen einer britischen Studie (Abbot 1997), in der als hauptsächlicher Grund für die Entscheidung für die Alternativmedizin gefunden wurde, dass die Patienten enttäuscht waren von der Schulmedizin. Ganz anders präsentierte sich die Situation in einer australischen Studie, in der gezeigt werden konnte, dass die Zufriedenheit mit der Schulmedizin sehr hoch war (Donnelly 1985). Und wenn auch die Allergiker hier nicht enttäuscht waren von der Schulmedizin, so zeigte sich dennoch eine weitaus geringere Einschätzung der Schulmedizin als unter den Nichtnutzern von Alternativverfahren. Wie auch schon für britische und schwedische Nutzer von Alternativverfahren gezeigt werden konnte (Ernst 2000(c); Berg 1998), spielt in der Entscheidung für ein bestimmtes Verfahren auch das persönliche Vertrauen des Anwenders eine entscheidende Rolle.

#### **4.4. Psychosoziale Charakteristika der Anwender**

Ein erstaunliches Ergebnis war die in dieser Studie gefundene hohe allgemeine Lebenszufriedenheit der Gesamtgruppe der Allergiker im Vergleich zu einer gesunden Referenzpopulation. Die Studienpopulation wies für alle Bereiche, mit Ausnahme der Gesundheit, eine höhere Zufriedenheit auf. Das könnte darauf hinweisen, dass Allergien sich nur auf das gesundheitliche Befinden, nicht aber auf die Zufriedenheit mit anderen Lebensbereichen auswirken. Darüber hinaus wurde auch schon berichtet, dass Allergien besonders stark in sozial und wirtschaftlich stärkeren Gesellschaftsschichten vertreten sind. Das konnte sowohl gezeigt werden für die Sensibilisierung Erwachsener auf Aeroallergene (Schäfer 2001), für die Prävalenz von Asthma bei Kindern in Italien (Forastiere 1997), für die Prävalenz von Heuschnupfen bei Kindern in Großbritannien (Taylor 1983), als auch für die Prävalenz des atopischen Ekzems in Deutschland (Schäfer

1996, Heinrich 1998) und Großbritannien (Williams 1994). Das könnte die höhere allgemeine Lebenszufriedenheit unter den Allergikern erklären.

Im Gegensatz dazu war die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit in der Gesamtgruppe der Allergiker deutlich niedriger als in einer gesunden Referenzpopulation, und zwar sowohl für den Gesamtwert, als auch für die meisten Einzelaspekte. Das stützt die These, dass Allergien sehr wohl einen gravierenden Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit zeigen, der mit denen anderer chronischer Erkrankungen vergleichbar ist. Dies konnte bereits sowohl für Heuschnupfen und Asthma (Juniper 1997) als auch für Urtikaria (ODonnell 1997) gezeigt werden.

Die Unterschiede bezüglich allgemeiner und gesundheitsbezogener Lebenszufriedenheit zwischen den Gruppen der Anwender und der Nichtanwender von Alternativverfahren waren nach Korrektur der Werte nicht mehr signifikant. Das deutet darauf hin, dass die höhere Zufriedenheit der Anwender für die Bereiche Partnerschaft und Sexualität sowie Mobilität in einer Beziehung zum niedrigeren Alter und zur höheren Schulbildung stehen, da diese Parameter signifikante Unterschiede für Anwender und Nichtanwender aufweisen.

Für die Kontrollüberzeugung zu Gesundheit und Krankheit zeigten sich keine besonderen Unterschiede zwischen den Testpersonen und einer gesunden Referenzpopulation, nur tendenziell konnten höhere Werte der Allergiker für den Bereich Internalität festgestellt werden. Eine schwedische Studie, die ebenfalls Kontrollüberzeugung zu Gesundheit und Krankheit erfasste, konnte auch zwischen den Anwendern und Nichtanwendern keine Unterschiede ermitteln (Berg 1998). In der hier präsentierten Studie zeigte sich allerdings eine deutlich geringer ausgeprägte fatalistische Externalität unter den Anwendern von Alternativverfahren. Diese hängen also weniger einem Glauben an, dass die eigene Gesundheit in erster Linie durch Zufall oder Schicksal bestimmt wird. Dieser Befund wird gestützt von einer britischen Studie, die den Anwendern verschiedener alternativmedizinischer Methoden ein starkes Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten ihre Gesundheit zu beeinflussen zuspricht (Furnham 1994). Diese Einstellung könnte ursächlich dafür sein, dass diese Patienten offener und aktiver auf verschiedene therapeutische Ansätze zur Behandlung ihrer Erkrankung zugehen. Wobei in einer

nachfolgenden Studie auch betont wurde, dass es sich bei den Anwendern von Alternativverfahren nicht um eine homogenen Gruppe handelt und sehr große Unterschiede hinsichtlich der Gesundheitseinstellung und dem Glauben an die eigenen Einflussmöglichkeiten bestehen (Furnham 1995).

Bezüglich des Gesundheitsverhaltens unterschieden sich Anwender und Nichtanwender kaum voneinander, anders als bei einer australischen Untersuchung, die den Anwendern ein ausgeprägt gesundheitsbewusstes Verhalten zusprach (MacLennan 1996). Einzig die sportliche Betätigung hatte für die Anwender mehr Gewicht, was mit anderen Untersuchungen unter dermatologischen Patienten übereinstimmt (Berg 1998).

Etwa 1/5 der Anwender berichtete zwar über eine Veränderung von Einstellungen, meist gegenüber der eigenen Person oder Erkrankung, die durch die alternative Therapie verursacht worden sei, im allgemeinen scheint die Anwendung von alternativen Therapien aber dennoch nicht zu einer grundlegend andere Weltanschauung zu führen und im Umkehrschluss auch nicht durch eine solche bedingt zu sein. Die speziell von manchen Ärzten immer wieder geäußerte Behauptung, das Alternativmedizin ein Feld für Esoteriker sei, ist also nicht gerechtfertigt.

#### **4.5. Besonderheiten der angewandten Verfahren**

Eine Vielzahl unterschiedlicher alternativmedizinischer Methoden werden für die Behandlung von Allergien angepriesen und auch angewendet (Dorsch 1996; Ziment 2000), darunter verschiedene Phytotherapeutika, homöopathische Mittel, Aromatherapie und viele mehr. In der hier vorgelegten Studie machten dennoch nur die vier Verfahren Homöopathie, Akupunktur, Bioresonanz und Eigenbluttherapie die überwiegende Mehrheit aller Behandlungen aus. Wie bereits oben ausgeführt, ist die geringe Anzahl verschiedener Verfahren teilweise bedingt durch die eng gefasste Definition von Alternativmedizin, die viele andernorts erfasste Methoden von vornherein ausschloss, dennoch wäre möglicherweise eine größere Varianz zu erwarten gewesen.

Zwei der in dieser Studie bedeutenden Verfahren, nämlich die Akupunktur und die Homöopathie, sind allgemein bekannt und werden auf der ganzen Welt durchgeführt.

Über den Einsatz beider Therapien wird aus Australien berichtet (Donnelly 1985) und aus verschiedenen europäischen Ländern, unter anderem auch in der Therapie von Allergien (Jensen 1990, Berg 1998). Vor allem die Homöopathie, aber in etwas geringerem Maße auch die Akupunktur, erfreuen sich auch unter der europäischen Normalbevölkerung großer Beliebtheit (Sommer 1996, Abbot 1997).

Allein in Deutschland waren im Jahre 2000 bei der Bundes-Ärzttekammer 4490 Ärzte mit der Zusatzbezeichnung "Homöopathie" registriert, im Vergleich zu etwa 2400 noch im Jahre 1994. Akupunktur wird nach Schätzung der Deutschen Ärztegesellschaft für Akupunktur, der größten Organisation der Akupunkturverbände, von 20000 bis 30000 Ärzten zumindest gelegentlich angewendet (Marstedt 2002). Diese Zahlen spiegeln sicherlich das gestiegene Patienteninteresse an diesen beiden Methoden wider, gleichzeitig erklärt ein so großes Angebot aber auch den hohen Anteil von Homöopathie und Akupunktur an allen alternativen Verfahren, weil diese beiden für viele Patienten dann eben auch ohne gesteigerten Aufwand verfügbar sind.

In Amerika stellt sich die Situation etwas anders da. Sowohl in Kanada als auch in den USA kommen in der Allgemeinbevölkerung Homöopathie und auch Akupunktur nur untergeordnete Bedeutung zu (McFarland 2002). Unter Allergikern ist es allerdings doch so, dass neben den allgemein verbreiteten Methoden auch in Amerika verstärkt Akupunktur und Homöopathie zum Einsatz kommen (Ziment 2000).

Die beiden anderen Verfahren, Eigenbluttherapie und Bioresonanz, machten zwar in dieser Studie zusammen etwa 38% aller beanspruchten alternativmedizinischer Verfahren aus, allerdings scheint es sich dabei um eine regionale Besonderheit zu handeln.

Für den Einsatz der Bioresonanz sowohl als Diagnose- als auch als Therapiemethode bei Allergien wird zumindest in Mitteleuropa seit einigen Jahren intensiv geworben, dennoch kommt ihr in den meisten Untersuchungen keinerlei Bedeutung zu. Basis der Bioresonanz ist das Postulat, dass der Mensch ein ultrafeines Schwingungsspektrum abstrahle, das mit konventionellen Methoden nicht mehr nachweisbar sei. Es gäbe "gute" oder bei Krankheiten auch "schlechte" beziehungsweise "dysharmonische" Schwingungen. Diese würden im Bioresonanzgerät erkannt und dann invertiert, wodurch die für die "pathologischen" Wellen verantwortliche Krankheit eliminiert würde. Die

Bioresonanzgeräte sind sehr teuer, so dass sich eine Anschaffung durch regelmäßige Verwendung bezahlt machen muss (Pichler 1996).

Bei der Eigenbluttherapie, die seit mehreren Jahrzehnten beschrieben wird, entnimmt der Therapeut dem Patienten zuerst eine relativ kleine Menge venöses Blut, die im zweiten Schritt wieder zugeführt wird (Pittler 2003). Meistens wird das Blut dem Patienten intramuskulär gespritzt, allerdings gibt es hier eine große Variabilität an Verfahren. So kann das Blut auch oral verabreicht werden und vorher zum Beispiel mit Bestrahlung oder Ozon behandelt oder mit homöopathischen Mitteln versetzt werden. Auch Eigenbluttherapie wird in einigen europäischen Ländern zur Behandlung von Allergien eingesetzt, allerdings kommt auch ihr in den meisten Untersuchungen keine große Bedeutung zu. Nur eine Schweizer Studie fand ebenfalls einen bedeutenden Anteil dieser Behandlung und auch hier gab es sehr deutliche Unterschiede in ihrer Durchführung (Tribskorn 1989).

#### **4.6. Durchführungsmodus der Alternativverfahren**

Über 60% der hier erfassten alternativmedizinischen Behandlungen wurde von einem Arzt durchgeführt und nur etwa halb so viele von einem Heilpraktiker. Diese hohe Akzeptanz der alternativen Verfahren durch die schulmedizinisch therapierenden Ärzte ist eine wichtige Erkenntnis. Nicht nur, dass viele Schulmediziner auch die alternative Methode durchführten, sondern auch von den restlichen Ärzten, die über die durchgeführte alternativmedizinische Behandlung informiert wurden, übte keiner Kritik an dieser Handlungsweise und die Mehrheit hatte ihre Patienten sogar an den alternativen Therapeuten empfohlen oder befürwortete diese Therapie zumindest. Die schon im vornherein erwartete Akzeptanz mag auch der Grund dafür sein, dass so viele Ärzte, nämlich 86%, von ihren Patienten überhaupt über die durchgeführte alternative Therapie informiert wurden. In allen anderen Studien war dieser Anteil weitaus geringer und bewegte sich zwischen 28% (Eisenberg 1993) und 48% (Senna 1999).

Diese Erkenntnisse stehen natürlich mit der Erfahrung im Einklang, dass die Akzeptanz von Alternativverfahren unter Ärzten in den letzten Jahren stetig zugenommen hat, vor

allem junge Ärzte einigen dieser Therapien sehr positiv gegenüberstehen (Easthope 2000) und alternativmedizinische Zusatzausbildungen sehr populär geworden sind (Zollman 1999).

Die Situation, wie sie sich in Deutschland darstellt, scheint dennoch ein Sonderfall zu sein. In Großbritannien werden alternativmedizinische Therapien mehrheitlich von nichtärztlichen Therapeuten angeboten, auch wenn das Interesse unter den Ärzten zunimmt (Zollman 1999) und in den USA scheint es auch kaum Ärzte zu geben, die Alternativverfahren empfehlen oder gar durchführen (Druss 1999). In der Schweiz ist der Anteil an alternativem Verfahren, die durch Mediziner durchgeführt werden, zwar auch nicht sehr hoch, aber die Mehrheit der Ärzte empfiehlt oder befürwortet diese Methoden (Sommer 1996). Eine Studie aus Norwegen konnte zeigen, dass ein Teil der Ärzte Akupunktur und Homöopathie zur Behandlung des atopischen Ekzems empfiehlt (Jensen 1990). Nur in Frankreich sind es mehrheitlich Schulmediziner, die auch alternative Verfahren anwenden.

In diesem Zusammenhang muss allerdings auch erwähnt werden, dass die Situation in verschiedenen Ländern nicht ohne weiteres verglichen werden kann, da die Gesetzgebung hinsichtlich der Ausübung von Heilberufen sich von Land zu Land sehr deutlich unterscheiden kann. So gibt es in den meisten europäischen Ländern eine strikte Reglementierung, die eine Heiltätigkeit fast ausschließlich den Ärzten vorbehält. Beispielsweise dürfen in Belgien, Finnland, Frankreich, Spanien, Italien und Griechenland ausschließlich approbierte Ärzte medizinisch-therapeutisch tätig sein, in Dänemark gilt Akupunktur als chirurgischer Eingriff, da die Haut durchstoßen wird, so dass diese Methode wiederum Ärzten vorbehalten bleibt, während beispielsweise in Großbritannien kaum eine Reglementierung nicht-medizinischer Heilberufe besteht (Fisher 1994, Aldridge 1998).

Sowohl Großbritannien als auch Deutschland gelten als tolerant gegenüber alternativen Heilmethoden und deren Vertretern. Dennoch unterscheiden sich auch diese beiden Länder deutlich in Bezug auf ihre Organisation der verschiedenen Heilberufe. Bei dem in Deutschland bekannten Beruf des Heilpraktikers, der ohne ein Studium der Medizin in weiten Bereichen therapeutisch tätig sein kann, handelt es sich um eine deutsche

Besonderheit, die in keinem Land ein exaktes Korrelat findet. Das Heilpraktikersystem wurde 1939 eingeführt und berechtigt jeden, der die staatliche Prüfung zu medizinischem Basiswissen bestanden und sich registrieren lassen hat, als Heilpraktiker tätig zu werden. Explizit untersagt sind dem Heilpraktiker Geburtshilfe, Zahnheilkunde und Behandlung venerologischer Erkrankungen. In Großbritannien hat sich erst in den letzten Jahren eine staatliche Registrierung einzelner Sparten der Alternativmedizin etabliert, so beispielsweise für Osteopathie und Chiropraktik. Ansonsten unterliegen die nicht-medizinischen Heilberufe keiner speziellen Reglementierung, sondern nur den allgemein gültigen Gesetzen (Fisher 1994).

Dennoch waren es auch in dieser Studie vor allem Mediziner, die alternativmedizinisch therapierten, und diese Praxis widerspricht zumindest der von anderen Autoren geäußerten Befürchtung einer Unterversorgung der Patienten durch mangelnde ärztliche Betreuung (Senna 1999). Natürlich steht diese Praxis auch im Einklang mit der Erkenntnis, dass die Anwender alternativer Therapien weder von der Schulmedizin noch von ihren behandelnden Ärzten enttäuscht waren, so dass es nachvollziehbar erscheint, dass nicht neue Therapeuten aufgesucht wurden, sondern nur neue Therapien bei den schon bislang behandelnden Ärzten versucht wurden.

Gerade weil es sich aber zu einem großen Teil um Ärzte handelt, die alternative Therapien durchführten, ist es um so erschreckender, dass den Patientenangaben zufolge eine Aufklärung, vor allem über mögliche Nebenwirkungen und Risiken, kaum stattfindet. In dieser Studie konnten sich nur 56,8% beziehungsweise 49,4% der Befragten an eine Aufklärung zu Nebenwirkungen beziehungsweise Risiken erinnern. Andererseits war die Mehrheit der Probanden mit der Menge der dargebotener Auskunft zufrieden. Es sollte dabei auch nicht vergessen werden, dass subjektiv irrelevante Information im allgemeinen schnell vergessen wird und die Alternativtherapie darüber hinaus in vielen Fällen bereits Jahre oder Jahrzehnte vor der Befragung durchgeführt worden war.

#### 4.7. Wirksamkeit der Alternativverfahren

Die subjektive Wirksamkeit wurde mehrheitlich sehr positiv eingeschätzt, so bewerteten 28,6% der Anwender das alternative Verfahren als sehr gut und 53,8% als eher gut. Ähnlich hoch waren die Ergebnisse noch für eine amerikanische Studie, in der 83% der Testpersonen die Therapie oder zumindest einen Teil davon als hilfreich bezeichneten (Rafferty 2001). Das sind bessere Bewertungen als von italienischen Allergikern vergeben wurde, die mit einem Anteil von 32% das alternative Verfahren als gut oder exzellent bewerteten und mit einem Anteil von 28% als mäßig gut (Senna 1999), oder von deutschen Allergikern, die das alternative Verfahren zu 65% als gut oder gut mit Einschränkungen bewerteten (Triebskorn 1989). In einer schwedischen Studie schätzte sogar die Mehrheit das alternative Verfahren als schlecht ein. Von den untersuchten Ekzempatienten berichtete 60% über die Homöopathie und 58% über die Akupunktur, dass diese Methode keine Wirkung oder sogar eine Verschlimmerung der Erkrankung zur Folge gehabt habe (Jensen 1990).

Die hohe Zufriedenheit mit den alternativen Therapien, die in dieser Untersuchung gezeigt werden konnte, wird gestützt von der berichteten Besserung spezifischer Symptome und dem bei einigen Probanden gemindertem Medikamentenbedarf.

Dennoch besteht hier ein teilweise deutlicher Gegensatz zu den Ergebnissen von klinischen Studien, die sich mit der Wirksamkeit von alternativen Therapien befassen. Der insgesamt geringen Verbreitung der Therapien entsprechend, gibt es auch nur wenige Untersuchungen zur Eigenbluttherapie und zur Bioresonanz.

Die einzige doppelblinde, randomisierte Studie an Allergikern, die sich mit Eigenbluttherapie befasst, untersuchte die Wirksamkeit an Patienten mit atopischem Ekzem und kam zu dem Schluss, dass es Hinweise auf eine Wirksamkeit der Therapie gibt (Pittler 2003). Eine weitere klinische Studie untersuchte die Wirkung der Eigenbluttherapie an Patienten mit Spondylitis und konnte keinerlei positiven Effekt nachweisen (Schirmer 2000). Manche Autoren gehen sogar soweit, die Eigenbluttherapie als schlichtweg unseriös zu bezeichnen (Dorsch 1997).

Die Bioresonanztherapie wurde im Rahmen von klinischen Studien auf Wirksamkeit bei Heuschnupfen (Kofler 1996) und atopischem Ekzem (Schöni 1997) getestet. Für beide

Indikationen konnte nicht gezeigt werden, dass die Bioresonanz bessere Wirkung entfaltet als ein Placebo.

Die beiden Methoden Homöopathie und Akupunktur werden bereits seit vielen Jahren durchgeführt und finden starke Verbreitung. Für beide Therapien gibt es Studien zur Wirksamkeit bei verschiedensten Beschwerden, unter anderem sind auch randomisierte doppelblinde Studien darunter. Für einen Einsatz der Homöopathie in der Therapie des atopischen Ekzems gibt es nicht genügend Hinweise auf die Wirksamkeit, um diesen zu befürworten (Hoare 2000). Die Ergebnisse zur Therapie bei allergischem Asthma und Heuschnupfen widersprechen sich teilweise deutlich. Eine britische Studie zur Wirksamkeit von Homöopathie bei Heuschnupfen zeigt eine deutliche Überlegenheit gegenüber Placebo, gemessen an subjektiv berichteten Symptomen (Taylor 2000). In einer älteren Übersichtsarbeit wird dieser positive Effekt der homöopathischen Therapie bei Asthma und Heuschnupfen bestätigt (Wiesenauer 1985). Auf der anderen Seite gibt es aber neuere Arbeiten, die eher wieder Zweifel an der Wirksamkeit der Homöopathie aufkommen lassen, da es bislang nicht genug Daten aus klinischen Studien gibt und die verschiedenen Methoden der Durchführung der homöopathischen Therapie zu wenig dokumentiert sind (Linde 2003(a)), oder mögliche positive Wirkungen gleich auf einen reinen Placeboeffekt zurückgeführt werden (Ziment 2000). Eine Reviewarbeit, die wiederum Reviews von 1997 bis 2002 untersuchte, kam zu dem Ergebnis, dass die klinischen Ergebnisse der Homöopathie bestenfalls gering sind und diese Methode deshalb nicht empfohlen werden kann (Ernst 2002). Mit der Akupunktur als Allergietherapie verhält es sich ähnlich. Es gibt Studien die einen positiven Effekt auf den Symptomenkomplex des Heuschnupfens beschreiben (Hauswald 1998), andererseits kommen Reviewarbeiten aus den letzten Jahren zu dem Schluss, dass aus den bislang verfügbaren Ergebnissen aus klinischen Studien keine klare Aussage zur Wirksamkeit der Akupunktur in der Therapie von Allergien getroffen werden kann. Es gibt bislang noch zu wenig klinische Studien, die oft auch nur von geringer Qualität sind (Ziment 2000), und darüber hinaus wird die Akupunktur auf zu viele verschiedenen Arten und Weisen durchgeführt (Linde 2003(b)), so dass mit einer endgültigen Beurteilung dieser Therapien gewartet werden muss, bis eindeutigere Ergebnisse vorliegen.

## 4.8. Wirtschaftliche Aspekte

Wie bereits erwähnt, erwerben immer mehr Ärzte Zusatzqualifikationen und Kenntnisse im Bereich der Alternativmedizin. Ob es sich bei den Beweggründen der alternativmedizinisch therapierenden Ärzte mehr um die Antwort auf Nachfragen von Patienten oder um medizinische oder wirtschaftliche Gründe handelt (Happle 1998), ist an dieser Stelle nicht zu beurteilen. Ein Grund ist sicher die zunehmende Akzeptanz vor allem junger Mediziner gegenüber einzelnen Alternativverfahren und der vermehrte Wunsch, sie selbst zu erlernen und durchzuführen, was sowohl für Deutschland (Marstedt 2002) als auch für Australien (Easthope 2000) nachgewiesen werden konnte. Der finanzielle Aspekt für die Therapeuten ist aber sicher auch nicht zu unterschätzen, wenn sie durch ihr Zusatzangebot Patienten gewinnen können, die ihnen sonst verloren gingen.

Die bislang verfügbaren Daten zu Kosten alternativer Behandlungsmethoden in Deutschland sind eher dürftig. Ein Teil der Kosten wird von den Krankenkassen übernommen, die Angabe von exakten Zahlen ist hier allerdings nicht möglich, weil beispielsweise die Belege nicht gesondert nach schulmedizinischen und alternativen Leistungen ausgewertet werden. Eine Hochrechnung aus dem Jahre 1995 ermittelte eine Erstattung von 400 Millionen DM (etwa 200 Millionen EUR) für alternative, ärztliche Behandlungsmethoden durch die gesetzlichen Krankenkassen. Eine Untersuchung mit Zahlen einer bundesweit offenen Betriebskrankenkasse mit stark naturheilkundlich geprägtem öffentlichen Image kam sogar auf Kosten von 4,3 Milliarden DM (etwa 2,2 Milliarden EUR) hochgerechnet auf alle gesetzlichen Krankenkassen. Die Ausgaben der privaten Krankenversicherung werden mit weiteren 4 Milliarden DM (etwa 2 Milliarden EUR) beziffert (Marstedt 2002). Diese Zahlen beziehen sich natürlich auf die Gesamtbevölkerung, nicht speziell auf Allergiker und berücksichtigen noch keinerlei privat erstattete Gesundheitsleistungen für Ärzte, Heilpraktiker oder Medikamente, so dass die Gesamtausgaben noch weit höher liegen dürften. Auch aus anderen Ländern liegen Schätzungen vor, die sich in den USA auf 13,7 Milliarden US Dollar (Eisenberg 1993) belaufen, in Großbritannien auf 1,6 Milliarden Pfund (Ernst 2000(c)) und in Australien auf 930 Millionen australischen Dollar (MacLennan 1996), wobei diese Zahlen durch Befragung von Anwendern erhoben wurden. Auch in der hier vorgelegten Studie wurden

die Probanden zu den Kosten der angewandten Verfahren befragt. Es ergaben sich durchschnittlichen Kosten einer Einzelbehandlung von 41 EUR und 205 EUR für die Gesamtbehandlung, woraus sich über 850 Millionen EUR jährliche Gesamtausgaben für Alternativverfahren zur Behandlung von Allergien hochrechnen ließen, wenn man von einer Prävalenz für Allergien von 20% ausgeht und von 26,5% Nutzern alternativer Verfahren. Natürlich können auch diese Zahlen nur eine grobe Schätzung darstellen, da sich auch vor allem Probanden deren Versicherung zumindest einen Teil der Kosten übernahm, nur sehr ungenau an die Preise der Therapien erinnern konnten. Dennoch drängt sich der dringende Verdacht auf, dass die finanziellen Aufwendungen für alternative Therapien noch weit höher liegen als bislang angenommen. Sie könnten sogar noch weiter steigen, wenn die Nachfrage und die Zahlungsbereitschaft weiterhin so hoch bleiben, denn in diese Studie konnte auch gezeigt werden, dass über die Hälfte der Anwender von Alternativverfahren (55,4%) bereit wäre, sogar noch mehr Geld für den erreichten Erfolg auszugeben. Unabhängig vom alternativen Verfahren wären die Allergiker dieser Studie bereit, für eine vollständige Heilung eine Einmalzahlung von bis zu 1534 EUR zu leisten.

Hier liegt natürlich großes gesellschaftliches Konfliktpotential, wenn alternative Therapien nur noch von zahlungskräftigen Bevölkerungsschichten in Anspruch genommen werden können. Eine vollständige Erstattung auch durch alle gesetzlichen Krankenkassen wiederum führt möglicherweise zu einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen, die zur Zeit sicher nicht finanzierbar wäre. Eine Erstattung durch die Krankenkassen ist nämlich ein sehr stark fördernder Faktor der Inanspruchnahme, wie in einer amerikanischen Studie gezeigt werden konnte (Wolsko 2002) und in einer Schweizer Untersuchung kam es zu einem Anstieg der Krankenkassenausgaben, nachdem versuchsweise alternative Therapien in den regulären Leistungskatalog aufgenommen wurden (Sommer 1998). Gerade die Vertreter alternativer Behandlungsrichtungen behaupten aber, dass die Gesundheitskosten sogar im Gegenteil gesenkt werden könnten. Auch die Ergebnisse dieser Studie stützen in gewisser Weise diese These, da es sich zeigte, dass viele Patienten zumindest für die Dauer der alternativen Behandlung, zum Teil aber auch sehr viel länger, auf konventionelle Therapien verzichten konnten und ihren schulmedizinisch behandelnden Arzt nicht

aufsuchen mussten. Bislang ist die Erstattung alternativmedizinischer Verfahren sehr uneinheitlich geregelt, aber es werden doch einige Methoden schon mindestens teilweise von den Krankenkassen bezahlt. Die Frage ob eine generelle Erstattung eher zu einer Steigerung oder zu einer Senkung der Gesundheitskosten führt, kann sicher aus dem vorhandenen Zahlenmaterial noch nicht verlässlich geklärt werden. Man wird hier auf die Ergebnisse verschiedener Modellvorhaben der Krankenkassen mit versuchsweiser Aufnahme einzelner Methoden in den Leistungskatalog, wie sie in den letzten Jahren angelaufen sind, warten müssen.

#### **4.9. Gesundheitspolitische Ausblicke**

Es konnte in dieser Studie gezeigt werden, dass Alternativverfahren von beachtlicher Bedeutung in der Behandlung von Allergien sind und sich insgesamt großer Beliebtheit erfreuen. Dennoch beschäftigen sich Schulmedizin und Forschung immer noch nur wenig mit ihnen und es gibt weiterhin keinen Konsens darüber, wie gesellschaftlich und gesundheitspolitisch mit Alternativmedizin und deren Vertretern umzugehen ist.

Der Gesetzgeber schreibt im Sozialgesetzbuch V §70, der sich mit der Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen befasst, fest, dass „die Krankenkassen und die Leistungserbringer eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten“ zu gewährleisten haben und die „Versorgung der Versicherten ausreichend und zweckmäßig sein muss, das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf und in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden muss“.

Gerade die Frage, in wie weit alternative Therapien dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, führt zu Uneinigkeiten zwischen den Vertretern der Schulmedizin und der Alternativmedizin. So wird von vielen Schulmedizinern der Begriff Alternativmedizin im Sinne eines Ausschlusses von naturwissenschaftlich fundierten Methoden verstanden, wobei ein Gegensatz zwischen „künstlich, technisch“ und „natürlich“ konstruiert wird, was wiederum eine Ablehnung dieser Verfahren fördert (Marktl 1998). Ein Bedarf an anderen als den standardmäßig von der Schulmedizin

angebotenen Therapien ist aber offensichtlich vorhanden, gleichzeitig zeigt sich allerdings auch, dass die Anwender zwar mit ihrem Gesundheitszustand und den Erfolgen der Schulmedizin unzufrieden sind, aber keinesfalls ihre Vertreter und Methoden ablehnen. Manche Vertreter der Alternativmedizin lehnen aber auch eine Evaluierung und wissenschaftliche Prüfung ab, mit der Begründung, dass sie ungeeignet und überflüssig für ihre Methoden seien. Es werden auch differenziertere Meinungen vorgetragen, die Wirksamkeitsprüfungen eher kritisch sehen, da offensichtlich subjektive Erfolge der Alternativverfahren vorhanden sind und eine Entlarvung dieser Methoden als unwirksam von mehr Schaden als Nutzen für den Patienten wäre, weshalb solche Verfahren, die keine ernstzunehmenden Risiken bergen, unabhängig von klinischen Studien zur Verfügung gestellt werden sollten, auch wenn es sich nur um einen Placeboeffekt handeln sollte, von dem die Patienten profitieren (Vickers 2000).

Die einzige Möglichkeit alternative Therapien zu bewerten, liegt aber in der wissenschaftlichen Kontrolle der Wirksamkeit der eingesetzten therapeutischen Methoden. Als Goldstandard zur Überprüfung therapeutischer Methoden gelten in der Schulmedizin randomisierte kontrollierte Studien. Dieses Design sollte sicherlich auch auf alternative Therapien angewendet werden, sofern es in den einzelnen Situationen umsetzbar ist. Der unreflektierte Einsatz von randomisierten Studien birgt nämlich auch Gefahren, wenn zum Beispiel für eine Methode wie Akupunktur, die höchst unterschiedlich praktiziert wird, in verschiedenen Studien unterschiedliche Ergebnisse zur Wirksamkeit erbracht werden, müssten die untersuchte Behandlungsstrategien repräsentativ für die Akupunkturbehandlung bei der untersuchten Erkrankung sein, um tatsächlich eine Aussage über die Wirksamkeit in der Praxis fällen zu können. Standardbehandlungen scheint es aber nicht zu geben, so dass die Studien oft an der Wirklichkeit vorbei gehen und nicht ein in der Praxis relevantes Vorgehen repräsentieren (Linde 1997). Möglicherweise dienen diese Studien teilweise auch nur dazu, die vorgefertigte Meinung der meist schulmedizinisch orientierten Untersucher zu bestätigen.

Voraussetzung für eine effiziente Beurteilung dieser Methoden sind also der verstärkte Einbezug von erfahrenen Praktikern und die Schaffung von kompetenten Forschungsinfrastrukturen. Ein solches Vorgehen ist nicht nur eine Maßnahme der

Qualitätssicherung, sondern kann darüber hinaus auch dazu dienen, die Kluft zwischen Schulmedizin und Alternativmedizin zu überbrücken.

Nur mit Hilfe einer ausreichenden Menge an verlässlichen Information zur Wirksamkeit und den möglichen Risiken einzelner alternativer Therapien, können auch einheitliche Richtlinien für Therapeuten und Versicherungen gegeben werden. Gerade im Zuge der sich rasch entwickelnden „evidence-based medicine“ werden Leitlinien für das ärztliche Handeln zur Qualitätssicherung in der Medizin immer wichtiger, mit weitreichenden Konsequenzen für die ärztliche Aus- und Fortbildung, Rechtsprechung und auch für die Beurteilung von Gesundheitsleistungen durch Krankenkassen. Es sollte aber nicht erwartet werden, dass einige wenige Studien das kompensieren könnten, wofür in der schulmedizinischen Forschung viele Jahre und große Mengen an Geld gebraucht wurden. Die Evaluation der Alternativmedizin kann also nur schrittweise und das auch nur bei angemessener Bereitstellung von Mitteln erfolgen.

Auch gerade weil sich gezeigt hat, dass die Anwender alternativer Verfahren mehrheitlich jung und gebildet sind, sollte ihnen die Möglichkeit gegeben werden, sich sachlich über die verschiedenen Methoden zu informieren. Auch die beträchtliche finanzielle Belastung für den Einzelnen und die Gesellschaft darf hier nicht außer Acht gelassen werden und auf keinen Fall sollten ideologische Gründe dazu führen, dass alternative Therapien erstattet oder nicht erstattet werden.

Selbst wenn den alternativen Methoden ein objektiver Wirksamkeitsnachweis nicht gelingen sollte, wäre das Phänomen damit noch nicht beseitigt und die subjektiv empfundenen Erfolge blieben bestehen. Es könnte also auch die Schulmedizin hier etwas lernen, zum Umgang mit dem Patienten und zu den (in diesem Falle rein unspezifischen) Effekten der Alternativmedizin, die sie für sich selbst nutzen könnte. Zum Wohle des Patienten sollten also Schulmedizin und Alternativmedizin gemeinsam eine Strukturqualität definieren und sichern. Nur ein Umdenken in diesem Bereich kann zu einer sinnvollen Reglementierung und Organisation führen, so dass weder rückhaltlose Zustimmung noch Ablehnung gefragt sind, sondern kritische Aufmerksamkeit.

## 5. Zusammenfassung

Alle Allergiker aus der KORA Allergiestudie mit ärztlich diagnostiziertem Heuschnupfen, allergischem Asthma, atopischem Ekzem oder Eigenangaben zu Nahrungsmittelallergien wurden in einer bevölkerungsbezogenen Fall-Kontroll-Studie mittels computergestützter Telefoninterviews zur allergischen Erkrankung und zur Nutzung von schulmedizinischer und alternativmedizinischer Behandlung befragt. Es wurden die Verbreitung alternativmedizinischer Verfahren unter Allergikern untersucht. Zusätzlich wurden Informationen erfasst zu den Determinanten einer Inanspruchnahme, außerdem zu den Kosten und der Zahlungsbereitschaft und zur individuellen Einstellung der Schulmedizin und der Alternativmedizin gegenüber. Darüber hinaus wurden Angaben zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität erhoben und standardisierte Instrumente zur Lebenszufriedenheit und zur Kontrollüberzeugung von Gesundheit und Krankheit eingesetzt.

Insgesamt konnten 351 Personen befragt werden, was einer Antwortrate von 76,3% entspricht. Von diesen teilnehmenden Personen litten 219 an allergischer Rhinitis, 87 an allergischem Asthma, 33 an atopischem Ekzem und 208 an Nahrungsmittelallergien. Der Altersmedian betrug 46 Jahre, 60,1% der Befragten waren weiblich und 71,8% der Gesamtgruppe hatten schulmedizinische Therapie wegen ihrer Allergie erhalten.

In der hier vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass 26,6% der deutschen, erwachsenen Allergiker Erfahrung mit alternativen Therapien zur Behandlung ihrer Allergie aufweisen.

Die Anwender von Alternativverfahren waren signifikant jünger und hatten eine bessere Schulbildung. Fast alle Nutzer von Alternativmethoden hatten auch schulmedizinische Behandlung beansprucht, gegenüber 63,6% der Nichtnutzer. Der Erfolg der schulmedizinischen Behandlung wurde von den Nutzern signifikant niedriger eingeschätzt als von den Nichtnutzern ( $p < 0,01$ ).

Die Mehrheit (86,2%) informierte ihren Arzt über das durchgeführte Alternativverfahren. Die meisten Ärzte reagierten positiv auf diese Mitteilung, 22,6% hatten die alternative Behandlung empfohlen und 64,5% führten sie sogar selbst durch. Auch als wichtigste

Informationsquelle bezüglich des Alternativverfahrens wurde der behandelnde Arzt in 40,2% der Fälle genannt. An zweiter Stelle standen Familie und Freunde; den Medien und Heilpraktikern kam nur eine untergeordnete Bedeutung zu.

Als hauptsächliche Motivation, sich der Alternativmedizin zuzuwenden, kam die Überzeugung zum Ausdruck, dass Alternativmedizin natürlicher sei und weniger Nebenwirkungen habe. Auch der Wunsch, alles zu versuchen sowie unbefriedigende Erfolge der Schulmedizin spielten hier eine große Rolle. Nur eine Minderheit war von der Schulmedizin oder dem behandelnden Arzt enttäuscht.

Nur vier Methoden, Homöopathie mit 35,3%, Eigenbluttherapie mit 28,1%, Akupunktur mit 16,6% und Bioresonanz mit 10,0%, machten die überwiegende Mehrheit aller angewandten Alternativverfahren aus. Im Mittel wurde die Therapie drei Monate lang durchgeführt und zwar in fast  $\frac{2}{3}$  der Fälle von einem Arzt. Die durchschnittlichen Kosten für eine Einzelbehandlung beliefen sich auf 41 EUR mit deutlichen Unterschieden zwischen den Methoden. Über die Hälfte der Testpersonen wäre aber auch bereit, noch mehr zu zahlen. Insgesamt war die Zufriedenheit mit dem Alternativverfahren sehr hoch, mit einem Urteil von sehr gut oder gut bei  $\frac{3}{4}$  der Probanden. Eine Veränderung ihrer Einstellung der Alternativmedizin gegenüber berichteten 42,3% und 20,7% berichteten auch über eine Einstellungsveränderung in anderen Lebensbereichen.

Ein Vergleich von Anwendern und Nichtanwendern zeigt, dass die Anwender mehr Sport treiben, sonst aber kein stärkeres Gesundheitsbewusstsein an den Tag legen. In der allgemeinen und gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit unterscheiden sich Anwender und Nichtanwender nach Korrektur für wichtige Störfaktoren nicht signifikant. Allerdings berichteten die Anwender von einer weitaus stärkeren Beeinträchtigung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Nichtanwender wiederum zeigten für die Kontrollüberzeugung zu Gesundheit und Krankheit deutlich höhere Werte für fatalistische Externalität.

Die Anwendung von Alternativverfahren ist also unter Allergikern weit verbreitet. Diese Praxis ist mit hohen Kosten und möglichen Problemen verbunden. Anwender sind meist jung und gebildet und unterscheiden sich hinsichtlich psychosozialer Charakteristika von Allergikern ohne Erfahrung mit Alternativmedizin.

## 6. Literaturverzeichnis

- Abbot NC, Ernst E. Patients Opinions about Complementary Medicine. *Forsch Komplementärmed* 1997;4:164-168
- Aldridge D. Europe looks at complementary medicine. *BMJ* 1998; 299:1121-1122
- Altmeyer P, Bacharach-Buhles M. Springer – Enzyklopädie Dermatologie, Allergologie, Umweltmedizin. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York 2002
- Augustin M, Zschocke I, Lange S, Seidenglanz K, Amon U. Lebensqualität bei Hauterkrankungen: Vergleich verschiedener Lebensqualitätsfragebögen bei Psoriasis und atopischer Dermatitis. *Hautarzt* 1999;10:715-722
- Berg M, Arnetz B. Characteristics of users and nonusers of alternative medicine in dermatologic patients attending a university hospital clinic: a short report. *J Alternat Compl Med* 1998;4:277-9.
- Bielory L. Complementary medicine for the allergist. *Allergy Asthma Proc* 2001;22:33-7.
- Böthig S. WHO MONICA Project: objectives and design. *Int J Epidemiol* 1989;18:29-37.
- Bühning M, Kemper FH (Hrsg.). Naturheilverfahren und unkonventionelle medizinische Richtungen. Springer-Loseblatt-Systeme, 3 Bände. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York 2000
- Burge S, Albright T. Use of Complementary and Alternative Medicine Among Family Practice Patients in South Texas. *Am J Public Health* 2002;92(10):1614.1616
- Coca A, Cooke R. On the classification of the phenomena of hypersensitiveness. *J Immunol* 1923;8:163-182.
- Coombs R, Gell P (1976). The classification of allergic reactions underlying disease. In: Gell P, Coombs R. *Clinical aspects of immunology*; S.317. Davis Philadelphia
- ODonnell B, Lawlor F, Simpson J, Morgan M, Greaves M. The impact of chronic urticaria on the quality of life. *Br J Dermatol* 1997;136:197-201.

- Donnelly W, Spykerboer J, Thong Y. Are patients who use alternative medicine dissatisfied with orthodox medicine? *Med J Aust* 1985;142:539-41.
- Dorsch W. Alternative Heilmethoden in der Allergologie? *Allergo J* 1996;5:388-93.
- Druss BG, Rosenheck RA. Association between use of unconventional therapies and conventional services. *JAMA* 1999;282:651-656
- Easthope G, Tranter B, Gill G,. General practitioners' attitudes towards complementary therapies. *Soc Sci Med* 2000;51:1555-1561
- Eisenberg D, Davis R, Ettner S, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, Kessler R. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998;280:1569-75.
- Eisenberg D, Kessler R, Foster C, Norlock F, Calkins D, Delbanco T. Unconventional medicine in the United States. *N Engl J Med* 1993;328:246-52.
- Ernst E. Complementary therapies for Asthma: what patients use. *J Asthma* 1998;35:667-671
- Ernst E. The role of complementary and alternative medicine *BMJ* 2000(a);321:1133-5
- Ernst E. The usage of complementary therapies by dermatological patients: a systematic review. *Br J Dermatol* 2000(b);142:857-61
- Ernst E. A systematic review of systematic reviews of homeopathy. *Br J Clin Pharmacol* 2002;54:577-582
- Ernst E, Resch K, Mills S. Complementary medicine – a definition. *Br J Gen Pract* 1995;45:506
- Ernst E, White A. The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complement Ther Med* 2000(c);8:32-6.
- Finlay A. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *Br J Dermatol* 1997;136:305-14.
- Fisher P, Ward A. Complementary medicine in Europe. *BMJ* 1994;309:107-11

- Forastiere F, Agabiti N, Corbo GM, Dell'Orco V, Porta D, Pistelli R, Levenstein S, Perucci CA. Socioeconomic status, number of siblings, and respiratory infections in early life as determinants of atopy in children. *Epidemiology*. 1997 Sep;8(5):566-70
- Furnham A, Forey J. The attitudes, behaviors and beliefs of patients of conventional vs. complementary (alternative) medicine. *J Clin Psychol* 1994;50(3):458-469
- Furnham A, Vincent C, Wood R. The health beliefs and behaviors of three groups of complementary medicine and a general practice group of patients. *J Altern Complement Med* 1995;1:347-59.
- Giesecke B, Nagl H. DAIMON – Rechnergestützte Fragebogenentwicklung und Interviewführung. Dokumentation. GSF – Bericht 03/2001.
- Greenfield T, Midanik L, Rogers J. Effects of Telephone versus face-to-face interview modes on reports of alcohol consumption. *Addiction* 2000;95 (2):277-284
- Happle R. The essence of alternative medicine. A dermatologist's view from Germany. *Arch Dermatol* 1998;134:1455-60.
- Hauswald B. Akupunktur bei allergischer Rhinitis. *Z Allg Med* 1998;74:45-46
- Heinrich J, Popescu M, Wjst M, Goldstein I, Wichmann HE. Atopy in children and parental social class. *Am J Public Health* 1998;88:1319-1324
- Henrich G, Herschbach P. Questions on life satisfaction (FLZ<sup>M</sup>) - a short questionnaire for assessing subjective quality of life. *EJPA* 2000;16:150-9.
- Hentschel C, Kohnen R, Hauser G, Lindner M, Ernst E, Hahn EG. Entscheidungen zur Komplementärmedizin: sachorientiert oder irrational. *Dtsch Med Wochenschr* 1996;121:1553-1560
- Hoare C, Li Wan Po A, Williams H. Systematic review of treatments for atopic eczema. Southampton: National Coordinating Centre for HTA, 2000. *Health Technology Assessment*; vol 4).
- Illiev D, Furrer L, Elsner P. Zur Einschätzung der Lebensqualität von Patienten in der Dermatologie. *Hautarzt* 1998;6:453-456

- Jensen P. Alternative therapy for atopic dermatitis and psoriasis: patient-reported motivation, information source and effect. *Acta Derm Venereol* (Stockh) 1990;70:425-8.
- Jung E, Moll I. *Dermatologie* 5. Auflage Georg Thieme Verlag 2002.
- Juniper E. Quality of life in adults and children with asthma and rhinitis. *Allergy* 1997;52:971-7.
- Keil U, Liese A, Hense W, Filipiak B, Döring A, Stieber J, Löwel H. Classical risk factors and their impact on incident non-fatal and fatal myocardial infarction and all-cause mortality in southern Germany. Results from the MONICA Augsburg cohort study 1984-1992. Monitoring trends and determinants in cardiovascular diseases. *Eur Heart J* 1998;19:1197-207
- Kofler H, Ulmer H, Mechtler E, Falk M, Fritsch P. Bioresonanz bei Pollinosis. Eine vergleichende Untersuchung zur diagnostischen und therapeutischen Wertigkeit. *Allergologie* 1996;3:114-22.
- Linde K, Jobst K. Homeopathy for chronic asthma (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2003(a). Oxford: Update Software
- Linde K, Jobst K, Panton J. Acupuncture for chronic asthma (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2003(b). Oxford: Update Software
- Linde K, Melchart D, Weidenhammer W. Randomisierte klinische Studien in der Komplementärmedizin – mehr Schaden als Nutzen? *Forsch Komplementärmed* 1997;4:169-173.
- Lohaus A, Schmitt G. Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Göttingen: Hogrefe, 1989
- MacLennan A, Wilson D, Taylor A. Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. *Lancet* 1996;347:569-73.
- Marktl W. Gedanken zum Begriff Komplementärmedizin. *Forsch Komplementärmed* 1998;5:265.

- Marstedt G, Moebus S. Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Heft 9 August 2002, Verlag Robert-Koch-Institut Berlin
- Meyer N, Fischer R, Weitkunat R, Crispin A, Schotten K, Bellach B, Überla K. Evaluation des Gesundheitsmonitoring in Bayern mit computer-assistierten Telefoninterviews (CATI) durch den Vergleich mit dem Bundesgesundheitsurvey 1998 des Robert-Koch-Instituts. *Gesundheitswesen* 2002;64(6):329-336
- Ong C, Peterson S, Bodeker G, Stewart–Brown S. Health Status of People Using Complementary and Alternative Medical Practitioner Services in 4 English Counties. *Am J Public Health* 2002;92(10):1653-1656
- Pichler WJ, Bircher A, Dayer JM, Guterson H, Spertini F, Thürlimann W, Weck AL, Varonier H, Wüthrich B. Allergologie und Alternativmedizin –Stellungnahme zu paramedizinischen Verfahren bei allergischen Erkrankungen. *Umweltmed Forsch Prax* 1996;1(1):43-46
- Pittler MH, Armstrong NC, Cox A, Collier PM, Hart A. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of autologous blood therapy for atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2003;148:307-313
- Pschyrembel Wörterbuch Naturheilkunde und alternative Heilverfahren mit Homöopathie, Psychotherapie und Ernährungsmedizin, 2. Auflage. Berlin Walter de Gruyter Verlag 2000
- Rafferty A, McGee H, Miller C, Reyes M. Prevalence of Complementary and Alternative Medicine Use: State-specific Estimates from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Am J Public Health* 2002;92(10):1598-1600
- Ring J. Angewandte Allergologie 3. Auflage. München MMV Medizin Verlag 2004
- Ruzicka T, Ring J, Przybilla. Handbook of atopic ekzema. Springer Verlag Berlin Heidelberg 1991.
- Schäfer T, Ring J. Epidemiology of allergic disease. *Allergy* 1997;52 (suppl. 38):14-22.

- Schäfer T, Ruhdorfer S, Weigl L, Wessner D, Heinrich J, Wichmann HE, Ring J. School education and allergic sensitization in adults. *Allergy* 2001;56:1206-1210
- Schäfer T, Vieluf D, Behrendt H, Krämer U, Ring J. Atopic eczema and other manifestations of atopy: results of a study in East and West Germany. *Allergy* 1996;51:532-9.
- Schirmer K, Fritz M, Jäckel W. Wirksamkeit von Formica rufa und Eigenblut - Injektionen bei Patienten mit ankylosierender Spondylitis: eine doppelblinde, randomisierte Studie. *Z Rheumatol* 2000;59:321-9.
- Schöni M, Nikolaizik W, Schöni-Affolter F. Efficacy trial of bioresonance in children with atopic dermatitis. *Int Arch Allergy Immunol* 1997;112:238-46.
- Senna G, Passalacqua G, Crivellaro M, Bonadonna P, Gani F, Dorizzi R, Dama A, Canonica G, Lombardi C. Unconventional medicine: a risk of undertreatment of allergic patients. *Allergy* 1999;54:1114-23.
- Sommer JH, Bürgi M, Theiss R. Verbreitungsmuster alternativer Heilmethoden in der Schweiz—Eine empirische Untersuchung. *Forsch Komplementärmed* 1996;3:289-99
- Taylor B, Wadsworth J, Golding J, Butelr N. Breast feeding, eczema, asthma and hay fever. *J Epidemiol Commun Health* 1983;37:95-9
- Taylor M, Reilly D, Llewellyn-Jones R, McSharry C, Aitchison T. Randomised controlled trial of homoeopathy versus placebo in perennial allergic rhinitis with overview of four trial series. *BMJ* 2000;321:471-6.
- Thomas K, Carr J, Westlake L, Williams B. Use of non-orthodox and conventional health care in Great Britain. *BMJ* 1991;302:207-10.
- Triebskorn A, Drosner M. "Alternativ-medizinische" Behandlungsmethoden in der Beurteilung von Allergikern und chronisch Hautkranken. *H+G Zeitschrift für Hautkrankheiten* 1989;64:487-94.
- Vickers A. Why Aromatherapy works (even if it doesn't) and why we need less research. *Br J Gen Pract* 2000;50:444-5.

- Wahn U, Wichmann HE. Spezialbericht Allergien: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Statistisches Bundesamt. Metzler-Poeschel Stuttgart 2000:1-147.
- Wallston K, Wallston B, DeVellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Educ Monogr* 1978;6:160-70.
- Weinberger M, Oddone EZ, Samsa GP, Landsman PB. Are health related quality of life measures affected by the mode of administration? *J Clin Epidemiol* 1996;49:135-140
- Weißbuch Allergie in Deutschland. Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI), Ärzteverband Deutscher Allergologen (ÄDA), Deutsche Akademie für Allergologie und Umweltmedizin (Hrsg.). Urban und Vogel Medien und Medizin Verlagsgesellschaft München 2004.
- Wiesenauer M, Lütke R. A Meta – Analyses of the Homeopathic treatment of Pollinosis with *Galphimia glanca* . *Forsch Komplementärmed* 1996;3:230-234.
- Williams H, Strachan DP, Hay RJ. Childhood eczema: disease of the advantaged? *Br J Dermatol* 1994;308:1132-1135
- Wolsko PM, Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Phillips RS. Insurance coverage, medical conditions, and visits to alterantive medicine providers: results of a national survey. *Arch Intern Med* 2002; 162 (3):281-287
- Ziment I, Tashkin D. Alternative medicine for allergy and asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2000;106:603-14.
- Zollman C, Vickers A. Users and practitioners of complementary medicine. *BMJ* 1999;319:836-838

## 7. Abkürzungsverzeichnis

CATI	Computer assisted telephone interview
ECRHS	European Community Respiratory Health Survey
FLZ	Fragen zur Lebenszufriedenheit
GSF	Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit
IgE	Immunglobulin E
ISAAC	International Study of Asthma and Allergies in Childhood
KI	Konfidenzintervall
KKG	Fragebogen zur Kontrollüberzeugung von Krankheit und Gesundheit
KORA	Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg
MHLC	Multidimensional Health Locus of Control
MONICA	MONitoring of trends and determinants of CARDiovascular disease
NHP	Nottingham Health Profile (gesundheitsbezogener Lebensqualitätfragebogen)
n.s.	nicht signifikant
OR	Odds ratio
SF 36	Short form 36 (Lebensqualitätfragebogen 36 Punkte umfassend)
SPSS	Statistical Software Package for the Social Science
WHO	World Health Organization

## 8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einschluss der Studienteilnehmer .....	25
Abbildung 2: Schulmedizinische Behandlung nach Fachrichtungen.....	31
Abbildung 3: Subjektiver Erfolg der schulmedizinischen Behandlung .....	35
Abbildung 4: Subjektiver Erfolg der schulmedizinischen Behandlung für Nutzer und Nichtnutzer von Alternativverfahren .....	36
Abbildung 5: Anteile angewandter alternativmedizinischer Verfahren.....	39
Abbildung 6: Subjektiver Erfolg der alternativen Behandlung.....	43

## 9. Publikationsliste

### Originalarbeiten

T Schäfer, A Riehle, HE Wichmann, J Ring: Alternative medicine and allergies – Prevalence, patterns of use and costs. *Allergy* 2002;75:694-700

T Schäfer, A Riehle, HE Wichmann, J Ring. Alternative medicine and allergies: Life satisfaction, Health locus of control and Quality of Life. *J Psychosom Res* 2003;55:543-6

### Kurzbericht

A Riehle, J Ring, HE Wichmann, T Schäfer: Alternativmedizin und Allergien: Lebenszufriedenheit, Kontrollüberzeugung zu Gesundheit und Krankheit und Lebensqualität. *Allergo J* 2002;11:447-51

### Abstracts

T Schäfer, A Riehle, J Ring: Inanspruchnahme von Alternativverfahren bei Allergikern. *DAE 2001 proc.* A9-10

A Riehle, J Ring, HE Wichmann, T Schäfer: Alternativverfahren und Allergien: Analyse psychosozialer Parameter. *Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie* 2002;33:123

## 10. Anhang

Auf den folgenden Seiten wurden alle Fragen der verwendeten Fragebögen im Originaltext wiedergegeben.

# Fragebogen

## *Einleitung*

Grüß Gott Herr/ Frau \_\_\_\_\_ mein Name ist \_\_\_\_\_, ich rufe an vom KORA Studienzentrum in Augsburg.

Sie haben bereits vor etwa zwei Jahren an unserer Untersuchungen teilgenommen. Da wir derzeit eine telefonische Nachbefragung zum Thema „Allergien“ durchführen und Sie damals angegeben haben unter \_\_\_\_\_ (*Einsetzen der Diagnose*) zu leiden, möchte ich Sie jetzt herzlich bitten, mir noch einige Fragen dazu zu beantworten.

Die Teilnahme an dieser Befragung ist wiederum freiwillig und ich kann Ihnen versichern, daß Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und auch nur in anonymisierter Form ausgewertet werden.

Deshalb wäre ich Ihnen sehr dankbar für Ihre Teilnahme.

## *Allgemeiner Teil*

### Angaben zur Erkrankung

*Diagnose bestätigen lassen:*

Ist es richtig, daß Sie unter \_\_\_\_\_ leiden?

- allergische Rhinokonjunktivitis (Heuschnupfen)
- allergisches Asthma
- atopisches Ekzem (Neurodermitis)
- Nahrungsmittelallergie

#### 1. Dauer der Erkrankung

Vor wievielen Jahren traten das erste mal Symptome der Allergie auf?

Vor \_\_\_\_\_ Jahren

#### 2. Waren Sie wegen Ihrer Allergie in schulmedizinischer/herkömmlicher Behandlung?

- Ja
- Nein (→weiter zu 13.)

#### 3. Wer hat Sie behandelt? Falls Sie bei verschiedenen Ärzten waren, wer hat Sie hauptsächlich behandelt?

- Hausarzt(Allgemeinarzt)
- Hautarzt
- anderer Facharzt, nämlich \_\_\_\_\_
- andere: \_\_\_\_\_

4. Wann haben Sie sich das erste Mal wegen Ihrer Allergie in schulmedizinische Behandlung begeben?  
*Monate oder Jahre angeben, wenn mehr als 12 Monate, dann Jahre angeben*  
*Achtung: vergleiche Dauer der Erkrankung und der Behandlung*  
Vor \_\_\_\_\_ Monaten  
Vor \_\_\_\_\_ Jahren
5. Sind Sie auch derzeit in schulmedizinischer Behandlung wegen Ihrer Allergie?  
 Ja (→ weiter zu 7.)                       Nein
6. Wann haben Sie die Behandlung beendet?  
*Monate oder Jahre angeben, wenn mehr als 12 Monate, dann Jahre angeben*  
Vor \_\_\_\_\_ Monaten  
Vor \_\_\_\_\_ Jahren
7. Haben Sie die schulmedizinische Behandlung irgendwann einmal längerfristig, d.h. mehr als ein Jahr lang unterbrochen?  
 Ja                       Nein (→ weiter zu 8.)
- 7.1 Für wieviele Jahre haben Sie die schulmedizinische Behandlung unterbrochen?  
Für \_\_\_\_\_ Jahre
8. Wie lange wurden Sie insgesamt behandelt?  
*Monate oder Jahre angeben, wenn mehr als 12 Monate, dann Jahre angeben*  
\_\_\_\_\_ Monate  
\_\_\_\_\_ Jahre
9. Wie oft haben Sie in dieser Zeit Ihren behandelnden Arzt durchschnittlich aufgesucht?  
(z.B. 1x im Monat, 3x im Jahr)  
*Pro Monat oder pro Jahr angeben, wenn mehr als 12mal pro Jahr, dann pro Monat angeben*  
\_\_ x im Monat    \_\_ x im Jahr
10. Waren Sie wegen Ihrer Allergie bereits stationär im Krankenhaus?  
 Ja, einmal                       Ja, mehrmals                       Nein
11. Wie wurden Sie behandelt?  
**Ekzem**  
 Pflegende Cremes/Salben  
 Ölbäder  
 Teerhaltige Cremes/Salben  
 Cortisonhaltige Cremes/Salben  
 Juckreizlindernde Tabletten/Spritzen: \_\_\_\_\_  
 (UV) Lichtbehandlung  
 Hypo-, Desensibilisierung  
 Klimatherapie (Meer, Gebirge)  
 Psychosomatische Behandlung  
 Homöopathische Behandlung  
 Diät: \_\_\_\_\_  
 Anderes: \_\_\_\_\_

### **Allergischer Schnupfen/ Asthma**

- Nasentropfen/Augentropfen
- Asthmasprays (z.B: Aarane/E, Berothec/E, Berodual/E)
- Inhalationen
- Antiallergische Medikamente (Antihistaminika wie Lisino/E, Zyrtec/E, Fenistil/E)
- Cortisonhaltige Medikamente (z.B. Ultralan/E, Urbason/E, Prednisolon/E)
- Hypo-, Desensibilisierung
- Klimatherapie (Meer, Gebirge)
- Psychosomatische Behandlung
- Homöopathische Behandlung
- Anderes: \_\_\_\_\_

### **Nahrungsmittelallergie**

- Antiallergische Medikamente
- Cortisonhaltige Medikamente
- Hypo-, Desensibilisierung
- Psychosomatische Behandlung
- Homöopathische Behandlung
- Diät: \_\_\_\_\_
- Anderes: \_\_\_\_\_

12. Wie beurteilen Sie den Gesamterfolg der schulmedizinischen/herkömmlichen Maßnahmen?

- sehr gut
- eher gut
- ohne Effekt
- eher schlecht
- sehr schlecht

## ***Spezieller Teil: Alternativverfahren***

### Filterfrage:

13. Wurden wegen Ihrer Allergie alternative/nicht-schulmedizinische Verfahren angewendet?  
(z.B. Akupunktur, Eigenblut, Bioresonanz...)  
 Ja  Nein (→ weiter zu 46.)

14. Wieviele verschiedene Alternativverfahren haben Sie angewendet?  
\_\_\_ verschieden Verfahren

15. Welche alternativen Verfahren wurden durchgeführt?  
Wenn Sie verschiedene Verfahren angewendet haben, nennen Sie sie bitte in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit, also das Verfahren, das am häufigsten angewendet haben an erster Stelle.  
(z.B. Akupunktur, Eigenblut, Bioresonanz...)  
*bei mehr als drei, werden die restlichen nicht mehr berücksichtigt*  
a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_

16. Über welchen Zeitraum insgesamt wurden diese Verfahren angewendet?  
(z.B. 6 Wochen)  
*Wochen, Monate oder Jahre angeben*  
a. \_\_\_ Wochen \_\_\_ Monate \_\_\_ Jahre  
b. \_\_\_ Wochen \_\_\_ Monate \_\_\_ Jahre  
c. \_\_\_ Wochen \_\_\_ Monate \_\_\_ Jahre

17. Wie oft wurden diese Verfahren angewendet?  
(z.B. 1x pro Woche, 2x pro Monat)  
*pro Woche oder pro Monat angeben*  
a. \_\_\_ x pro Woche \_\_\_ x pro Monat  
b. \_\_\_ x pro Woche \_\_\_ x pro Monat  
c. \_\_\_ x pro Woche \_\_\_ x pro Monat

18. Alle folgenden Fragen beziehen sich nur noch auf das für Sie wichtigste und am häufigsten angewendete Alternativverfahren:  
Wer hat das alternative Verfahren durchgeführt?  
 Heilpraktiker  
 Hausarzt  
 Facharzt \_\_\_\_\_  
 Selbst  
 Andere \_\_\_\_\_

19. Wenn Sie an verschiedenen Formen einer Allergie leiden, sagen Sie mir bitte wegen welcher Sie sich in die alternative Behandlung begeben haben.

*Wenn nur eine Erkrankung diese nochmal angeben*

- allergische Rhinokonjunktivitis (Heuschnupfen)
- allergisches Asthma
- atopisches Ekzem (Neurodermitis)
- Nahrungsmittelallergie

20. Wann haben Sie sich das erste Mal wegen Ihrer Allergie in alternative Behandlung begeben?

Monate oder Jahre angeben, wenn mehr als 12 Monate, dann Jahre angeben

Vor \_\_\_\_\_ Monaten,

Vor \_\_\_\_\_ Jahren

21. Welches war Ihre wichtigste Informationsquelle über das alternative Verfahren?

- Familie/Freunde/Bekannte
- Behandelnder Arzt
- Heilpraktiker
- Artikel in Zeitung/Zeitschrift
- Beitrag in Rundfunk/Fernsehen
- Selbsthilfegruppe
- Andere \_\_\_\_\_

22. Aus welcher Motivation heraus haben Sie sich für das alternative Verfahren entschieden?

Ich lese Ihnen dazu ein paar Aussagen vor, und Sie sagen mir jeweils ob diese Aussage auf Sie zutrifft oder nicht:

	<u>Trifft zu</u>	<u>Trifft nicht zu</u>
Alternativmedizin ist natürlicher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternativmedizin ist sicherer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternativmedizin hat weniger Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulmedizin brachte keine befriedigenden Ergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin enttäuscht von der Schulmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte alle Möglichkeiten ausprobieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt interessiert sich nicht genug für meinen Fall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt versteht mein Problem nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Arzt nimmt sich nicht genug Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Gründe: _____		

23. Sind Sie über die Anwendung des Alternativverfahrens aufgeklärt worden?

- Ja
- Nein(→ weiter zu 26.)

24. Bezüglich welcher Inhalte wurden Sie aufgeklärt? Ich lese Ihnen hierzu wieder einige Beispiele vor:

- Wirkungsweise
- Durchführung des Verfahrens
- Erfolgsaussichten
- mögliche Nebenwirkungen
- mögliche Risiken
- anderes \_\_\_\_\_

25. Empfanden Sie die Aufklärung insgesamt als ausreichend?  
 Ja                       Teilweise                       Nein
26. Sind Sie auch derzeit noch in alternativer Behandlung wegen Ihrer Allergie?  
 Ja(→ weiter zu 29.)                       Nein
27. Haben Sie sich nach der Beendigung der alternativen Maßnahmen (wieder) in andere Behandlung begeben?  
 Ja                                       Nein (→ weiter zu 29.)
28. Zu wem haben Sie sich wieder in Behandlung begeben?  
 Hausarzt  
 Facharzt  
 Heilpraktiker  
 Andere\_\_\_\_\_
29. Wie hoch waren die Kosten für das alternative Verfahren?  
*Wahlweise für Einzel- oder Gesamtbehandlung angeben*  
DM\_\_\_\_\_je Einzelbehandlung  
DM\_\_\_\_\_für die Gesamtbehandlung
30. Hat die Krankenkasse die Kosten übernommen? Wenn ja, vollständig oder nur teilweise?  
Wenn teilweise, zu welchem Anteil?  
 ja, vollständig  
 teilweise, zu\_\_\_\_%  
 nein
31. Wenn Sie jetzt einmal die Kosten mit ihrem persönlichen Nutzen vergleichen:  
Welche Aussage/Aussagen trifft/treffen zu?  
 Für den erreichten Erfolg wäre ich bereit auch mehr Geld zu bezahlen.  
    Und zwar bis zu\_\_\_\_\_DM insgesamt für die Gesamtbehandlung.  
 Die Behandlung war ihr Geld wert, aber ich würde nicht noch mehr zahlen  
 Ich empfinde die Behandlung als grundsätzlich überteuert  
 Für eine dauerhafte Heilung wäre ich bereit auch mehr Geld zu bezahlen.  
    Und zwar bis zu\_\_\_\_\_DM insgesamt.als Einmalzahlung.
32. Wurden gleichzeitig schulmedizinische/herkömmliche Verfahren angewendet?  
 Ja                                       Nein (→ weiter zu 35.)
33. Haben Sie Ihren behandelnden Arzt darüber informiert, daß Sie neben schulmedizinischen Verfahren auch alternative Verfahren in Anspruch nehmen?  
 Ja                                       Nein (→ weiter zu 35.)
34. Wie war Ihr behandelnder Arzt dem von Ihnen verwendeten Alternativverfahren gegenüber eingestellt?  
 er führte es selbst durch  
 er hat es empfohlen/mich überwiesen  
 er befürwortet es  
 er lehnt es ab  
 er interessiert sich nicht dafür

35. Haben sich durch die Anwendung der Alternativverfahren Symptome der Erkrankung verändert?

- Ja  Nein(weiter zu 39.)

36. Unter welchen der folgenden Krankheitssymptome hatten Sie jemals zu leiden, welche davon haben sich durch die Anwendung der Alternativverfahren verändert und wie?

	Trifft nicht zu	neu aufgetreten	ver-schwunden	gebessert	ver-schlechtert	unverändert
<b>Ekzem</b>						
Juckreiz	<input type="checkbox"/>					
Schlafverlust	<input type="checkbox"/>					
Hautrötung	<input type="checkbox"/>					
Schuppung	<input type="checkbox"/>					
Nässen/Bluten	<input type="checkbox"/>					

**Allergischer Schnupfen**

Niesreiz	<input type="checkbox"/>					
Naselaufen	<input type="checkbox"/>					
Verstopfte Nase	<input type="checkbox"/>					
Juckreiz	<input type="checkbox"/>					
Augentränen/-brennen	<input type="checkbox"/>					

**Asthma**

Husten	<input type="checkbox"/>					
Atemnot in Ruhe	<input type="checkbox"/>					
Atemnot bei Belastung	<input type="checkbox"/>					
Regelmäßige der Anfälle	<input type="checkbox"/>					
Pfeifende Atemgeräusche	<input type="checkbox"/>					

**Nahrungsmittelallergie**

Jucken und Schwellung in						
Mund und Rachen	<input type="checkbox"/>					
Hautrötung	<input type="checkbox"/>					
Juckreiz der Haut	<input type="checkbox"/>					
Durchfälle	<input type="checkbox"/>					
Übelkeit und Erbrechen	<input type="checkbox"/>					

37. Haben sich noch weitere Krankheitssymptome durch die Anwendung des Alternativverfahrens geändert, also gebessert oder verschlechtert?

*Symptom nennen, möglichst genau; und gebessert oder verschlechtert*

Symptom: \_\_\_\_\_

Veränderung: \_\_\_\_\_

38. Wie lange hielt der Effekt der Alternativverfahren an?

- bis einen Monat
- 1-3 Monate
- 4-6 Monate
- 7-12 Monate
- hält noch an

39. Wie beurteilen Sie den Gesamterfolg der alternativen Maßnahmen?

- sehr gut
- eher gut
- ohne Effekt
- eher schlecht
- sehr schlecht

40. Konnten Sie durch die Anwendung der alternativen Verfahren auf herkömmliche, von Ihnen vorher benötigte Therapieverfahren verzichten?

- Ja
- Nein

Wenn ja, auf welche: \_\_\_\_\_

41. Wie beurteilen Sie den Erfolg der alternativen Verfahren im Vergleich zu schulmedizinischen Verfahren?

- Der Gesamterfolg der alternativen Maßnahmen war größer als der Erfolg der schulmedizinischen Maßnahmen.
- Der Gesamterfolg der alternativen und schulmedizinischen Verfahren war in etwa gleich groß.
- Der Gesamterfolg der alternativen Maßnahmen war kleiner als der Erfolg der schulmedizinischen Maßnahmen.

42. Inwieweit denken Sie, ist der Glaube an die Methode wichtig für den Erfolg eines Heilverfahrens?

- Ich denke der Glaube ist genau gleich wichtig für den Erfolg alternativer und konventioneller Verfahren.
- Ich denke, daß der Glaube wichtiger für den Erfolg alternativer als konventioneller Verfahren ist.
- Ich denke, daß der Glaube wichtiger für den Erfolg konventioneller als alternativer Verfahren ist.
- Ich denke der Erfolg einer Therapie ist sowohl bei konventionellen als auch alternativen Verfahren völlig unabhängig vom Glaube an die jeweilige Methode.

43. a. Wie hat sich die Anwendung der alternativen Maßnahmen auf Ihre Einstellung zur alternativen Medizin im Allgemeinen ausgewirkt?

- Ich schätze die alternative Medizin jetzt besser ein als vorher.
- Ich schätze die alternative Medizin jetzt schlechter ein als vorher.
- Meine Einstellung zur alternativen Medizin hat sich nicht verändert.
- Anderes: \_\_\_\_\_

43. b. Wie hat sich die Anwendung der alternativen Maßnahmen auf Ihre Einstellung zur Schulmedizin im Allgemeinen ausgewirkt?

- Ich schätze die Schulmedizin jetzt besser ein als vorher.
- Ich schätze die Schulmedizin jetzt schlechter ein als vorher.
- Meine Einstellung der Schulmedizin gegenüber hat sich nicht verändert.
- Anderes: \_\_\_\_\_

44. Haben sich durch die alternativen Maßnahmen Ihre Ansichten (auch) in anderen Bereichen geändert?

- Ja
- Nein(→ weiter zu 46.)

45. In welchen Bereichen und wie haben sich Ihre Ansichten geändert?

zur Erkrankung:

\_\_\_\_\_

zur eigenen Person:

\_\_\_\_\_

zum eigenen Leben:

\_\_\_\_\_

zu anderen Personen:

\_\_\_\_\_

in anderen Bereichen:

\_\_\_\_\_

## ***Einschätzung von Lebens- und Gesundheitseinstellung***

46. Wie oft treiben Sie Sport?

*Kategorien vorlesen*

- täglich
- mehrmals wöchentlich
- mehrmals im Monat
- seltener
- nie

47. Wie oft trinken Sie Kaffee/Tee?

*Kategorien vorlesen*

- täglich
- mehrmals wöchentlich
- mehrmals im Monat
- seltener
- gar nicht

48. Wieviel Alkohol trinken Sie?

*Kategorien vorlesen*

- mehrere Gläser Bier/Wein/Schnaps täglich
- mehrmals pro Woche mindestens ein Glas
- mehrmals im Monat mindestens ein Glas
- weniger
- gar keinen

49. Wieviel rauchen Sie?

*Kategorien vorlesen*

- mehr als 20 Zigaretten täglich
- 10 bis 20 Zigaretten täglich
- bis zu 10 Zigaretten täglich
- weniger als 20 Zigaretten pro Woche
- gar nicht

50. Wie sehr fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Allergie durchschnittlich in folgenden Bereichen Ihrer Lebensqualität eingeschränkt? Ich lese Ihnen dazu einige Bereiche vor, und Sie sagen mir bitte jeweils ob Sie sich in diesem Bereich sehr stark, stark, mäßig, geringfügig oder gar nicht eingeschränkt fühlen.

*Kategorien vorlesen*

	Sehr Stark	stark	mäßig	geringfügig	gar nicht
Körperlichen Wohlergehen?	<input type="checkbox"/>				
Psychischem Wohlergehen?	<input type="checkbox"/>				
Umgang mit Partner, Freunden und Verwandten?	<input type="checkbox"/>				
Am Arbeits- oder Ausbildungsplatz?	<input type="checkbox"/>				
Bei Ihren Freizeitaktivitäten?	<input type="checkbox"/>				



# FLZ Fragen zur Lebenszufriedenheit

1. Allgemeiner Teil

Bei den folgenden Fragen geht es darum, wie **zufrieden** Sie mit Ihrem Leben und mit einzelnen Aspekten Ihres Lebens sind. Außerdem sollen Sie angeben, wie **wichtig** einzelne Lebensbereiche (z.B. Beruf oder Freizeit) für Ihre Zufriedenheit und Ihr Wohlbefinden sind.

Bitte beantworten Sie **alle** Fragen, auch diejenigen, die scheinbar nicht auf Sie zutreffen: Wenn Sie z.B. keinen Partner haben, können Sie bei der Frage nach der "Partnerschaft" trotzdem angeben, wie wichtig Ihnen das wäre und wie zufrieden Sie mit der derzeitigen Situation (ohne Partner) sind.

Lassen Sie sich nicht davon beeinflussen, ob Sie sich im Augenblick gut oder schlecht fühlen, sondern versuchen Sie, bei Ihrer Beurteilung **die letzten vier Wochen** zu berücksichtigen.

Bitte kreuzen Sie zunächst an, **wie wichtig** jeder einzelne Lebensbereich für Ihre Zufriedenheit insgesamt ist. Bevor Sie beginnen, schauen Sie bitte erst alle Bereiche an.

Wie <b>wichtig</b> ist (sind) für Sie ...	nicht wichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	extrem wichtig
1. Freunde / Bekannte _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Freizeitgestaltung / Hobbies _____	<input type="checkbox"/>				
3. Gesundheit _____	<input type="checkbox"/>				
4. Einkommen / finanzielle Sicherheit _____	<input type="checkbox"/>				
5. Beruf / Arbeit _____	<input type="checkbox"/>				
6. Wohnsituation _____	<input type="checkbox"/>				
7. Familienleben / Kinder _____	<input type="checkbox"/>				
8. Partnerschaft / Sexualität _____	<input type="checkbox"/>				

Bitte kreuzen Sie nun an, wie **zufrieden** Sie in den einzelnen Lebensbereichen sind.

Wie <b>zufrieden</b> sind Sie mit ...	un-zufrieden	eher un-zufrieden	eher zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
1. Freunden / Bekannten _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Freizeitgestaltung / Hobbies _____	<input type="checkbox"/>				
3. Gesundheit _____	<input type="checkbox"/>				
4. Einkommen / finanzielle Sicherheit _____	<input type="checkbox"/>				
5. Beruf / Arbeit _____	<input type="checkbox"/>				
6. Wohnsituation _____	<input type="checkbox"/>				
7. Familienleben / Kinder _____	<input type="checkbox"/>				
8. Partnerschaft / Sexualität _____	<input type="checkbox"/>				

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben **insgesamt**, wenn Sie alle Aspekte zusammennehmen? \_\_\_\_\_

Im folgenden ist der Bereich "Gesundheit" in verschiedene Aspekte unterteilt. Sie sollen auch hier wieder angeben, wie **wichtig** Ihnen einzelne Aspekte sind, und wie **zufrieden** Sie damit sind.

Bitte beantworten Sie **alle** Fragen. Lassen Sie sich nicht davon beeinflussen, ob Sie sich im Augenblick gut oder schlecht fühlen, sondern versuchen Sie, bei Ihrer Beurteilung die letzten **vier Wochen** zu berücksichtigen.

Bitte kreuzen Sie zunächst an, wie **wichtig** jeder einzelne Aspekt für Ihre Gesundheit ist. Bevor Sie beginnen, schauen Sie bitte erst alle Aspekte an.

Wie <b>wichtig</b> ist (sind) für Sie ...	nicht wichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	extrem wichtig
1. Körperliche Leistungsfähigkeit _____	<input type="checkbox"/>				
2. Entspannungsfähigkeit / Ausgeglichenheit _____	<input type="checkbox"/>				
3. Energie / Lebensfreude _____	<input type="checkbox"/>				
4. Fortbewegungsfähigkeit (z.B. gehen, Auto fahren) _____	<input type="checkbox"/>				
5. Seh- und Hörvermögen _____	<input type="checkbox"/>				
6. Angstfreiheit _____	<input type="checkbox"/>				
7. Beschwerde- und Schmerzfreiheit _____	<input type="checkbox"/>				
8. Unabhängigkeit von Hilfe / Pflege _____	<input type="checkbox"/>				

Bitte kreuzen Sie nun an, wie **zufrieden** Sie mit den einzelnen Aspekten sind.

Wie <b>zufrieden</b> sind Sie mit Ihrer (Ihrem) ...	un-zufrieden	eher un-zufrieden	eher zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
1. Körperlichen Leistungsfähigkeit _____	<input type="checkbox"/>				
2. Entspannungsfähigkeit / Ausgeglichenheit _____	<input type="checkbox"/>				
3. Energie / Lebensfreude _____	<input type="checkbox"/>				
4. Fortbewegungsfähigkeit (z.B. gehen, Auto fahren) _____	<input type="checkbox"/>				
5. Seh- und Hörvermögen _____	<input type="checkbox"/>				
6. Ausmaß von Angst _____	<input type="checkbox"/>				
7. Ausmaß von Beschwerden und Schmerzen _____	<input type="checkbox"/>				
8. Unabhängigkeit von Hilfe / Pflege _____	<input type="checkbox"/>				

## Danksagung

Für die Überlassung des Themas, die jederzeit tatkräftige Unterstützung, sein unbeschreibliches Einfühlungsvermögen und seine maßlose Geduld möchte ich mich an vorderster Stelle bei Herrn Professor Dr. Torsten Schäfer, Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein der Technischen Universität München und Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, ganz herzlich bedanken.

Ebenso bedanken möchte ich mich bei Herrn PD Dr. R. Holle, GSF-Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, Herrn Dr. B. Giesecke, GSF-Institut für Medizinische Informatik, und Frau H. Nagl, ebenfalls GSF-Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, für die ausnehmend freundliche Beratung und Unterstützung bei der Interview-Aufbereitung in das DAIMON-Programm und die inhaltlichen und technischen Hilfestellungen.

Nicht zuletzt schulde ich Herrn Dr. K. Papke und allen Mitarbeitern am KORA Studienzentrum aufrichtigsten Dank für die gute Zusammenarbeit und die freundliche Aufnahme in den Kollegenkreis.