

Aus dem Institut für Sozialmedizin
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Alternative Verfahren in der Medizin
-
Kosten, Lebensqualität und Gesundheitsverhalten

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität Lübeck
-Aus der Medizinischen Fakultät-

vorgelegt von
Mareike Groenewold
aus Aurich

Lübeck 2006

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Torsten Schäfer

2. Berichterstatter: Priv.- Doz. Dr. med. Klaus Gerlach

Tag der mündlichen Prüfung: 04.12.2006

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 04.12.2006

Gez. Prof. Dr. med. Werner Solbach
-Dekan der Medizinischen Fakultät-

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	6
1.1.	Internationale Datenlage.....	6
1.2.	Klärung des Begriffs Alternativmedizin.....	7
1.3.	Fragestellungen der Arbeit	10
2.	Material und Methoden	12
2.1.	Probanden	12
2.2.	Angewandter Fragebogen.....	14
2.2.1.	Fragen zur Lebens- und Gesundheitseinstellung.....	15
2.2.2.	Fragen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität	15
2.2.3.	Fragen zu alternativmedizinischen Behandlungen	16
2.2.4.	Fragen zum Gesundheitsverhalten	17
2.2.5.	Fragen zu soziodemografischen Faktoren	18
2.3.	Programmierung des Fragebogens	19
2.4.	Durchführung der Befragung.....	22
2.5.	Aufbereitung der Fragen und Analysemethoden.....	24
3.	Ergebnisse.....	26
3.1.	Studienkollektiv.....	26
3.1.1.	Teilnahmeverhalten	26
3.1.2.	Non- Responder- Analyse	28
3.2.	Soziodemografische Faktoren	30
3.3.	Lebens- und Gesundheitseinstellung.....	34
3.4.	Aktuelle Erkrankungen.....	37

3.5.	Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	38
3.6.	Alternativmedizinische Behandlung.....	41
3.6.1.	Basisdaten zur Inanspruchnahme alternativer Verfahren.....	41
3.6.2.	Allgemeine Kostendarstellung der alternativen Verfahren	43
3.6.3.	Kostendarstellung der häufigsten alternativen Verfahren	45
3.6.4.	Zahlungsbereitschaft.....	47
3.7.	Gesundheitsverhalten	48
3.7.1.	Einhaltung einer Diät.....	48
3.7.2.	Einnahme von Naturprodukten.....	48
3.7.3.	Einnahme von Vitaminpräparaten und Spurenelementen	50
3.7.4.	Anwendung von Hausmitteln	51
4.	Diskussion	56
4.1.	Methoden.....	56
4.1.1.	Übertragbarkeit der Studie.....	56
4.1.2.	Vor- und Nachteile des CATI- Designs	60
4.2.	Ergebnisse - Soziodemografie	65
4.3.	Ergebnisse – Gesundheitszustand.....	70
4.3.1.	Aktuelle Erkrankungen.....	70
4.3.2.	Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	71
4.4.	Ergebnisse – Alternativmedizin	72
4.4.1.	Allgemeines zur Alternativmedizin.....	72
4.4.2.	Kosten der alternativmedizinischen Behandlung	78
4.5.	Ergebnisse – Gesundheitseinstellung und -verhalten	82
4.5.1.	Lebens- und Gesundheitseinstellung.....	82
4.5.2.	Diäteinhaltung	85
4.5.3.	Vitamineinnahme	86

4.5.4.	Naturprodukte und Hausmittel	88
4.6.	Persönliche Betrachtung der Thematik.....	90
5.	Zusammenfassung	92
6.	Verzeichnisse.....	94
6.1.	Literaturverzeichnis	94
6.2.	Abkürzungsverzeichnis	103
6.3.	Tabellenverzeichnis	104
6.4.	Abbildungsverzeichnis	105
6.5.	Veröffentlichungen.....	106
7.	Danksagung	107
8.	Anhang.....	108
8.1.	Fragebogen	108
8.2.	Lebenslauf	123

1. Einleitung

1.1. Internationale Datenlage

Wie die Ergebnisse internationaler Studien zeigen, gibt es in der Bevölkerung eine sehr positive Einstellung und ein wachsendes Interesse an alternativen Verfahren.

Schätzungen über das Ausmaß der Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden reichen von 16% in Italien (Menniti-Ippolito et al., 2002) über 34% in den USA (Eisenberg et al., 1993) und 49% in Australien (MacLennan et al., 1996). Weitere Studien zeigen sogar noch ein weitaus größeres Maß an Nutzung von Alternativverfahren mit 62% für Deutschland (Härtel und Volger, 2004). Für die Schweiz wird mit 41% der Gesamtbevölkerung ein vergleichbar hoher Anteil angegeben (Sommer et al., 1996). In Großbritannien wird die Inanspruchnahme alternativer Verfahren mit 20% beschrieben (Ernst und White, 2000). Eisenberg et al. publizierten, dass in den Vereinigten Staaten die Inanspruchnahme alternativer Verfahren im Zeitraum zwischen 1990 und 1997 von 34% auf 42% angestiegen ist (Eisenberg et al., 1998).

Mit dieser Praxis sind maßgebliche individuelle und gesellschaftliche Kosten verbunden. Diese werden jährlich auf 13,7 Milliarden Dollar (~10,5 Milliarden EUR) in den USA (Eisenberg et al., 1993), 2,3 Milliarden australische Dollar (~1,4 Milliarden EUR) in Australien (Bensoussan und Lewith, 2004) und 1,6 Milliarden Pfund (~1,2 Milliarden EUR) in Großbritannien (Ernst und White, 2000) geschätzt. Den sehr unterschiedlich organisierten Gesundheitssystemen der einzelnen Länder entsprechend, bestehen im internationalen Vergleich sehr große Unterschiede in der Erstattung von alternativen Therapien durch Krankenversicherungen.

Es gibt also einige Studien, die sich mit den Determinanten einer Inanspruchnahme von alternativmedizinischen Verfahren befassen. Bevölkerungsbezogene Untersuchungen kommen hierzu aus den USA, Großbritannien, Schweden, Australien, der Schweiz und weiteren Ländern. Für Deutschland ließ sich allerdings keine Untersuchung identifizieren, die sich mit alternativen Verfahren nach der unten beschriebenen Definition befasste. Es liegt weiterhin speziell in Deutschland ein ausgeprägter Mangel an Erkenntnissen über die Lebenseinstellung, das Gesundheitsverhalten und die psychosozialen Charakteristika von Nutzern alternativer Verfahren vor.

1.2. Klärung des Begriffs Alternativmedizin

In der Bevölkerung und in den Medien werden für diese Art der Medizin verschiedenste Begrifflichkeiten verwendet. „Ganzheitsmedizin“, „Paramedizin“, „Außenseitermethoden“, „Alternativmedizin“, „Erfahrungsmedizin“, „unkonventionelle Heilmethoden“ und ähnliche sind Ausdrücke, die in diesem Zusammenhang gebraucht werden. Alles in allem bezeichnen die Begriffe Methoden, die außerhalb oder neben der Schulmedizin bestehen. Die Begrifflichkeiten „außerhalb“ bzw. „neben“ der Schulmedizin lassen sich in den Bezeichnungen wieder finden, die in der Fachsprache meistens synonym für diese Art der Medizin benutzt werden, nämlich Alternativ- oder Komplementärmedizin. Alternativ bedeutet die Wahl zwischen zwei Möglichkeiten, wechselweise, nicht parallel. Komplementär hingegen kann mit ergänzend übersetzt werden. Im englischen Sprachraum werden diese beiden Ausdrücke selten oder gar nicht unterschieden. Meist wird der Begriff der „complementary alternative medicine“ (CAM) bevorzugt, da er eine Anwendung dieser Heilmethoden eher als Zusatz zur Schulmedizin impliziert und weniger als Alternative, die anstelle der Schulmedizin angewendet wird.

Im Pschyrembel Wörterbuch Naturheilkunde wird die *Alternativmedizin* als „umstrittener und unscharfer Sammelbegriff für diagnostische und therapeutische Verfahren, die anstatt der Methoden der so genannten Schulmedizin eingesetzt werden und von dieser in der Regel aber nicht anerkannt sind. ...“ definiert.

Komplementärmedizin bezeichnet „eine medizinische Richtung, die bestimmte diagnostische und therapeutische Verfahren ... ergänzend zur Schulmedizin (und nicht anstatt dieser) einsetzt. ...“ (Pschyrembel, 2000). Methoden, die der Komplementär- und Alternativmedizin zugeordnet werden, gelten nur teilweise als naturwissenschaftlich anerkannt und möchten sich vor allem durch folgende Aspekte auszeichnen:

- Gesundheitsorientierte Sichtweise und Unschädlichkeit der Therapie
- Behandlung des gesamten Organismus, vor der Behandlung einzelner gestörter Organfunktionen
- Förderung von Selbstheilungstendenzen und Autoregulation vor exogen induzierter Sanierung erkrankter Systeme
- Begegnung des Patienten mit vermehrter Zuwendung
- die subjektive Befindlichkeit des Patienten ist ein ganz wesentliches Maß für den Therapieerfolg

Die Konventionelle Medizin hegt Vorbehalte sowohl gegen die Unbedenklichkeit als auch gegen die Wirksamkeit unterschiedlicher Verfahren. Meist fehlen überzeugende Daten zur klinischen Evaluation und die theoretischen Erklärungsmodelle erscheinen spekulativ (Pschyrembel, 2000).

Für die vorliegende Studie sollte die Alternativmedizin in Anlehnung an die Definitionen von Eisenberg und Ernst verstanden werden. Eisenberg et al. legen den Begriff der unkonventionellen Therapien als medizinische Interventionen aus, die hauptsächlich nicht an amerikanischen medizinischen Universitäten unterrichtet werden und keine große Verbreitung im Behandlungsangebot von Krankenhäusern finden (Eisenberg et al., 1993). Ernst et al. definieren diejenigen Diagnose-, Therapie-, und Präventionsmethoden als komplementäre Verfahren, die durch ihren Beitrag zum gemeinsamen Ganzen die Schulmedizin ergänzen, indem sie weiterreichende Ansprüche erfüllen und das Begriffsverständnis der Schulmedizin erweitern (Ernst et al., 1995).

Ohne ein Urteil über die Art der Anwendung, ob zusätzlich oder anstelle, abgeben zu wollen, wurde in der vorliegenden Arbeit durchweg der Begriff Alternativmedizin verwendet, da er dem allgemeinen deutschen Sprachgebrauch am ehesten entspricht.

Bei der in der vorliegenden Untersuchung verwendeten 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, unterscheidet sich von Land zu Land. In den USA beispielsweise werden Verfahren wie die Chirotherapie und die Physiotherapie als

alternativmedizinische Methoden verstanden, hierzulande jedoch werden sie größtenteils von Schulmedizinern praktiziert oder angeordnet. In Deutschland bedarf die Chirotherapie, welche unter den Begriff „manuelle Medizin“ fällt, nämlich einer speziellen Ausbildung von Ärzten (Pschyrembel, 2000).

In vielen, vor allem amerikanischen Arbeiten, war ein Teil der alternativmedizinischen Anwendungen auf so genannte „dietary supplements“ zurückzuführen ((Eisenberg et al., 1993), (Rafferty et al., 2002)), was in etwa 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, noch Nahrungsergänzungen, noch andere geringfügige Begleitmaßnahmen als alternative Heilmethoden im Sinne der Fragestellung behandelt. Diese Maßnahmen wurden gesondert dokumentiert.

Die Unterscheidung zwischen alternativmedizinischen Verfahren und konventioneller Medizin ist auch durch den Nachwuchs der Schulmediziner einem Wandel der Zeit unterworfen. In Deutschland erlernen bereits heute viele junge Ärzte im Rahmen ihrer schulmedizinischen Ausbildung einzelne alternative Methoden, wie zum Beispiel Akupunktur. Dieser Entwicklung wurde hier nicht Rechnung getragen und sowohl die Akupunktur als auch die Homöopathie wurden, wie auch in der internationalen Literatur, der Alternativmedizin zugezählt.

Trotz oben beschriebener Einschränkungen bleibt die Liste der alternativen Verfahren, welche in Deutschland angewendet werden, lang. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, liefert Tabelle 1 eine Übersicht über die gebräuchlichen alternativmedizinischen therapeutischen Verfahren.

**Tabelle 1: Aufstellung alternativer therapeutischer/ diagnostischer Verfahren
(Auswahl)**

Aderlass	Eigenbluttherapie	Neuraltherapie
Akupressur	Eigenurintherapie	Organotherapie
Akupunktur	Elektroakupunktur	Orthomolekulare Therapie
Alexander-Technik	Enzymtherapie	Osteopathie
Anthroposophie	Farbtherapie	Ozonbluttherapie
Aromatherapie	Feldenkrais	Peptidtherapie
Autogenes Training	Fußreflexzonenmassage	Phytotherapie
Ayurveda	Geistheiler	Reiki
Bachblütentherapie	Heileurhythmie	Schröpfkuren
Baunscheidtismus	Homöopathie	Shiatsu
Besprechen	Hypnose	Tai Chi Chuan
Bioresonanztherapie	Irisdiagnostik	TCM
Chelattherapie	Kinesiologie	Wünschelrute
ChiGong	Kraniosakraltherapie	Yoga
Darmsanierung	Magnetfeldtherapie	Zelltherapie
Edelsteintherapie	Meditation	Zytoplasmatische Therapie

1.3. Fragestellungen der Arbeit

Seit mehreren Jahren kann ein stetig steigendes Interesse der Bevölkerung an alternativmedizinischen Verfahren beobachtet werden. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass sich besonders chronisch Kranke verstärkt den alternativmedizinischen Verfahren zuwenden. Menschen mit Erkrankungen wie chronischen Schmerzen, Allergien oder chronischen Befindlichkeitsstörungen, die eine steigende Prävalenz aufweisen, bilden eine große Gruppe in unserer Gesellschaft, was zu dem steigenden Interesse an Alternativmedizin beiträgt. Wie aus internationaler Literatur bekannt ist, leiden Nutzer alternativer Verfahren häufiger unter einer schlechteren

gesundheitsbezogenen Lebensqualität als Nichtnutzer, was mit den chronischen Erkrankungen der Nutzer im Einklang steht.

Trotz des zunehmenden Interesses an Alternativmedizin gibt es in Deutschland weiterhin einen ausgeprägten Mangel an Informationen zu diesem Thema.

Einen Teil der Lücken wollte die vorliegende Studie durch die Untersuchung eines bevölkerungsbezogenen Erwachsenenkollektiv füllen. Als primäres Ziel sollte in dieser Studie die Prävalenz der Inanspruchnahme alternativmedizinischer Verfahren erfasst werden. Darüber hinaus sollte ermittelt werden, welche Alternativverfahren zu welchem Teil in Anspruch genommen werden und welche Erkrankungen im Fokus der Behandlungen stehen. Weitere Aspekte beschäftigten sich mit der Zahlungsbereitschaft der Anwender und den entstandenen Kosten der alternativen Verfahren. Ein zusätzlicher Punkt dieser Studie war die Untersuchung psychosozialer Parameter, speziell bei den Anwendern von Alternativverfahren. Weitere Fragen sollten geklärt werden, besonders ob sich Unterschiede bezüglich der Einstellung zur eigenen Gesundheit zwischen Nutzern und Nichtnutzern alternativer Methoden finden lassen und ob das Gesundheitsverhalten Differenzen zwischen den Anwendern und Nichtanwendern der Alternativmedizin aufweist. In diesem Zusammenhang interessierten des Weiteren die aktuellen Erkrankungen und die daraus resultierende gesundheitsbezogene Lebensqualität von Nutzern und Nichtnutzern alternativer Verfahren.

Im Rahmen der Gesamtstudie wurden noch weitere Daten erhoben, die jedoch Inhalt einer anderen Dissertationsarbeit sind. Aus diesem Grund stellen die hier vorliegenden Daten nur Ausschnitte einer größeren Untersuchung dar.

2. Material und Methoden

2.1. Probanden

Ziel der Studie war es, für eine repräsentative Stichprobe aus der Lübecker Bevölkerung, sowie der Lübecker Umgebung, die Determinanten der Inanspruchnahme von Alternativverfahren in der Medizin zu erfassen. Ausgehend von etwa 180.000 volljährigen Einwohnern Lübecks wurde eine Anzahl von 1000 Interviews angestrebt. Diese Fallzahl diente dazu, eine möglichst stabile, repräsentative Schätzung zu schaffen. Um eine unabhängige Stichprobe zu erhalten, wurde im November 2003 das ZUMA (Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen), Mannheim mit der Generierung von Nummern mit Lübecker Vorwahl beauftragt. Das ZUMA generierte 10000 Nummern, die garantierten, dass trotz nicht funktionierender Telefonnummern und Personen, die die Befragung verweigern, eine Gesamtzahl von 1000 vollständigen Interviews gewährleistet werden konnte. Die Ziehung der Telefonstichprobe erfolgte nach dem Häder- Gabler- Prinzip. Dieses Stichprobendesign hat sich in den letzten Jahren als methodischer Standard in der empirischen Sozialforschung in Deutschland etabliert (Häder, 2000). Das Häder- Gabler- Verfahren gewährleistet, dass sowohl in Telefonverzeichnissen und -büchern eingetragene als auch nicht eingetragene Festnetztelefonnummern eine Chance erhalten, in die Stichprobe aufgenommen zu werden. Unter dieser Voraussetzung kann von einer echten Zufallsstichprobe gesprochen werden. Auf die ausschließliche Verwendung von Rufnummern aus Telefonbüchern oder CD- Rom wurde verzichtet, da die Eintragungen häufig unvollständig und veraltet sind.

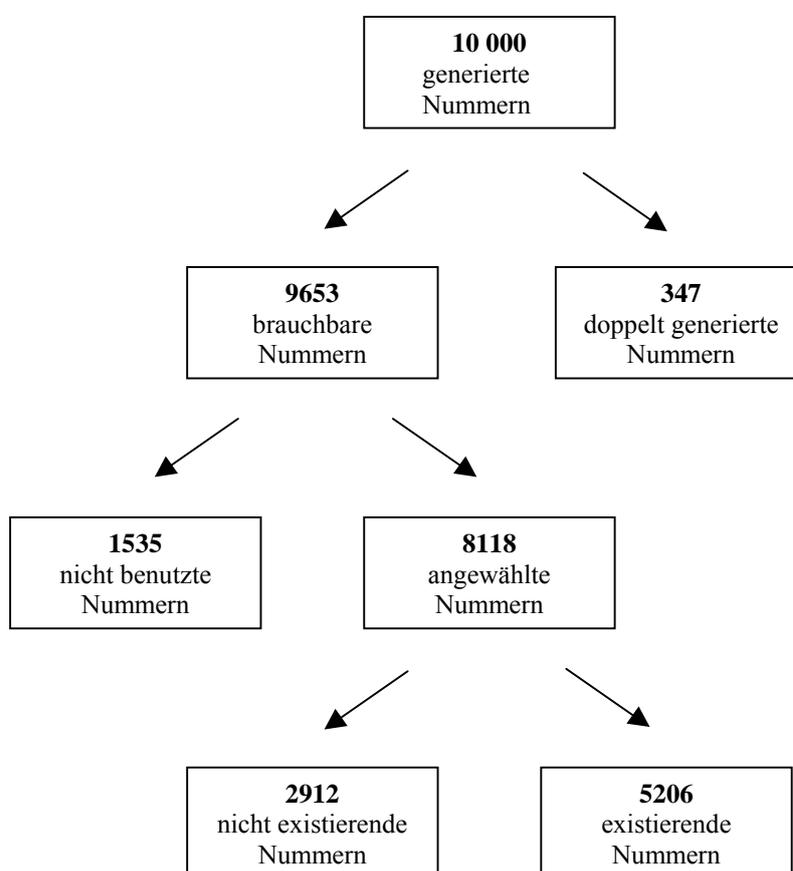
Von den 10 000 generierten Nummern wurden 347 bereits im Vorfeld gelöscht. Dieses Vorgehen erfolgte, da im April 2003 bereits eine andere Lübecker Telefonbefragung stattfand, für die mit dieser Methode Nummern bereitgestellt worden waren. Um Doppelbefragungen zu vermeiden, erfolgte ein Abgleich der beiden Stichproben, sowie die Löschung doppelter Nummern. Allerdings konnten Doppelbefragungen nicht völlig ausgeschlossen werden, da einige Haushalte über mehrere Telefonnummern verfügen und diese bei den Stichproben nicht gefiltert werden konnten.

8118 Nummern wurden angewählt. Darunter befanden sich 2912 Nummern, für die kein Telefonanschluss vorhanden war, da es sich bei den Telefonnummern um zufällig generierte Nummern handelte. Bei 5206 Nummern konnte ein Anschluss erreicht werden, was einer Quote von 64,1% an existierenden Anschlüssen entsprach.

1535 Nummern kamen nicht zur Anwendung, da die angestrebte Anzahl an vollständigen Interviews erreicht war.

Ein Ablaufschema über die Verwendung der Telefonnummern findet sich in Abbildung 1.

Abbildung 1: Verwendung der Telefonnummern



Einschlusskriterien für die hier vorliegende Studie waren Personen mit einem Alter über 18 Jahren, sowie deutschsprachige und telefonierfähige Kontaktpersonen. Nummern, die keinem Privathaushalt angehörten, wurden ausgeschlossen.

2.2. Angewandter Fragebogen

In dem vorliegenden Abschnitt, sowie in den sich anschließenden Unterpunkten sollen die Inhalte des angewandten Fragebogens näher dargestellt und erklärt werden.

Die Entwicklung der Fragen für die hier vorliegende Studie vollzog sich im Juli 2003. Der angewandte Fragebogen gliederte sich in 8 Abschnitte und enthielt, abhängig vom Geschlecht und den Antworten bei Filterfragen, maximal 222 Fragen. Auf der Basis vorhandener, standardisierter Befragungsinstrumente, mit teilweise eingeschränkter Fragestellung (z.B. Allergien), wurden relevante Fragenkomplexe identifiziert und zusammengeführt, um für die erweiterte Fragestellung dieser Studie verwendet werden zu können. Andere Fragen wurden unter Beachtung der relevanten Literatur, die vorangegangene Befragungen mit ähnlicher Thematik behandelte, aufgenommen und den speziellen Bedürfnissen entsprechend formuliert. Für weitere Fragen erfolgte eine Neuentwicklung und Generierung unabhängig von der Literatur. Der erste Entwurf des Fragebogens wurde als Papierversion erstellt.

Für alle Probanden begann das Interview mit Fragen zur Lebens- und Gesundheitseinstellung. Es folgten Fragen zu aktuellen Erkrankungen, sowie zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Das Interview wurde mit einer Filterfrage zur Inanspruchnahme von Alternativverfahren fortgesetzt. Für alle Befragten, die alternativmedizinische Erfahrungen bejahten, folgte ein ausführlicher Fragenteil zu diesem Thema. Nun schlossen sich Fragen zur schulmedizinischen Behandlung an. Es folgten Fragen zum Gesundheitsverhalten. Probanden mit Kindern durchliefen abschließend noch einen Fragenteil zur Anwendung von Alternativverfahren bei ihren Kindern. Die demografischen Daten wurden zum Ende des Interviews erfasst. In den folgenden Abschnitten werden nur die Teile des Fragebogens näher erläutert, die im Ergebnis- und Diskussionsteil wieder zu finden sind. Die restlichen, oben erwähnten Fragenkomplexe sind Gegenstand einer anderen Dissertationsarbeit.

Einen Großteil der Fragen sollten die Probanden offen beantworten, für andere Fragen wurden Antworten vorgegeben, was dem Folgenden zu entnehmen ist. Des Weiteren werden die einzelnen Teile des Fragebogens der vorliegenden Studie näher erläutert. Die konkreten Formulierungen der Fragen, sowie die der Antwortmöglichkeiten, sind im Anhang nachzulesen.

2.2.1. Fragen zur Lebens- und Gesundheitseinstellung

Um eine detaillierte Einschätzung der Lebens- und Gesundheitseinstellung der Testpersonen zu erhalten, wurden neu entwickelte Fragen zum Gesundheitsverhalten gestellt. Wichtige Aspekte dieser Fragen waren regelmäßiger Kaffee- oder Teekonsum, Angaben zur konsumierten Menge von Nikotin und Alkohol, sowie die Häufigkeit von sportlicher Aktivität. Die Frage nach sportlicher Aktivität konnten die Probanden mit „täglich“, „mehrmals wöchentlich“, über „mehrmals im Monat“, „seltener“ bis „nie“ beantworten. Bei den Fragen nach dem Kaffee- und Nikotinkonsum hatten die Probanden die Möglichkeit, eine offene Angabe zur Menge zu machen oder den Konsum mit „selten“ bzw. „nie“ zu beschreiben. Außerdem wurde der Konsum von elf verschiedenen Lebensmitteln wie beispielsweise Müsli, frisches Obst oder auch Fast Food erfragt. Die Erfassung des Alkoholkonsums fand detailliert nach der Alkoholsorte statt. Unterschieden wurde zwischen Bier, Rotwein, Weißwein/ Sekt, hochprozentigem Alkohol und Alcopops. Zu den Lebensmittel- bzw. Alkoholfragen erhielten die Probanden sechs gestaffelte Antwortmöglichkeiten, die von „fast täglich“ über „mehrmals in der Woche“, „etwa einmal in der Woche“, „mehrmals im Monat“, „einmal im Monat oder seltener“ bis „nie“ reichten.

Zum Abschluss dieses Blocks wurde der Gebrauch von Schlaf- und Schmerzmitteln erfragt, in dem ähnliche Antwortmöglichkeiten vorgegeben waren. Die weiblichen Probanden wurden gebeten, Angaben zur Einnahme von Hormonpräparaten bzw. Antikonzeptiva zu machen.

2.2.2. Fragen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurden Fragen für die Bereiche „körperliches Wohlergehen“, „psychisches Wohlergehen“, „Umgang mit Partner und Freunden“, „Arbeitsplatz“ und „Freizeitaktivität“ gestellt. Die Fragen zur Lebensqualität wurden in ähnlicher Form wie bereits im Fragebogen für eine andere deutsche Studie (Schäfer et al., 2002) gehalten.

Auf die Frage, wie stark die krankheitsbedingte 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.

Ein etabliertes Instrument zur Beurteilung der allgemeinen Lebensqualität wie der SF36 oder das NHP kamen aus unten näher erläuterten Gründen bei dieser Studie nicht zum Einsatz. Der Grund für diese Entscheidung lag darin, dass es sich nicht um eine Befragung von Erkrankten, sondern um eine Datenerhebung in der allgemeinen Lübecker Bevölkerung handelte. In diesem Studienkollektiv würden sowohl Probanden ohne Erkrankung als auch Probanden mit leichten z.B. banalen Erkältungen oder auch schwerwiegenderen Erkrankungen zu finden sein. Auf Grund dieses zu erwartenden divergierenden Erkrankungszustandes wurden Fragen ausgewählt, die die Lebensqualität ausreichend erfassen, gleichzeitig jedoch auch bei leichten Erkrankungen nicht zu ausführlich erschienen.

Für den SF36 fanden sich, bei 38 Items, in der Literatur Zeitangaben für die Beantwortungsdauer, die sich um etwa 10 Minuten bewegten (Bullinger und Kirchberger, 1998). Die sehr differenzierte Erhebungsart des SF36 konnte jedoch bei dieser telefonischen Befragung nicht realisiert werden, da die Erfassung der Lebensqualität nur einen kleinen Anteil des Fragebogens ausmachen sollte.

Auch die Anwendung des NHP kam bei dieser Datenerhebung nicht in Frage, da er für epidemiologische Studien in der Allgemeinbevölkerung auf Grund von mangelnder Differenzierungsfähigkeit bei leichten bis mittleren Beschwerden nicht empfohlen werden kann (Hinz et al., 2003). Da es sich bei dieser Studie um Telefoninterviews handelte, also zu Hause lebende Probanden rekrutiert wurden, war davon auszugehen, dass die vorliegenden Erkrankungen eher von leichter bis mittlerer Schwere waren.

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

2.2.3. Fragen zu alternativmedizinischen Behandlungen

Die Fragen zu alternativmedizinischen Behandlungen wurden teils neu entwickelt und teils an den Fragebogen einer deutschen Untersuchung angelehnt (Schäfer et al., 2002). Der Fragenteil begann mit einer Filterfrage nach der Inanspruchnahme von

Alternativverfahren. Diejenigen Probanden, die eine Inanspruchnahme verneinten, wurden gefragt, warum sie noch keine Alternativverfahren angewandt hatten und ob sie alternativmedizinische Methoden im Krankheitsfall anwenden würden.

Es fand allgemein die Erfassung sowohl der behandelten Beschwerden als auch der dabei angewandten Verfahren statt. Die Probanden wurden gebeten, die Verfahren in der Reihenfolge zu nennen, wie sie am häufigsten zur Anwendung gekommen waren. Entsprechend erfolgte die Dokumentation der Erkrankungen.

Ein weiterer Teil des Fragebogens befasste sich mit den Kosten (in EUR) für die gewählte Methode. Hier waren die tatsächlichen Kosten für die Einzel- und Gesamtbehandlung, sowie die Höhe des durch die jeweilige Krankenkasse erstatteten Anteils in Prozent von Interesse. Die Respondenten wurden gebeten zu bezeichnen, ob sie den genannten Betrag für eine Behandlung, ein Präparat oder einen Kurs bezahlt hatten. Bei der Aufschlüsselung der Therapieformen wurde die Behandlung beispielsweise als eine Akupunktursitzung, ein Gespräch mit einem Homöopathen oder eine Behandlung mit Bioresonanz definiert. Unter Präparaten wurden alle Arzneimittel wie Homöopathika, Phytotherapeutika oder Ähnliche aufgegriffen. Unter den Begriff Kurs fielen Behandlungsformen wie Yoga- Kurse z.B. an der Volkshochschule, Unterricht in Meditation oder auch das Erlernen von Qi Gong in einer Gruppe.

Außerdem wurden die Probanden gebeten zu beantworten, ob sie bereit wären, für den individuell erzielten Erfolg oder für eine hypothetisch angenommene komplette Heilung auch mehr Geld auszugeben. Falls die Testpersonen diese Aussage bejahten, sollten sie den Betrag angeben, den sie maximal dafür aufwenden würden.

2.2.4. Fragen zum Gesundheitsverhalten

Um einen umfassenden Eindruck des Gesundheitsverhaltens der Befragten zu erlangen, wurden allen Respondenten maximal sechs weitere neu konzipierte Fragen gestellt. Es wurden die Einnahme von Vitaminpräparaten oder Spurenelementen, sowie die Motivationsgründe für die Einnahme, ebenso wie der Konsum von natürlichen Produkten wie beispielsweise Tees oder Heilkräutern erfragt. Auch das Einhalten einer Diät und die zugrunde liegenden Ursachen für die Diät waren von Interesse. Ob die

Probanden Hausmittel wie Tees, Umschläge und Wärmebehandlungen bei sich selbst oder in ihrer Familie einsetzen, wurde in einer weiteren Frage erfasst.

2.2.5. Fragen zu soziodemografischen Faktoren

Im letzten Teil des Fragebogens wurden das Alter der Probanden, sowie der höchste erreichte Schulabschluss, erfasst. Eine weitere Frage beschäftigte sich mit dem Thema der Berufstätigkeit. Bejahte der Respondent diese Frage, so folgte eine weitere Frage, in der dokumentiert wurde, ob der Proband Vollzeit, Teilzeit oder stundenweise beschäftigt war. War der Befragte nicht berufstätig, so sollte der Proband berichten, was auf seine derzeitige Situation zutrifft. Alle Respondenten wurden ebenfalls nach Erkrankungen, unter denen sie in den letzten zwölf Monaten gelitten hatten bzw. zum Zeitpunkt des Interviews litten, befragt.

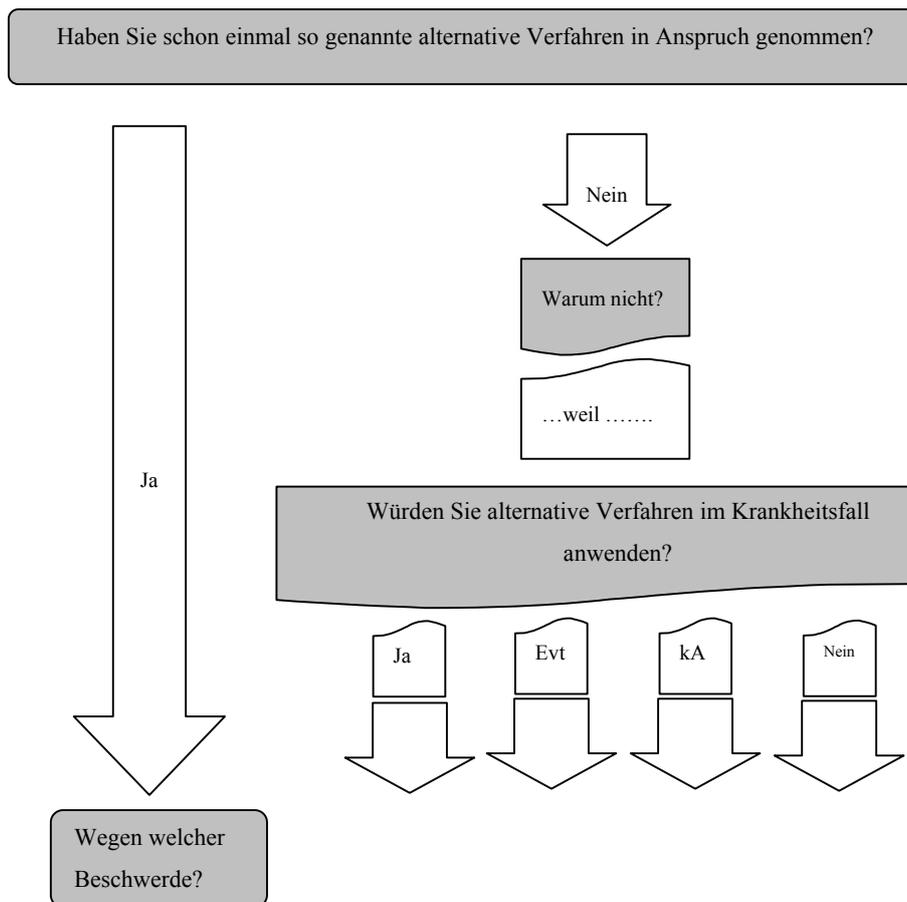
2.3. Programmierung des Fragebogens

In diesem Abschnitt soll die Programmierung des angewandten Fragebogens näher erläutert werden. Des Weiteren folgt eine Darstellung des Ablaufs der Testinterviews. Die Telefoninterviews wurden durch die Software Interviewer Suite[®] 4.3 der Firma VOXCO GmbH unterstützt. Das Programm Interviewer Suite[®] dient sowohl dem Fragebogendesign, als auch der computergestützten Interviewführung. Es bietet gegenüber vergleichbaren auf dem Markt erhältlichen CATI- Programmen einige Vorteile hinsichtlich der Bildschirmgestaltung, die eine optimale Umsetzung von Administrationsanweisungen an die Interviewerinnen ermöglicht und damit eine zusätzliche Unterstützung der Qualitätsstandards gewährleistet.

Bevor mit der Programmierung des Fragebogens begonnen werden konnte, führte die Firma VOXCO GmbH eine dreitägige Schulung durch, in der die Programmierung des Fragebogens auf dem Computer, sowie der Umgang mit dem Programm während der Telefonate, vermittelt wurden. Im Anschluss an die Schulung wurden alle Einzelfragen der Papierversion des Fragebogens in eine rechnergestützte Abfragemaske aufgearbeitet, wobei das von VOXCO entwickelte Programm Interviewer Suite[®] 4.3 zur Anwendung kam. Für die Programmierung des Fragebogens erfolgte zunächst die Anlegung der ersten Frage (INTRO), in der das Layout definiert wurde. Dabei fand die Festlegung auf die Schriftgröße, -art und -farbe statt. Diese Einstellung lag dann automatisch für die folgenden Fragen vor. Ein weiterer wichtiger Schritt war die Definition der Vollständigkeitsfrage (INT99). Die INT99 wurde nur dann gestellt, wenn der Interviewer ein vollständiges Interview geführt hatte und signalisierte dem System, den Fragebogen als komplettes Interview abzuspeichern. Zwischen diesen beiden Fragen wurden alle restlichen Fragen angelegt, inklusive den dazugehörigen Antwortmöglichkeiten. Bei der Festlegung der Antwortmöglichkeiten war es wichtig, im Vorfeld zu bedenken, wie viele mögliche Antworten gegeben werden konnten, um ausreichend Eingabefelder für die Antworten einzurichten. Zusätzlich zu Einfach- und Mehrfachantworten wurde bei einem Großteil der Fragen die Möglichkeit eingerichtet, offene Antworten als freien Text einzugeben. Ein wichtiger Teil der Fragebogenprogrammierung stellte die Umsetzung des logischen Ablaufs des Fragebogens dar. Hierfür wurden, je nach Antwort des Interviewten, Sprünge zur

nächsten logischen Frage programmiert. Dies bedeutet, dass der Computer den Fragebogen zwar Frage für Frage durchläuft, jedoch Fragen, die auf Grund von vorherigen Antworten unlogisch wären, nicht anzeigt, sondern „überspringt“. Ein Beispiel für eine solche Sprungbedingung findet sich in Abbildung 2.

Abbildung 2: Beispiel einer Sprungbedingung



Eine weitere wichtige Funktion des Programms war die Möglichkeit, sogenannte Hotkeys einzurichten. Hotkeys sind Buttons auf der Oberfläche der Abfragemaske, die zu jedem Zeitpunkt eines Interviews genutzt werden konnten. Hinter einem dieser Buttons verbarg sich die Adresse des Instituts für Sozialmedizin. Im Falle einer Nachfrage, zu Beginn oder während eines Interviews, war den Interviewerinnen jederzeit die Möglichkeit gegeben, die vollständige Kontaktadresse und

Telefonnummer des Instituts nennen zu können. Nach Nutzung des Hotkeys sprang der Computer zur zuletzt gestellten Frage zurück.

Vor Beginn der Studie wurden im Juli und August sowie im November 2003 ein Pretest durchgeführt, der aus 48 Testinterviews bestand. Hierzu erfolgte eine Befragung von freiwilligen, erwachsenen Personen, die nicht dem Studienkollektiv angehörten, sowohl im persönlichen Gespräch, als auch in Form eines Telefoninterviews. Auch Familienangehörige und Freunde wurden befragt. Die Testprobanden kannten den Fragebogen im Vorfeld nicht. Von den während der Pilotphase befragten Personen hatten einundzwanzig bereits Erfahrungen mit alternativmedizinischen Behandlungsverfahren.

Einige Testinterviews wurden mit der Papierversion des Fragebogens durchgeführt. Diese dienten der Kontrolle der Interviewdauer, sowie der Praktikabilität der Befragung. Des Weiteren wurden die Verständlichkeit, sowie die Plausibilität der Fragen überprüft und optimiert. Mit der Computerversion des Fragebogens konnte im Anschluss an die Programmierung die technische Funktionsfähigkeit des Programms kontrolliert, sowie optimiert werden. Dieses wurde durch weitere Testinterviews gewährleistet. Alle Testprobanden hatten während der Befragung und im Anschluss daran die Möglichkeit, etwaige Verständnisschwierigkeiten, Fragen und Vorschläge zu äußern. Im Anschluss an die Pilotphase wurden kleine Veränderungen der Fragenformulierungen, sowie des logischen Ablaufs des Fragebogens durchgeführt.

Nachdem die endgültige Version des Befragungsinstrumentes abschließend festgelegt und programmiert war, wurde die Feldphase gestartet. Im Anschluss daran wurden die 9653 generierten Nummern aus einer Excel- Tabelle in das Programm Interviewer Suite[®] eingelesen. Hierbei erstellte das Programm bereits für jede eingelesene Nummer einen vollständigen Datensatz mit allen 222 Fragen.

2.4. Durchführung der Befragung

Im Vorfeld der Studiendurchführung wurde ein Antrag bei der Ethik- Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Lübeck zur Beratung und Überprüfung des Studiendesigns eingereicht. Bezüglich dieses Antrags liegt ein positives Votum vom 30.06.2004, Aktenzeichen 04-007, der Ethik- Kommission vor.

Im folgenden Abschnitt soll das Vorgehen während der Befragung näher dargestellt werden. Alle Interviews wurden zwischen Anfang Februar und Mitte Mai 2004 durchgeführt. Die telefonische Datenerfassung der Studie fand im Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig- Holstein, Campus Lübeck in Lübeck statt. Zur Durchführung der Interviews diente ein Interviewerhandbuch mit detaillierten Anweisungen als Standard. Im Vorfeld der Erhebungsphase wurden die Interviewerinnen am endgültigen Erhebungsinstrument geschult.

Die Befragung der Probanden erfolgte ausschließlich in Form von computergestützten standardisierten telefonischen Interviews (CATI). CATI steht für Computer Assisted Telephone Interview und bedeutet, dass die per Telefon durchgeführten Befragungen mit Hilfe von Computern erfolgen. Die Auswahl der Telefonnummern erfolgte ebenso wie das Kontaktmanagement im Falle von Mehrfachkontakten und Terminvereinbarungen durch die VOXCO- Software. Nach der Projektanmeldung (ALTERNAT) begann das Interview über das Einspielen und Anwählen der Telefonnummer („auto-dialing“). Rufnummern, zu denen keine Verbindung möglich war, denen eindeutig ein Geschäftsanschluss oder ein Faxgerät zugeordnet werden konnte, wurden ausgeschlossen. Über entsprechende Codierungen wählte das System diese Anschlüsse kein zweites Mal. Telefonnummern, die besetzt waren, bei denen ein Anrufbeantworter den Anruf entgegen nahm oder nach acht Mal klingeln keine Kontaktperson erreicht wurde, lud das Programm nach einem fest definierten Intervall erneut. Nummern, die bereits vier Mal eingespielt wurden ohne einen Kontakt hergestellt zu haben, schloss das System aus. Eigene sowie fremde Erfahrungen (Reuband und Blasius, 1996) zeigen, dass eine darüber hinausgehende Erhöhung der Kontaktversuche nicht zu einer deutlich höheren Ausschöpfungsquote führt. Fehlanrufe bei Wahlwiederholung waren durch das Call- Back- System nahezu ausgeschlossen und eine methodisch saubere Stichprobenrealisierung konnte dadurch gewahrt werden.

Bei Erreichen eines Privathaushaltes wurden die Probanden einleitend über den Inhalt der Befragung aufgeklärt, woraufhin das Einverständnis explizit erfragt und dokumentiert wurde. Während der Einleitungsphase des Interviews achteten die Interviewerinnen ausdrücklich darauf, Druck zu vermeiden, ausreichend Zeit für die Entscheidung zur Teilnahme, sowie zur Beantwortung von Fragen zu gewähren und Rückfragen zu ermöglichen. Auch auf die Möglichkeit, das Interview jederzeit abzulehnen oder zu beenden, wurde gesondert deutlich hingewiesen. Im Anschluss wurden die Probanden über die Einhaltung des Datenschutzes informiert. Des Weiteren erfolgte die Aufklärung über die zufällige und ohne Namenszuordnung erfolgte Auswahl der Telefonnummern.

Die Fragen und Antwortmöglichkeiten waren festgelegt und wurden in einer bereits vorbestimmten Reihenfolge am Computer im Verlauf der Befragung vorgegeben. Die gegebenen Antworten der Probanden legten den Ablauf und die folgende Fragenauswahl mit Hilfe der automatischen Filterfunktion fest. Besonderer Wert wurde während des gesamten Interviews darauf gelegt, die Probanden nicht unter Druck zu setzen und ausreichend Zeit für die Beantwortung der einzelnen Fragen einzuräumen. Eine programmgesteuerte, detaillierte Ablaufkontrolle, die den Begrüßungstext, kontextbezogene Erläuterungen bei Nachfragen der Respondenten und insbesondere die Fragensequenz und -formulierungen umfasste, minimierte die Variabilität innerhalb der einzelnen Interviewerinnen bei verschiedenen Interviews ebenso wie die Variabilität zwischen den Interviewerinnen. Bis auf wenige Fragen wurden keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben, um die freie Assoziation des Befragten nicht einzuschränken. Die Dateneingabe erfolgte während des Interviews entweder als Zahlencodes oder in Textform direkt in den Computer. Durch Begrenzung der Eingabemöglichkeit auf gültige Antworten oder Wertebereiche konnten versehentliche Fehleingaben größtenteils vermieden werden.

Aus Rücksicht auf die Privatsphäre der Probanden, sowie um einen Selection- Bias im Sinne einer Unterrepräsentativität von Berufstätigen zu vermeiden, wurden die Befragungen hauptsächlich werktags zwischen 16.00 und 20.00 Uhr durchgeführt. Auf Wunsch der Kontaktperson konnten auch individuelle Termine zu jeder anderen Zeit vereinbart werden.

2.5. Aufbereitung der Fragen und Analysemethoden

Im diesem Abschnitt folgt eine Darstellung der Aufbereitung der Fragen, die sich an die Datenerhebung anschloss. Außerdem sollen sie angewandten Analysemethoden erläutert werden.

Bei einem Großteil der Fragen hatten die Respondenten die Möglichkeit, offen zu antworten. Den Interviewerinnen wurden Antwortmöglichkeiten, sowie ein Feld für freien Text auf dem Monitor angezeigt. Sie hatten die Möglichkeit, die offen gegebenen Antworten in vorgegebene Kategorien einzuordnen oder, wenn keine passende Vorgabe vorhanden war, freien Text zu formulieren und einzugeben. Bevor mit der eigentlichen Auswertung begonnen werden konnte, mussten die offenen Antworten, also diejenigen, die als freier Text eingegeben worden waren, rekodiert werden. Diese Rekodierung fand in einem Modul des Programms Interviewer Suite[®] statt, wobei für jede offene Antwort ein neuer Code festgelegt wurde. Alle gleichen Antworten wurden dann mit dem gleichen Code belegt. Auf diese Weise erfolgte die Eliminierung sämtlicher freier Texte. Da mit diesem Programm eine statistische Auswertung nur in begrenzterem Maße als gewünscht möglich gewesen wäre, wurden die Datensätze mit Hilfe des Moduls Extract in ein Statistikprogramm extrahiert.

Im Anschluss an die Plausibilitätsprüfung kamen zunächst deskriptive Methoden zur Auswertung der Datensätze zur Anwendung. Diese wurden durchgeführt, um sowohl die Gesamtpopulation der Interviewten zu beurteilen, als auch die Nutzer von Alternativverfahren gegenüber denen zu beschreiben, die keine Erfahrung mit diesen Verfahren hatten. Deskriptive Statistiken fanden auch Anwendung bei der Non-Responder-Analyse. Es wurden Deskriptionen mit Berechnung von relativen Häufigkeiten, Medianen, Standardabweichungen, Minima und Maxima durchgeführt.

Für die Signifikanzprüfung kamen verschiedene Verfahren zur Anwendung. Zur Prüfung von Hypothesen im Rahmen der schließenden Statistik kam der T-Test als Beispiel für ein parametrisches Verfahren zur Anwendung. Am häufigsten wird der Begriff T-Test für einen Hypothesentest benutzt, der untersucht, ob sich die arithmetischen Mittel zweier Stichproben signifikant unterscheiden. Nichtparametrische Verfahren wie beispielsweise der Mann-Whitney-U-Test wurden eingesetzt, wenn die Voraussetzungen für einen T-Test verletzt waren. Der U-Test von

Mann und Whitney dient dazu, zu überprüfen, ob zwei Stichproben derselben Grundgesamtheit entstammen. Der Zusammenhang zwischen zwei oder mehr diskreten Variablen wurde dem χ^2 - beziehungsweise dem χ^2 -Trend-Test unterzogen. Gegenstand der Tests ist der Vergleich zwischen einer empirisch gefundenen und einer theoretisch angenommenen Häufigkeitsverteilung der Ausprägungen eines Merkmals. Unterschiede zwischen den Anwendern und Nichtanwendern alternativer Methoden oder auch zwischen verschiedenen therapeutischen Methoden konnten so statistisch belegt werden.

Des Weiteren wurden lineare Regressionsanalysen berechnet, mit deren Hilfe gerichtete Zusammenhänge von abhängigen Variablen auf unabhängige Variablen untersucht werden können. In der linearen Regression bildete die Lebensqualität die abhängige Variable, die Inanspruchnahme alternativer Verfahren, die Schulbildung und das Geschlecht fungierten als unabhängige Variablen.

Im Rahmen der oben beschriebenen Tests ergaben sich unter anderem Odds Ratios (OR). Das Odds Ratio ist ein Maß für den Zusammenhang zwischen einer Faktorvariablen und dem Eintreten eines Ereignisses. Es gibt die relativen Chancen für das Ereignis bei Vorhandensein des Merkmals im Vergleich zum Nichtvorhandensein des Merkmals wider. Als Vorhandensein des Merkmals wurde hier die Nutzung von Alternativverfahren definiert. Als Maß der Stabilität wurden 95%-Konfidenzintervalle (KI) angegeben. Das 95%-Konfidenzintervall beschreibt den Bereich von Werten, in dem mit 95%iger Wahrscheinlichkeit das wirkliche Ergebnis für die gesamte Population liegt, aus der die Probanden für die Studie ausgewählt wurden.

Alle statistischen Analysen wurden am PC mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 12.0 durchgeführt.

3. Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten werden deskriptive Ergebnisse und bivariate Vergleichsuntersuchungen dargestellt. Aspekte der Soziodemografie des Teilnehmerkollektivs, aktuelle Erkrankungen bzw. die gesundheitsbezogene Lebensqualität werden näher betrachtet. Die alternativmedizinische Behandlung unter besonderer Berücksichtigung der Kosten alternativer Verfahren, die Lebens- und Gesundheitseinstellung bzw. das Gesundheitsverhalten des Studienkollektivs stellen ebenfalls Gegenstände dieser Arbeit dar.

Weitere Daten, die im angewandten Fragebogen kurz erwähnt wurden, werden in der vorliegenden Untersuchung nicht näher beleuchtet, da sie Gegenstand einer anderen Dissertationsarbeit sind. Hierzu zählt, inwieweit die Schulmedizin im Studienkollektiv zur Anwendung kam stellt. Auch die alternativmedizinische Behandlung bei Kindern wird in der vorliegenden Arbeit nicht näher beleuchtet.

Die Prozentzahlen der Tabellen in den folgenden Abschnitten addieren sich nicht immer auf 100% auf. Dies ist damit zu begründen, dass die Probanden häufig die Möglichkeit hatten, Mehrfachantworten zu geben.

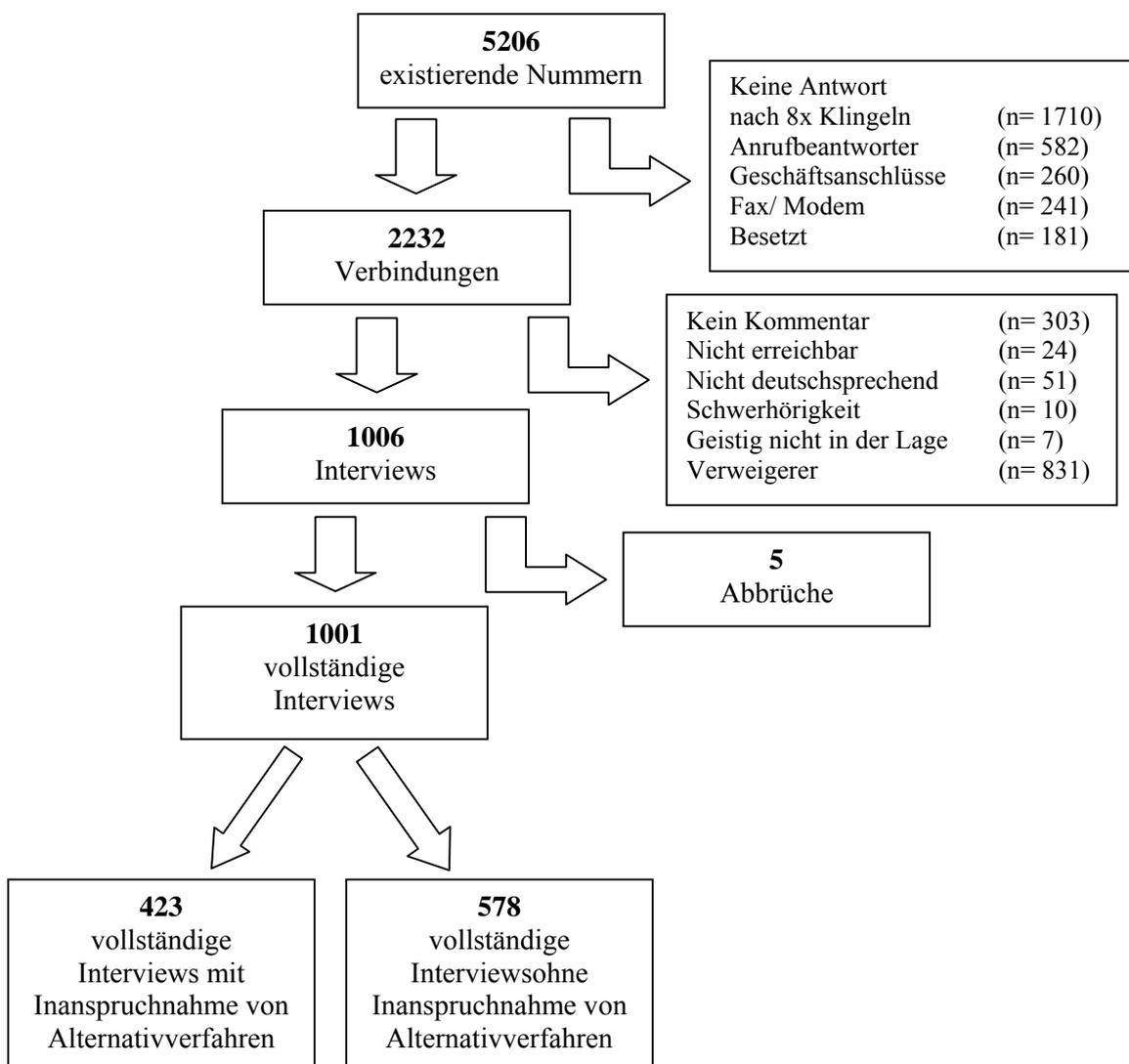
3.1. Studienkollektiv

3.1.1. Teilnahmeverhalten

Aus dem Studienkollektiv von 5206 existierenden Telefonnummern aus dem Raum Lübeck und Umgebung konnten 1006 Personen befragt werden. Die Gründe für nicht geführte Interviews sind den folgenden Abschnitten und der Non- Responder- Analyse zu entnehmen.

Wie in der Abbildung 3 zu erkennen ist, wurden 1001 vollständige Interviews durchgeführt. 423 Interviews wurden mit Personen durchgeführt, die Alternativverfahren in Anspruch genommen hatten und 578 mit Personen, bei denen dies nicht der Fall war.

Abbildung 3: Einschluss der Studienteilnehmer



Von den 5206 oben beschriebenen existierenden Nummern gingen 2974 Verbindungen auf Grund von nicht erreichbaren Anschlüssen (57,5%), Anrufbeantwortern (19,6%), Geschäftsanschlüssen (8,7%), Fax bzw. Modems (8,1%) und besetzten Leitungen (6,1%) verloren.

Die restlichen 2232 Telefonate führten zu 1006 Interviews, sowie 1226 weiteren Verbindungen. Von den 1226 weiteren Verbindungen legten 303 Probanden kommentarlos auf. 24 Zielpersonen waren im gesamten Befragungszeitraum nicht erreichbar, 51 weitere sprachen kein Deutsch. Zudem waren unter den erreichten Kontaktpersonen 10, die auf Grund ihrer Schwerhörigkeit die Fragen nicht beantworten

konnten, sowie 7 weitere, die geistig nicht in der Lage waren, dem Interview zu folgen. 831 Personen lehnten die Teilnahme am Interview ab.

Von den 1006 Interviews brachen fünf Probanden das Gespräch vorzeitig ab. Eines der abgebrochenen Gespräche wurde nach dem Fragenblock zur Ernährung beendet, ein weiteres nach der Frage zum Konsum von Medikamenten. Darüber hinaus wurde die Verbindung von einem Interviewpartner nach der Frage zur Inanspruchnahme von Alternativverfahren unterbrochen. Zwei weitere Kontaktpersonen beendeten das Interview, eine während der Fragen zum ersten alternativen Verfahren, die andere kurz vor Ende der Befragung während der Erfassung der Einnahme von Vitaminpräparaten. Unter den Abbrechern befanden sich vier Frauen und ein Mann. Zwei von den fünf Respondenten hatten bereits Erfahrungen mit Alternativverfahren, einer gab an, noch keine Alternativmedizin in Anspruch genommen gehabt zu haben. Zwei Probanden brachen das Interview ab, bevor die Frage zur Inanspruchnahme gestellt wurde.

Zusammenfassend ergaben die 1001 vollständig geführten, sowie die 5 abgebrochenen Interviews, die 831 Verweigerer, sowie die 303 erreichten Personen, die den Kontakt unmittelbar abbrachen, ein mögliches Studienkollektiv von 2140 Personen. Bei 1001 vollständig geführten Interviews entspricht dies einer Teilnehmerate von 46,8%.

Durchschnittlich dauerte ein Interviews 11,7 Minuten, wobei Gespräche ohne Alternativverfahren aufgrund des geringeren Fragenaufkommens mit durchschnittlich 9 Minuten Dauer signifikant kürzer waren als Interviews mit Alternativverfahren, die durchschnittlich 15,3 Minuten dauerten ($p < 0,001$). Die Dauer des längsten Interviews betrug 49 Minuten und die des kürzesten 4, 4 Minuten.

3.1.2. Non- Responder- Analyse

Von den 831 Verweigerern wurde das Geschlecht, der Ablehnungsgrund sowie eine etwaige Erfahrung mit Alternativverfahren erfasst, dokumentiert und in Form einer Non- Responder- Analyse ausgewertet. Der Großteil der Verweigerer, nämlich 662 Personen, begründeten ihre Verweigerung mit mangelndem Interesse (79,7%). Seltene Gründe für die Nichtteilnahme am Interview waren gesundheitliche Ursachen (7,2%) oder keine Zeit (6,3%). Einige Probanden lehnten die Teilnahme an einem Telefoninterview grundsätzlich ab und begründeten ihre Entscheidung mit Misstrauen

in den Datenschutz (5,4%) oder zu häufigen Befragungen in der Vergangenheit (3,0%). Nur wenige bezweifelten den Sinn und Zweck der Befragung und lehnten aus diesem Grunde ab (1,2%). 2 Probanden gaben an, sich der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig zu fühlen, um an einer solchen Befragung am Telefon teilzunehmen. 2,2% der Probanden gaben keinen Grund für die Nichtteilnahme an. Die in diesem Abschnitt beschriebenen Daten finden sich nochmals in Tabelle 2 zusammen gestellt.

Tabelle 2: Ablehnungsgründe

Ablehnungsgrund	Prozent
Kein Interesse	79,7%
Gesundheitliche Gründe	7,2%
Grundsätzlich keine Zeit	6,3%
Misstrauen in den Datenschutz	5,4%
Zu häufige Befragungen	3,0%
Keine Angabe	2,2%
Zweifel an Sinn und Zweck der Befragung	1,2%
Mangelnde Deutschkenntnisse	0,2%

Von den Non- Respondern waren 65,5% weiblichen Geschlechts im Gegensatz zu 62,8% der Teilnehmer, was nicht signifikant war. Unter den Nichtteilnehmern hatten 24,5% Erfahrungen mit Alternativmedizin gemacht, bei den Teilnehmern waren es 42,3% (OR 2,26 (95% KI 1,82-2,80)). 151 Non- Responder (18,2%) machten keine Angabe zu ihren Erfahrungen mit alternativen Verfahren.

Bei Betrachtung der Gesamtgruppe von Respondern und Non- Respondern ergibt sich eine Inanspruchnahme von 35,1%. 64,9% der Gesamtpopulation sind noch nie mit alternativen Verfahren in Berührung gekommen. Interviewpartner, die sich zur Inanspruchnahme nicht äußerten, wurden in die Berechnung nicht einbezogen.

Die Nichtteilnehmer, die Erfahrungen mit Alternativverfahren angaben, waren zu 71,7% Frauen und zu 28,3% Männer. Wird die Gesamtpopulation (n=1832) betrachtet, so sind 72,5% der Nutzer weiblich und 27,5% der Nutzer männlich (OR 1,74 (95% KI 1,40-2,17)).

3.2. Soziodemografische Faktoren

Alle Ergebnisse bezogen sich auf die Antworten von 1001 interviewten Probanden. Von den 1001 befragten Personen gaben 796 (79,6%) an, an mindestens einer Erkrankung in den letzten 12 Monaten gelitten zu haben oder zum Befragungszeitpunkt zu leiden. Als völlig gesund bezeichneten sich 205 (20,5%) der Probanden. Da in der Frage nach den Erkrankungen Mehrfachnennungen möglich waren, wurden 1835 Erkrankungsmanifestationen erfasst. Die am häufigsten genannten Erkrankungen waren chronische Schmerzen (45,3%), Herz- Kreislauf- Erkrankungen (32,9%), Erkältungen mit Fieber (27,8%) und Allergien (21,2%).

Unter den 1001 Interviewpartnern waren 423 (42,3%), die bereits Erfahrungen mit Alternativverfahren gemacht hatten. Insgesamt wurden 652 Erfahrungen mit alternativen Heilmethoden dokumentiert. Nannte ein Proband mehr als ein Alternativverfahren, so wurden maximal die drei zuerst genannten Verfahren genauer erfragt, was letztendlich zu 640 dokumentierten ausführlichen Erfahrungen mit alternativen Heilmethoden führte.

Von den 1001 befragten Probanden waren 62,8% weiblich. Der Frauenanteil war bei den Nutzern alternativmedizinischer Verfahren mit 72,8% signifikant höher als bei den Nichtnutzern mit 55,5% (OR 2,14 (95% KI 1,64 – 2,81)). Der Altersmedian der gesamten Stichprobe lag bei 48 Jahren. Die Nutzer von Alternativverfahren unterschieden sich mit einem Altersmedian von 47 Jahren nur leicht von den Nichtnutzern mit einem Altersmedian von 49 Jahren. Die Spannweite des Alters lag zwischen 18 und 96 Jahren. Der Großteil der Probanden, nämlich 43,9%, befand sich

in den Altersgruppen von 31 bis 50 Jahren. Für die höchste erreichte Schulbildung zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen Nutzern und Nichtnutzern alternativmedizinischer Verfahren. Die Anwender von Alternativverfahren verfügten durchschnittlich über eine signifikant höhere Schulbildung als die Nichtnutzer. Von den Nutzern alternativer Verfahren wiesen 36,6% Fachabitur oder Abitur auf, gegenüber 27,9% der Nichtnutzer. Zusammenfassend waren die Nutzer tendenziell mittleren Alters, zu einem signifikant höheren Anteil Frauen und besser ausgebildet ($p < 0,001$). Die demografischen Basisdaten sind für die Gesamtgruppe, sowie aufgeteilt nach Nutzern und Nichtnutzern in Tabelle 3 noch einmal zusammengefasst.

Tabelle 3: Demografische Basisdaten von Nutzern und Nichtnutzern alternativmedizinischer Verfahren

	Nutzer	Nichtnutzer	Gesamt
Alter in Jahren	(n = 419)	(n = 578)	(n = 997)**
< 31	6,4%	14,9%	11,3%
31 – 40	26,3%	18,0%	21,5%
41 - 50	25,3%	20,2%	22,4%
51 – 60	13,6%	15,4%	14,6%
61 - 70	17,7%	18,9%	18,4%
> 70	10,7%	12,6%	11,8%
Geschlecht	(n = 423)	(n = 578)	(n = 1001)
weiblich	72,8% ⁺⁺	55,5% ⁺⁺	62,8%
männlich	27,2% ⁺⁺	44,5% ⁺⁺	37,2%
Höchster Schulabschluss	(n = 421)	(n = 573)	(n = 994)⁺
keiner	1,7%	4,4%	3,2%
Hauptschulabschluss	25,4%	37,9%	32,6%
Realschule	36,3%	29,8%	32,6%
Abitur	36,6%	27,9%	31,6%*

* Trend Test $p < 0,001$

⁺⁺signifikant (OR siehe Text)

**vier Personen machten keine Angabe

⁺sieben Personen machten keine Angabe

Von den 1001 befragten Probanden gaben 66,9% an, in einer festen Partnerschaft zu leben. Von diesen zählten 41,6% zu den Nutzern alternativmedizinischer Verfahren, 58,4% hatten noch keine Erfahrungen mit Alternativverfahren gemacht. Es zeigten sich hier keine signifikanten Unterschiede zu den Probanden ohne feste Partnerschaft.

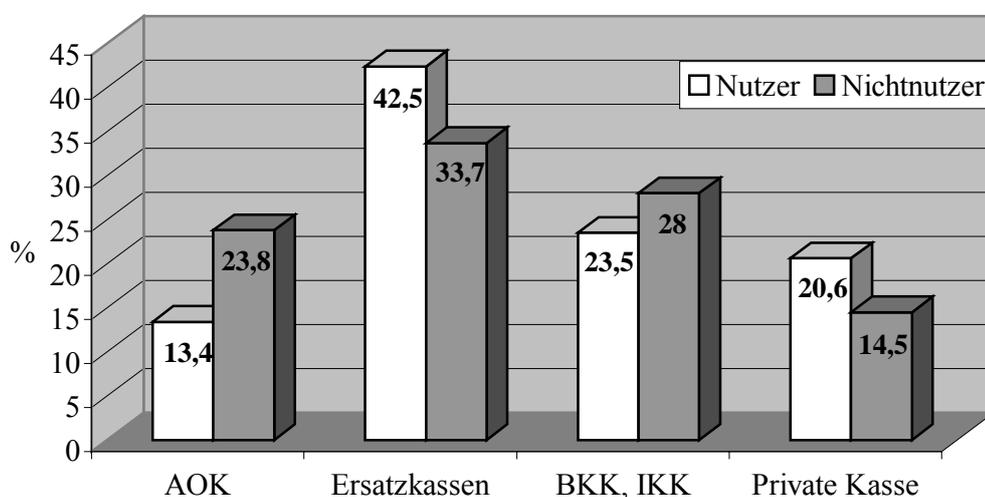
55,1% der Probanden gaben als Familienstand verheiratet und mit dem Ehepartner zusammenlebend an, 11,2% der befragten Probanden lebten in einer eheähnlichen Gemeinschaft („eine Lebensgemeinschaft zwischen einem Mann und einer Frau, die auf Dauer angelegt ist, daneben keine weitere Lebensgemeinschaft gleicher Art zulässt und sich durch innere Bindungen auszeichnet, die ein gegenseitiges Einstehen der Partner füreinander begründen, also über die Beziehungen in einer reinen Haushalts- und Wirtschaftsgemeinschaft hinausgehen“ (BVerfGE 87, 234, 264)). 12,9% der Probanden waren ledig und ohne festen Partner, 20,8% der Befragten alleinstehend (geschieden, verwitwet oder getrennt lebend). Wird die Inanspruchnahme näher betrachtet, so findet sich bei den Verheirateten eine Anwendung von Alternativverfahren von 40,5%, bei den Alleinstehenden von 42,3% und bei den Ledigen eine Nutzung alternativmedizinischer Methoden von 43,4%. Nur bei denjenigen, die angaben, in eheähnlicher Gemeinschaft zu leben, fand sich eine etwas höhere Inanspruchnahme (48,2%), was jedoch nicht signifikant war.

Der Großteil der Respondenten, 82,9%, gab an, in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert zu sein. So waren 37,3% der Befragten Mitglied einer Ersatzkrankenkasse wie der TKK oder der Barmer Ersatzkasse. Weitere 26,1% gehörten einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse an, 19,4% der allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK). 17,1% der Respondenten nannten eine private Krankenkasse als Versicherungsträger. Von diesen 17,1% Privatversicherten gaben 23,2% an, über eine private Zusatzversicherung zu verfügen. Von den 1001 Probanden machten 13 Befragte keine Angabe zu ihrem Versicherungsstatus.

Bei Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Versicherungsstatus und Inanspruchnahme alternativer Methoden zeigten sich Differenzen zwischen Anwendern und Nichtanwendern. Nutzer alternativer Verfahren waren zu 13,4% Mitglied der allgemeinen Ortskrankenkasse, Nichtnutzer zu 23,8% (OR 1,98 (95% KI 1,41-2,78)); bei den gesetzlichen Ersatzkrankenkassen waren es 42,5% bzw. 33,7%

(OR 0,67 (95% KI 0,52-0,87)). Betriebs- und Innungskrankenkassen fungierten in 23,5% als Versicherungsträger der Nutzer, in 28,0% als der der Nichtnutzer. Dieser Unterschied war nicht signifikant. 20,6% der Anwender waren Mitglied einer privaten Krankenversicherung sowie 14,5% der Nichtnutzer (OR 0,66 (95% KI 0,47-0,91)). Grafisch dargestellt sind diese Zahlen in Abbildung 4.

Abbildung 4: Versicherungsstatus von Nutzern und Nichtnutzern alternativer Verfahren



Bei der Berufstätigkeit ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Nutzern und Nichtnutzern alternativmedizinischer Verfahren feststellen. Insgesamt gaben 50,9% der Befragten an, berufstätig zu sein. Von den Nutzern waren 52,8% berufstätig, bei den Nichtnutzern waren es 49,5%. Es handelte sich hierbei nicht um einen signifikanten Unterschied.

Zwei Drittel derjenigen, die angaben, berufstätig zu sein, waren voll berufstätig (66,7%), 28,3% waren teilzeitbeschäftigt, also 15 bis 34 Stunden pro Woche. Ein geringer Teil, 4,9% der Befragten, waren stundenweise beschäftigt. Von denjenigen, die voll berufstätig waren, nahmen 39,8% alternativmedizinische Verfahren in Anspruch, bei den Teilzeitbeschäftigten waren es 52,1% (OR 1,64 (95% KI 1,13-2,38)).

Diejenigen Probanden, die nicht berufstätig waren, machten Angaben zu ihrer derzeitigen Situation. 62,0% der Nicht-Berufstätigen waren verrentet, in 18,9% der Fälle handelte es sich um Hausfrauen oder -männer. Weitere 10,5% bzw. 8,6% gaben an, arbeitslos bzw. in einer Ausbildung zu sein. Beim Vergleich der derzeitigen Situation von Nutzern und Nichtnutzern fanden sich keine signifikanten Unterschiede. Eine detaillierte Aufschlüsselung der Daten in Bezug auf die Inanspruchnahme findet sich in Tabelle 4.

Tabelle 4: Derzeitige Situation bei Nichtberufstätigkeit

	Nutzer (n = 197)	Nichtnutzer (n = 291)	Gesamt (n = 488)
Verrentet	62,4%	61,7%	62,0%
Hausfrau/ Hausmann	21,3%	17,2%	18,9%
Arbeitslos	9,1%	11,4%	10,5%
In Ausbildung	7,1%	9,7%	8,6%

3.3. Lebens- und Gesundheitseinstellung

Das Gesundheitsverhalten der Probanden wurde für verschiedene Bereiche erfasst. Zu diesen Bereichen zählten einerseits der Kaffee- und Nikotinkonsum, andererseits das Sportverhalten. Des Weiteren wurden Ernährungsgewohnheiten und der Alkoholkonsum erfragt. Auch die Verwendung von Schlaf- und Schmerzmitteln sowie bei weiblichen Probanden die Einnahme von Hormonpräparaten bzw. Antikonzeptiva wurden dokumentiert. Diese Angaben sollten Hinweise liefern, um die Lebens- und Gesundheitseinstellung der Testpersonen einschätzen zu können. Ein Teil der erhobenen Daten findet sich in Tabelle 5.

Ein deutlich signifikanter Unterschied zeigte sich im Rauchverhalten (OR 1,68 (95% KI 1,27-2,23)) und bei gesunder Ernährung (OR 0,57 (95% KI 0,39-0,81)) zwischen Nutzern und Nichtnutzern. Als gesunde Ernährung wurde der mindestens mehrmals

wöchentliche Konsum von Obst, Gemüse, Müsli und Vollkornbrot definiert. Auch im Bereich der sportlichen Betätigung (OR 0,73 (95% KI 0,56-0,93)) zeigte sich ein Unterschied zwischen Anwendern und Nichtanwendern. Weder der Kaffee- noch der allgemeine Alkoholkonsum wies eine solche Differenz auf. Auch die Medikamenteneinnahme zeigte nur geringfügige Unterschiede.

Tabelle 5: Gesundheitsverhalten von Nutzern und Nichtnutzern alternativmedizinischer Verfahren

	Nutzer (n = 422)*	Nichtnutzer (n = 578)	Gesamt (n = 1000)
Rauchen	23,9%	34,6%	30,1%
Alkohol (täglich / mehrmals pro Woche)	28,9%	30,8%	30,0%
Kaffee (täglich)	81,3%	83,4%	82,5%
Sport (täglich / mehrmals pro Woche)	47,2%	39,3%	42,6%
Gesunde Ernährung	27,9%	17,5%	21,9%
Medikamenteneinnahme (Schlaf-/ Schmerzmittel)	72,5%	66,8%	69,2%

*Ein Proband machte in diesem Bereich keine Angaben.

Der oben beschriebene signifikante Unterschied im Bereich des Rauchverhaltens zeigt sich besonders deutlich bei den starken Rauchern (mehr als 19 Zigaretten pro Tag) und den Nichtraucher. 9,2% der Nutzer von alternativen Verfahren waren starke Raucher, im Gegensatz zu 15,9% in der Gruppe der Nichtnutzer. Bei den Nichtrauchern verhielt es sich konträr. 75,9% der Anwender von Alternativverfahren waren Nichtraucher,

65,4% derjenigen, die noch nie Alternativmedizin in Anspruch genommen hatten, waren Nichtraucher.

Obwohl sich im Bereich des allgemeinen Alkoholkonsums, wie bereits oben beschrieben, keine signifikanten Unterschiede zwischen Nutzern und Nichtnutzern zeigten, wurden bei der genaueren Auswertung der verschiedenen Alkoholarten Divergenzen deutlich. So präsentierte sich der regelmäßige Rotweinkonsum der Anwender alternativmedizinischer Verfahren signifikant höher (49,2%) als der der Nichtnutzer mit 39,3% ($p < 0,005$). Im Gegensatz dazu lag der Bierkonsum bei den Nichtnutzern mit 55,9% höher als bei den Nutzern (49,9%). Hierbei handelte es sich jedoch nicht um einen signifikanten Unterschied. Bei anderen Alkoholarten, wie hochprozentigem Alkohol, Weißwein oder Alcopops zeigten sich kaum Unterschiede. Ein linearer Zusammenhang zeigte sich bei der sportlichen Aktivität (Trend- Test $p < 0,005$). So war festzustellen, dass Nutzer alternativmedizinischer Verfahren deutlich häufiger Sport trieben, im Gegensatz zu den Nichtanwendern, die sich insgesamt seltener sportlich betätigten.

Auch die Ernährungsgewohnheiten wurden noch detaillierter als oben beschrieben erfasst. Ein höherer Konsum bei den Nutzern als bei den Nichtnutzern fand sich bei Müsli ($p < 0,001$), Vollkornbrot ($p < 0,05$) und Vollkornkeksen ($p < 0,05$). Andersherum verhielt es sich bei Weißbrot ($p < 0,005$), Fleisch ($p < 0,01$) und Dosengerichten ($p < 0,05$), bei denen der Konsum bei den Nichtanwendern alternativmedizinischer Verfahren höher lag als bei den Anwendern. Beim Verzehr von Chips, Süßigkeiten, Fisch, Obst/Gemüse und Fastfood zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Im Bereich der allgemeinen Medikamenteneinnahme zeigten sich kaum Unterschiede zwischen Nutzern und Nichtnutzern, jedoch bei detaillierterer Auswertung des Schmerzmittelkonsums. Bei der Einnahme von Schmerzmitteln lagen die Anwender von Alternativmedizin mit 71,6% signifikant ($p < 0,05$) höher als die Nichtanwender mit 65,1%. Eine solche Differenz ließ sich beim Schlafmittelkonsum nicht finden.

Bei den weiblichen Probanden wurde die Einnahme von Hormonpräparaten oder Antikonzeptiva erfasst. Insgesamt wurde die Frage in 24,5% der Fälle bejaht, wobei sich keine Unterschiede zwischen Nutzern und Nichtnutzern aufweisen ließen.

3.4. Aktuelle Erkrankungen

Von den 1001 befragten Personen gaben 205 (20,5%) an, in den letzten 12 Monaten oder aktuell unter keiner Erkrankung gelitten zu haben oder zu leiden. 5 Probanden wollten zu dieser Frage keine Angabe machen. 791 der befragten Testpersonen machten Angaben über ihre aktuellen Erkrankungen, dies entspricht 79,0% aller Befragten. Da bei dieser Frage Mehrfachnennungen möglich waren, wurden insgesamt 1835 Erkrankungsmanifestationen dokumentiert. Die 10 am häufigsten genannten Erkrankungen sind in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Erkrankungen in den letzten 12 Monaten

Erkrankung	Anzahl	Prozent
Chronische Schmerzen	358	45,3%
Herz- Kreislauf- Erkrankungen	260	32,9%
Erkältungen mit Fieber	220	27,8%
Allergien	168	21,2%
Stoffwechselerkrankungen	134	16,9%
Psychologische Beschwerden	95	12,0%
Hauterkrankungen	89	11,3%
Harnwegserkrankungen	86	10,9%
Gynäkologische Beschwerden	85	10,7%
Chronische Magen-Darm-Probleme	83	10,5%

Die restlichen 257 Erkrankungsmanifestationen verteilten sich auf chronische Befindlichkeitsstörungen, Lungenerkrankungen, Gallenblasen- und Lebererkrankungen, Tumorleiden, Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes, neurologische Erkrankungen, Augen- und Ohrenleiden, chronische Entzündungen und Infektionen. An einer Tumorerkrankung litten zum Befragungszeitpunkt 28 Personen. Am häufigsten genannt wurden Melanome und Basaliome (21,4%), Mamma- (17,9%), Ovarial- oder Endometrium- (14,3%) sowie Nierenzellcarcinome (10,7%).

Auf Grund von bereits oben erwähnten Mehrfachnennungen variierte die Anzahl der von einer Person genannten aktuellen Beschwerden bzw. in den letzten 12 Monaten durchgemachten Erkrankungen. 26,9% der Respondenten gaben eine und 24,2% gaben zwei Erkrankungen an. Maximal wurden acht Beschwerden genannt, was in 0,2% der Fälle zutraf.

3.5. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde für fünf verschiedene Lebensbereiche erfragt. Die Probanden sollten angeben, wie stark sie sich in den genannten Bereichen durch ihre zuvor erfassten Erkrankungen eingeschränkt fühlten. Die Lebensqualität wurde unabhängig von der Art der Erkrankung erfasst. Die Dokumentation erfolgte sowohl bei chronischen Leiden als auch bei akuten Erkrankungen, unabhängig davon, ob die Beschwerde zum Zeitpunkt der Befragung bestand oder in den letzten 12 Monaten aufgetreten war. Wenn keine Beschwerden angegeben worden waren, wurde dieser Fragenblock übersprungen. Die Bereiche, in denen die Probanden den Grad ihrer Einschränkung beurteilten, waren „körperliches Wohlergehen“, „psychisches Wohlergehen“, „Umgang mit Partner und Freunden“, „Arbeitsplatz“ und „Freizeitaktivität“. Die Ergebnisse der Einzelfragen konnten Werte von 1 für „gar nicht“ bis 5 für „sehr stark“ annehmen und finden sich in Tabelle 7 in Form von Mittelwerten zusammengefasst. Außerdem 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 Erkrankung(en) auf die gesamte Lebensqualität darstellte.

Tabelle 7: Gesundheitsbezogene Lebensqualität

	Alle (n=796)	Nutzer (n=353)	Nichtnutzer (n=443)	p
Körper	3,12	3,31	2,96	<0,001
Psyche	2,14	2,30	2,01	<0,01
Partner und Freunde	2,18	2,28	2,11	n. s.
Arbeitsplatz	2,61	2,74	2,51	<0,05
Freizeit	2,73	2,91	2,59	<0,01
Gesamt	12,78	13,55	12,17	<0,01

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wies bei Anwendern und Nichtanwendern von Alternativverfahren deutliche Unterschiede auf. Dies zeigte sich in Form einer stärkeren subjektiven Beeinträchtigung der Lebensqualität, die die Nutzer von Alternativverfahren durch ihre Erkrankung empfanden. Sowohl auf die gesamte Lebensqualität als auch auf die Bereiche körperliches und psychisches Wohlergehen war dies zutreffend. Auch die Belastung am Arbeitsplatz, sowie die subjektive Beeinträchtigung bei der Freizeitgestaltung durch die Erkrankung wurde durch die Nutzer alternativmedizinischer Methoden höher eingeschätzt als durch die Nichtnutzer. Einzig die Einschränkung beim Umgang mit Partner und Freunden empfanden die Nichtanwender und Anwender von Alternativverfahren in etwa gleich. Um die in diesem Abschnitt beschriebenen Unterschiede deutlich zu machen, wurde ein T-Test durchgeführt und die entsprechenden p-Werte in Tabelle 7 angegeben.

Zusätzlich erfolgte die Durchführung einer linearen Regressionsanalyse. Als abhängige Variable wurden die verschiedenen Bereiche der Lebensqualität definiert. Als unabhängige Variablen fungierten die Nutzung alternativer Heilmethoden gegenüber der Nichtnutzung, Geschlecht und Schulbildung. Es wurde auch hier deutlich, dass die Nutzer alternativer Verfahren eine schlechtere Lebensqualität aufweisen als die Nichtnutzer. Des Weiteren zeigte sich, dass Frauen, sowie Probanden mit einer niedrigeren Schulbildung unter einer schlechteren Lebensqualität leiden als Männer oder Probanden mit einer höheren Schulbildung. Außerdem weist die lineare Regression auf eine schlechtere Lebensqualität bei Probanden jüngeren Alters hin. Das heißt, die Nutzer haben auch nach Kontrolle für Alter, Geschlecht und Schulbildung eine signifikant stärkere Beeinträchtigung der Lebensqualität als Nichtnutzer. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse mit der Angabe von Beta und dem dazugehörigen p-Wert finden sich in Tabelle 8.

Tabelle 8: Lineare Regressionsanalyse für die Lebensqualität von Nutzern gegenüber Nichtnutzern alternativmedizinischer Verfahren

	Inanspruchnahme Beta (p-Wert)	Geschlecht (Frauen) Beta (p-Wert)	Alter Beta (p-Wert)	Schulabschluss Beta (p-Wert)
Körperliches Wohlergehen	0,11 (<0,01)	0,11 (<0,01)	-0,09 (<0,01)	-0,04 (n. s.)
Psychisches Wohlergehen	0,07 (<0,05)	0,14 (<0,001)	-0,18 (<0,001)	-0,02 (n. s.)
Partner und Freunde	0,05 (n. s.)	0,10 (<0,01)	-0,13 (<0,001)	-0,04 (n. s.)
Arbeitsplatz	0,07 (<0,05)	0,07 (n. s.)	-0,14 (<0,001)	-0,07 (n. s.)
Freizeit	0,10 (<0,01)	0,06 (n. s.)	-0,13 (<0,001)	-0,05 (n. s.)
Gesamt	0,09 (<0,05)	0,11 (<0,01)	-0,15 (<0,001)	-0,05 (n. s.)

3.6. Alternativmedizinische Behandlung

3.6.1. Basisdaten zur Inanspruchnahme alternativer Verfahren

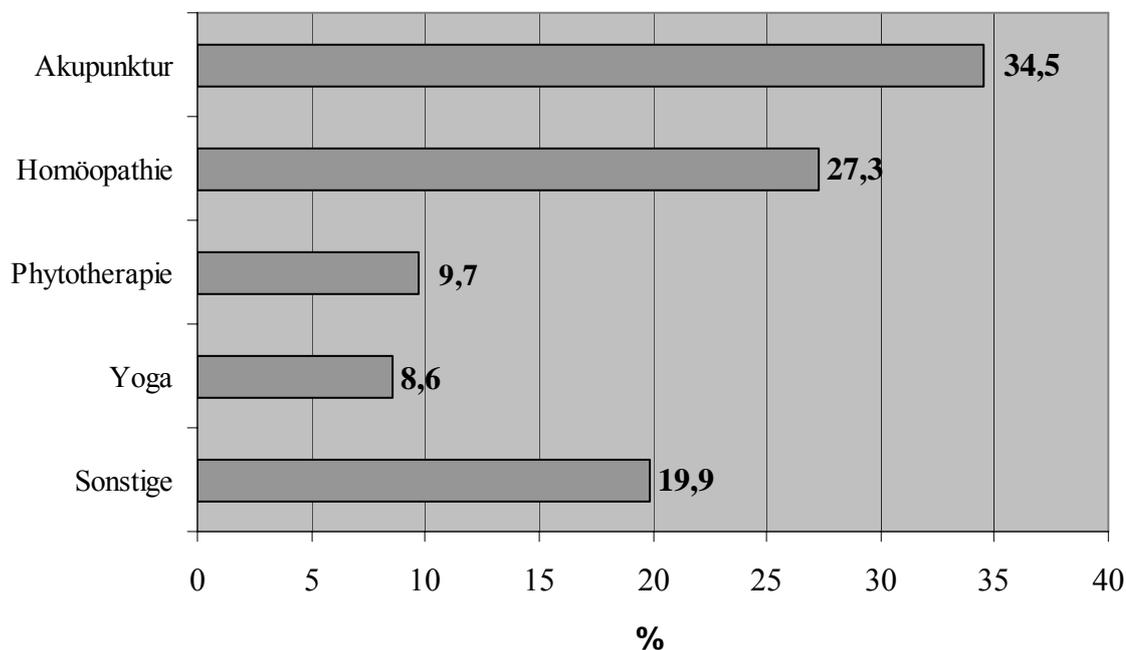
423 (42,3%) der 1001 befragten Kontaktpersonen nahmen mindestens einmal im Laufe ihres Lebens alternative Behandlungsverfahren in Anspruch. Größtenteils (61,0%) wurde ein einziges alternativmedizinisches Verfahren verwendet. In 26,7% der Fälle gaben die Nutzer Erfahrungen mit zwei verschiedenen Alternativverfahren an. Die restlichen 12,3% nahmen drei bis fünf verschiedene alternative Therapieformen in Anspruch. Überwiegend, in 36,3% der Fälle, wurden durch die alternativmedizinischen Verfahren chronische Schmerzen behandelt. Des Weiteren wurde das alternative Verfahren zur Therapie von Erkältungen (16,9%), zur allgemeinen Stärkung (14,7%), sowie zur Behandlung akuter Schmerzen (11,4%) verwendet. 66,0% der Nutzer ließen nur eine Beschwerde mit alternativen Verfahren behandeln; 23,4% der Anwender setzten Alternativmedizin zur Therapie von zwei Erkrankungen ein. Seltener (10,1%) erfolgte die Behandlung von drei oder mehr Erkrankungen durch alternative Methoden. Die 423 befragten Nutzer alternativer Verfahren nannten insgesamt 652 Alternativmethoden, mit denen sie im Laufe ihres Lebens in Berührung gekommen waren. Genauer erörtert wurden jedoch nur die drei zuerst genannten Verfahren, so dass eine Gesamtzahl an 640 Erfahrungen detaillierter erfasst wurde.

258 Probanden hatten mit nur einem Verfahren Erfahrungen gemacht, was 61,0% der Nutzer entsprach. Bei den verbleibenden 39,0% der Probanden, die zwei oder drei Behandlungsmethoden angewandt hatten, ergaben sich weitere 382 detaillierte Erfahrungen mit Alternativmedizin. 12 Verfahren waren als viertes oder fünftes Verfahren genannt, jedoch auf Grund der vorgegebenen Fragebogenstruktur nicht näher erfasst worden.

Die vier am häufigsten genannten alternativen Verfahren waren Akupunktur (34,5%), Homöopathie (27,3%), Phytotherapie (9,7%) und Yoga (8,6%). Sie finden sich in Abbildung 5 grafisch dargestellt.

Seltener genannte Verfahren waren Autogenes Training, Bachblütentherapie, TCM (QiGong, TaiChi), Bioresonanztherapie, sowie Besprechen.

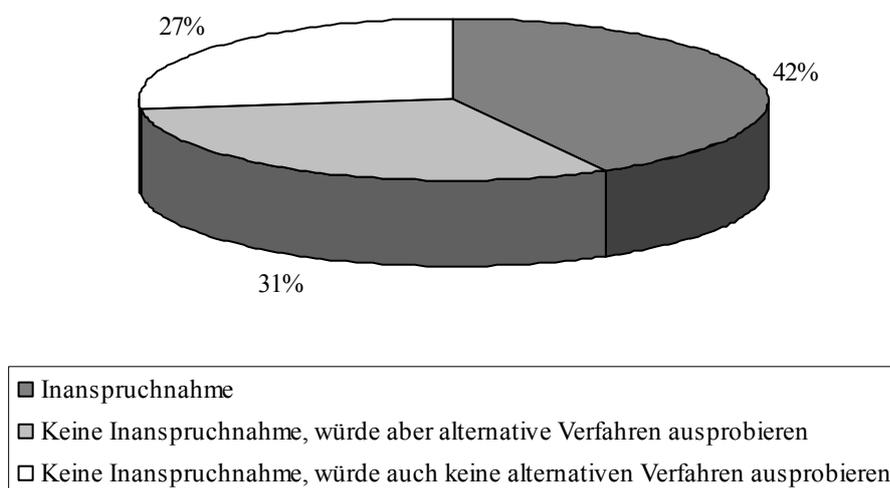
Abbildung 5: Anteile angewandter alternativmedizinischer Verfahren



Die 578 Personen, die noch keine Erfahrungen mit alternativen Verfahren gemacht hatten, wurden gebeten, die Gründe hierfür zu nennen. Folgende Argumente wurden in absteigender Häufigkeit genannt: noch keinen Anlass gehabt (69,9%), kein Glaube an alternative Verfahren (9,9%), noch keine Empfehlung bekommen (8,8%), keine Zeit (6,1%) und weil es einfacher ist, eine Tablette zu nehmen (4,3%).

305 der Probanden (52,8%), die noch keine Erfahrungen mit alternativmedizinischen Methoden gemacht hatten, gaben an, dass sie im Krankheitsfall auf jeden Fall auf alternativmedizinische Methoden zurückgreifen würden. 157 Respondenten (27,2%) würden eventuell alternative Verfahren ausprobieren und 96 Probanden (16,6%) gaben an, auch im Krankheitsfall solche Methoden nicht anzuwenden. 20 Probanden (3,5%) wussten keine Antwort auf diese Frage. Fasst man Nutzer mit 42,3% Inanspruchnahme und potentielle Nutzer alternativer Verfahren zusammen, so zeigt sich, dass über zwei Drittel der Befragten (73%) Alternativmethoden nutzen oder nutzen würden. Weniger als ein Drittel aller Befragten (27%) lehnte die Inanspruchnahme alternativmedizinischer Methoden ab oder würde sie nur eventuell nutzen. Abbildung 6 gibt diese Zahlen grafisch wieder.

Abbildung 6: Inanspruchnahme, potentielle Inanspruchnahme und Ablehnung alternativer Verfahren



3.6.2. Allgemeine Kostendarstellung der alternativen Verfahren

35,5% der Probanden (n=150), die Alternativverfahren in Anspruch genommen hatten, konnten Angaben zu den Kosten der angewandten Methode machen. Insgesamt wurden 161 Angaben zu den Kosten einer Einzelbehandlung gemacht, sowie 86 zu den Kosten der Gesamtbehandlung. Nach diesen Angaben kostete die einzelne Anwendung zwischen 3 und 250 EUR, mit einem Median von 30 EUR. Die Kosten für die Gesamtbehandlung beliefen sich auf 7 bis 12500 EUR mit einem Median von 300 EUR. In 15,5% der näher erfragten Verfahren waren für die Probanden keine Kosten entstanden.

Bei der Betrachtung der verschiedenen Therapieformen zeigten sich deutliche Unterschiede in der Höhe der durchschnittlichen Kosten. So lagen die Kosten für eine Einzelbehandlung bei 87,8% der Befragten im Bereich bis zu 50 EUR, wohingegen 3,7% der Probanden mehr als 100 EUR für eine Behandlung bezahlten. Die Kosten für einzelne Präparate lagen in 79,5% der Fälle unter 20 EUR. 2,3% gaben mehr als 50 EUR für ein einzelnes Präparat aus. Für die Teilnahme an einem einzelnen Kurs

nannten ca. zwei Drittel der Probanden einen Betrag bis zu 50 EUR, den sie für die Teilnahme entrichteten. Circa ein Drittel zahlte mehr als 50 EUR für einen Kurs.

Für die Gesamtbehandlung zahlten 65,4% der Testpersonen bis zu 500 EUR, 16,4% gaben mehr als 1000 EUR als Gesamtbetrag für die Behandlung an. Die Gesamtausgaben für Präparate lagen in 64,7% der Fälle unter 100 EUR. Bei 5,9% beliefen sich die Gesamtkosten für Präparate auf mehr als 1000 EUR. Für die Teilnahme an einem Kurs zahlte ein Drittel der Probanden weniger als 100 EUR, ein Drittel zwischen 100 und 500 EUR und ein Drittel investierte mehr als 500 EUR für die Teilnahme. Diese Zahlen sind in Tabelle 9 nochmals dargestellt.

Tabelle 9: Aufschlüsselung der Kosten für Behandlung, Präparat und Kurs

Einzel	Behandlung	Präparat	Kurs
< 20 €	30,5%	79,5%	25,9%
21 – 50 €	57,3%	18,2%	44,4%
51 – 100 €	8,5%	2,3%	26,0%
101 – 250 €	3,7%	0%	3,7%
Gesamt	Behandlung	Präparat	Kurs
< 100 €	20,0%	64,7%	33,3%
100 - 500 €	45,4%	29,4%	33,3%
501 - 1000 €	18,2%	0%	8,3%
> 1000 €	16,4%	5,9%	25,0%

Bei etwa der Hälfte der Testpersonen (50,7%) übernahm die Krankenkasse zumindest einen Teil der Kosten für das Alternativverfahren. Für 58,7% dieser Probanden erstattete die Kasse die gesamten Kosten des Alternativverfahrens, für die restlichen 41,3% übernahm die Kasse durchschnittlich 70% der Kosten (Median), wobei sich der Prozentsatz hier zwischen 20% und 90% bewegte.

3.6.3. Kostendarstellung der häufigsten alternativen Verfahren

Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den drei häufigsten Verfahren. 113 konkrete Angaben zu den Kosten einer Einzelbehandlung lagen vor. Die Kosten für eine Einzelbehandlung mit Akupunktur beliefen sich durchschnittlich auf 30 EUR, für Homöopathie ergab sich ein Wert von durchschnittlich 20 EUR. Für die Behandlung mit phytotherapeutischen Präparaten wurde ein Betrag von 15 EUR im Mittel für eine Einzelbehandlung genannt. Die Spannweite der Kosten für eine Einzelbehandlung lag bei der Akupunktur zwischen 5 und 75 EUR, bei der Homöopathie zwischen 5 und 250 EUR und bei der Phytotherapie zwischen 3 und 40 EUR. Eine Übersicht über diese Daten findet sich in Tabelle 10.

Tabelle 10: Kosten einer Einzelbehandlung in € nach Verfahren aufgeschlüsselt

	Median	Minimum	Maximum
Akupunktur (n=52)	30	5	75
Homöopathie (n=42)	20	5	250
Phytotherapie (n=19)	15	3	40

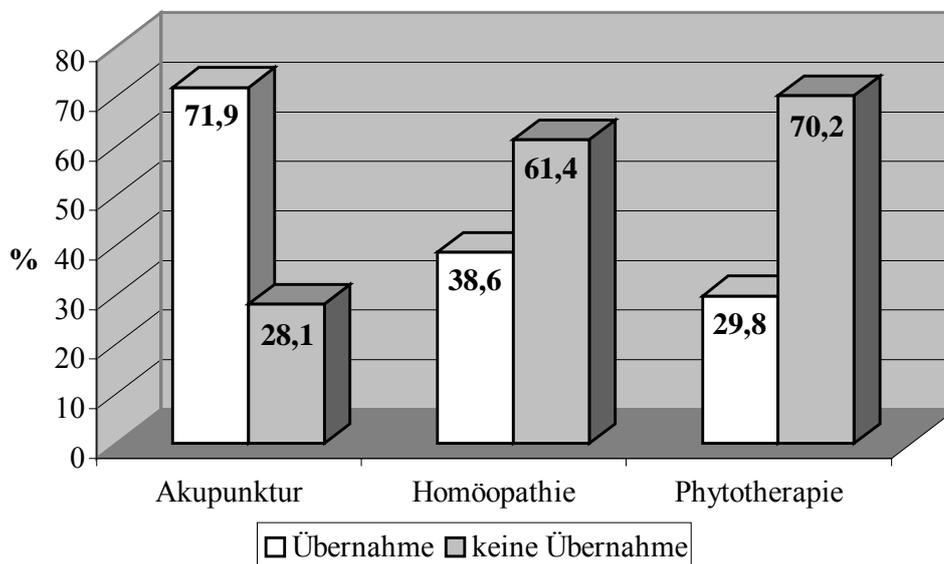
Bei der Betrachtung von 58 Angaben für die Kosten der Gesamtbehandlung erwiesen sich die Akupunktur mit durchschnittlich 300 EUR beziehungsweise die Homöopathie mit durchschnittlich 325 EUR als relativ teuer, im Vergleich zur Phytotherapie mit 75 EUR Gesamtkosten. Insgesamt war die Streuung der Gesamtkosten für alle Therapien sehr hoch. So betrug sie für die Akupunktur 10 bis 2000 EUR, für die Homöopathie 50 bis 11700 EUR und für die Phytotherapie 8 bis 10000 EUR. Diese Daten sind noch einmal in Tabelle 11 zusammengefasst.

Tabelle 11: Kosten der Gesamtbehandlung in € nach Verfahren aufgeschlüsselt

	Median	Minimum	Maximum
Akupunktur (n=40)	300	10	2000
Homöopathie (n=12)	325	50	11700
Phytotherapie (n=6)	75	8	10000

Wie in Abbildung 7 dargestellt, unterschieden sich die drei häufigsten Verfahren in der Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Diejenigen Probanden, die Aussagen hierzu machen konnten, nannten in 71,9% eine Übernahme der Kosten bei Akupunktur durch die Krankenkasse. Im Falle einer Kostenübernahme fand diese zu 53,3% vollständig statt, bei den noch verbliebenen 46,7% erfolgte eine partielle Kostenübernahme mit einem Median von 70%. 57,8% der Probanden, die eine partielle Übernahme nannten, konnten allerdings keine Angaben zum übernommenen Anteil machen. In 28,1% wurden die Kosten für die Akupunktur nicht übernommen. Sowohl bei der Homöopathie als auch bei der Phytotherapie stellte sich der Sachverhalt konträr dar. Eine Kostenerstattung erfolgte in 38,6% für die Homöopathie und in 29,8% für die Phytotherapie. Falls eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse stattfand, so erfolgte diese bei der Homöopathie in 81,1% vollständig, bei der Phytotherapie in 64,3% der Fälle.

Abbildung 7: Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse nach Verfahren aufgeschlüsselt



3.6.4. Zahlungsbereitschaft

56,6% der Nutzer gaben an, dass sie auch bereit wären, mehr Geld für den erreichten Erfolg zu zahlen, nämlich durchschnittlich bis zu 50 EUR, mit Angaben von 5 bis 10000 EUR. 50,6% der Probanden, die bereit wären, auch mehr Geld für den erreichten Erfolg zu zahlen, konnten jedoch keinen konkreten Betrag nennen. 39,9% wären nicht bereit, für den gleichen Erfolg mehr zu zahlen.

35,7% der Respondenten vertraten die Meinung, dass die Therapie ihr Geld wert gewesen war, sie jedoch nicht bereit wären, noch mehr Geld auszugeben. Nur 15,4% der Probanden gaben an, die jeweilige Therapie als grundsätzlich überteuert zu empfinden.

Eine überwiegende Mehrheit mit 81,8% wäre grundsätzlich bereit, für eine dauerhafte Heilung einen höheren Betrag zu zahlen. Diese Personen gaben Summen zwischen 70 und 1000 EUR an, mit einem Median von 263 EUR, die sie für eine endgültige Genesung als Einmalzahlung bereit wären auszugeben.

Die in diesem Abschnitt beschriebenen Beträge beziehen sich auf die Angaben von nur 44 Probanden. Die restlichen Respondenten, die diesen Abschnitt durchliefen, wussten keine Antwort auf die Fragen zu potentiellen Beträgen der alternativen Behandlungen.

3.7. Gesundheitsverhalten

3.7.1. Einhaltung einer Diät

Alle 1001 Probanden wurden gefragt, ob sie im Laufe ihres Lebens aus gesundheitlichen Gründen bereits eine Diät eingehalten hatten. 388 bejahten diese Frage, 613 gaben an, noch nie eine Diät gemacht zu haben.

Der häufigste Grund für die Einhaltung einer Diät war mit 68,7% die Gewichtsreduktion. Deutlich seltener wurde Diabetes mit 9,2% bzw. Magen- Darm-Probleme mit 7,0% als Grund angegeben. 6,6% berichteten, eine Diät zur Entschlackung bzw. Entgiftung durchgeführt gehabt zu haben. 3,6% hielten eine Diät auf Grund einer Allergie ein. Seltener Gründe für die Durchführung einer Diät waren Cholesterinsenkung, Neurodermitis, Lungenerkrankungen, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Gicht sowie Sprue.

Ein Unterschied, wenn auch nicht signifikant, stellte sich beim Vergleich zwischen Nutzern und Nichtnutzern alternativmedizinischer Verfahren dar. So gaben 40,9% der Nutzer an, in ihrem Leben bereits schon einmal eine Diät eingehalten gehabt zu haben gegenüber 37,2% der Nichtnutzer.

Ein deutlich signifikanter Unterschied (OR 1,75 (95% KI 1,33-2,29)) zeigte sich bei der Betrachtung von Frauen und Männern in ihrem Diätverhalten. So waren diejenigen Probanden, die bereits eine Diät gemacht hatten, zu 70,6% weiblich und zu 29,4% männlich.

3.7.2. Einnahme von Naturprodukten

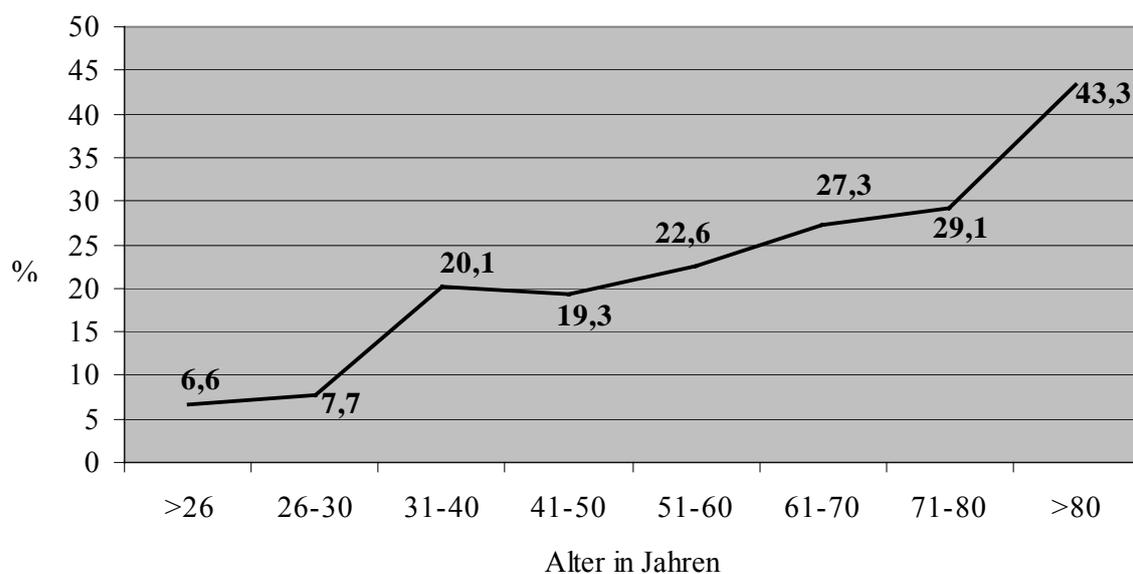
21,7% aller befragten Probanden gaben an, Naturprodukte zu sich zu nehmen, um gesund zu bleiben. Als Hinweis auf natürliche Erzeugnisse wurden in der Frage Tees und Heilkräuter genannt. In 45,3% der Fälle wurde von regelmäßigem Teekonsum berichtet. Gemeint sind an dieser Stelle spezielle Gesundheitsteezubereitungen, wie Pfefferminztee, Blasentee oder auch grüner Tee, wenn diese vorzugsweise unter gesundheitlichen Aspekten gebraucht wurden. Pflanzliche Präparate wurden in 15,6% der Fälle verwendet, um unterstützend auf die Gesundheit einzuwirken. Beispiele hierfür waren Knoblauchpräparate, Gingko- und Teufelskrallenprodukte, Erzeugnisse

aus Aloe vera, Mistel- und Artischockenprodukte sowie Algenpräparate. Weitere 9,5% verwendeten Kieselerdezubereitungen, um gesund zu bleiben. Mit jeweils 4,5% wurde der Gebrauch von Heilkräutern sowie Ölen, wie Omega-3-Fettsäuren, Fisch- oder Schwarzkümmelöle, beschrieben.

Insgesamt ließ sich eine signifikant höhere Einnahme von Naturprodukten bei Nutzern alternativmedizinischer Verfahren (OR 2,11 (95% KI 1,56-2,86)) sowie bei weiblichen Probanden (OR 2,12 (95% KI 1,51-2,99)) erkennen. So gaben 29,1% der Nutzer an, natürliche Erzeugnisse regelmäßig zu konsumieren. Bei den Nichtnutzern waren dies 16,3%. 75,6% der befragten Frauen berichteten, Naturprodukte zu sich zu nehmen, im Gegensatz zu den Männern, wo 24,4% eine Einnahme bejahten.

Ein signifikanter, linearer Zusammenhang zeigte sich bei der Darstellung des Konsums natürlicher Erzeugnisse bezogen auf das Alter der Konsumenten (Trendtest: $p < 0,001$). So lagen die Angaben der unter 30jährigen zur Einnahme dieser Produkte bei 7,1%, die der 31 bis 50jährigen bei 19,7% sowie die der 51 bis 70jährigen bei 25,2%. Die Probanden mit einem Alter von über 70 Jahren gaben zu 32,2% an, natürliche Präparate zu sich zu nehmen. Dieser lineare Zusammenhang ist in Abbildung 8 nochmals detailliert dargelegt.

Abbildung 8: Linearer Zusammenhang zwischen dem Alter der Konsumenten und dem Konsum von Naturprodukten



3.7.3. Einnahme von Vitaminpräparaten und Spurenelementen

59,6% der befragten Probanden gaben an, keine Vitaminpräparate oder Spurenelemente einzunehmen. Von einer regelmäßigen Vitamin- bzw. Spurenelementeinnahme berichteten 404 Respondenten. Am häufigsten wurden, mit 29,4%, Multivitaminpräparate eingenommen. Mit 19,8% gehörten Magnesiumtabletten zu den zweithäufigsten Nahrungsergänzungsmitteln, seltener wurden Calciumzubereitungen mit 13,7% bzw. Vitamin C-Produkte mit 10,7% eingenommen. Vitamin E (6,3%), Zink (5,3%), Kombinationspräparate mit Spurenelementen (5,2%) und Eisenzubereitungen (3,5%) fanden deutlich weniger Anwendung. Weitere genannte Nahrungsergänzungsmittel waren Selen, Vitamin D₃, Vitamin B₁₂, Vitamin A, Folsäure, Jod und Biotin mit insgesamt 6,2%.

Alle Probanden, die Vitaminpräparate bzw. Spurenelemente eingenommen hatten, wurden gebeten, den Grund hierfür zu nennen. Häufigster Grund war die Sicherstellung einer ausreichenden Deckung des Vitaminhaushaltes (32,2%). Um Muskelkrämpfen vorzubeugen, nahmen 21,0% Vitamine oder Ähnliches ein. Zur Stärkung des Immunsystems (17,1%) bzw. zur Osteoporoseprophylaxe (12,1%) wurden ebenfalls Nahrungsergänzungsmittel verwendet. 11,1% gaben als Grund an, dass die Einnahme dieser Präparate gesund sei. Weitere, seltener genannte Gründe, sind in Tabelle 12 zusammengestellt.

Tabelle 12: Seltene Gründe für die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln

Um jung und fit zu bleiben	Bei Stress/ Depressionen
Guter Geschmack der Produkte	Ergänzend wegen viel Sport
Für Haut und Nägel	Als Herz-/ Gefäßschutz
Sonst ungesunde Ernährung	In der Schwangerschaft
Gegen Gelenkbeschwerden	Als Allergiprophylaxe
Auf Rat eines Arztes	Bei Anämie

Bei der Betrachtung von Nutzern und Nichtnutzern alternativmedizinischer Verfahren wurden Unterschiede im Konsum von Vitaminpräparaten bzw. Spurenelementen deutlich. So gaben 45,4% der Nutzer an, Produkte dieser Art als Nahrungsergänzung einzunehmen. In der Population der Nichtnutzer waren dies 36,7% ($p < 0,01$).

Bei der Einnahme von Vitaminprodukten bzw. Spurenelementen zeigte sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied (OR 1,44 (95% KI 1,10-1,87)). Frauen nahmen in zwei Dritteln der Fälle entsprechende Produkte, Männer in 32,2.

3.7.4. Anwendung von Hausmitteln

Von den 1001 befragten Personen machten insgesamt 892 (89,2%) Angaben zu den von ihnen verwendeten Hausmitteln. 109 (10,9%) Respondenten berichteten, dass Hausmittel bei ihnen nicht zum Einsatz kommen. Da bei dieser Frage Mehrfachnennungen möglich waren, ergab sich eine Gesamtanzahl von 2855 Nennungen zu angewandten Hausmitteln. 28,3% der Probanden nannten ein einzelnes altbekanntes Heilmittel, das sie bei sich selbst oder ihrer Familie gelegentlich einsetzten. 18,5% gaben drei, 17,5% gaben zwei verschiedene Hausmittel an, die zur Anwendung kamen. Die restlichen 356 Probanden nannten zwischen vier und zehn Hausmitteln. Nur ein Proband zählte 11 altbekannte Heilmittel auf, die er bei sich oder seiner Familie gebrauchte.

Mit 1110 Nennungen (38,9%) wurden verschiedene Getränke der naturheilkundlichen Hausapotheke am häufigsten genannt. Hier berichteten die Probanden von verschiedenen Teesorten, der Zubereitung einer heißen Zitrone, heißer Milch mit Honig oder auch Fliederbeersaft. 506 Mal (17,7%) erfolgten Angaben zu Wärmeanwendungen durch die Respondenten. Hierzu zählten die Verwendung einer Wärmflasche oder eines Heizkissens, die Durchführung eines Erkältungsbades, Saunagänge und Schwitzkuren, sowie der Gebrauch einer Rotlicht- oder Wärmelampe. Einreiben oder Inhalieren erwähnten die Testpersonen 475 Mal (16,6%). Vom Einsatz ätherischer Öle wurde 223 Mal (7,8%) berichtet, ähnlich wie von der Anwendung von Wickeln bzw. Umschlägen (7,7%). Eine detaillierte Darstellung der am häufigsten genannten Hausmittel zeigt Abbildung 9. Seltener genannte Hausmittel sind in Tabelle 13 aufgelistet.

Abbildung 9: Am häufigsten angewandte Hausmittel

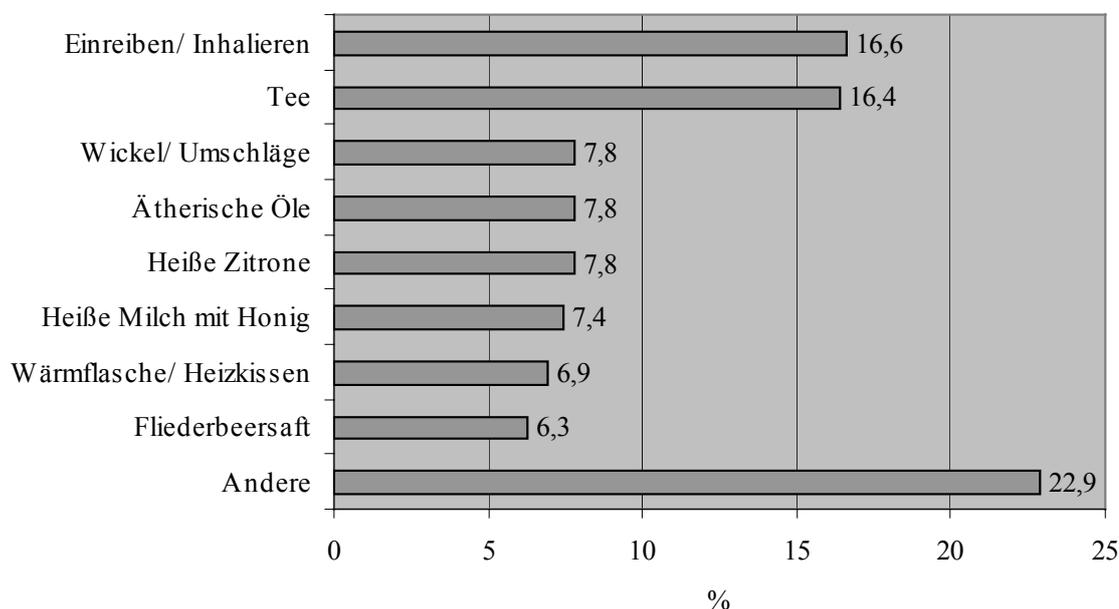


Tabelle 13: Seltener angewandte Hausmittel

Kirsch kern-/Getreidekissen	Warmes Bier
Kräuter (Bonbons/ Gurgeln)	Fussbad
Erkältungsbad	Brühe/ Hühnersuppe
Schwitzkur / Sauna	Grog
Rotlicht-/ Wärmelampe	Fasten/ Diäten
Salze	Obst (geriebener Apfel)
Zwiebelsaft	Quark
Salzstangen und Cola	Heilerde
Zwiebel aufs Ohr	Melissengeist
Zwieback	Senfmehl
Kühlkissen	Trockenobst

Betrachtet man die Anwendung von Hausmitteln unter verschiedenen Aspekten, wie der Inanspruchnahme von Alternativverfahren, dem Geschlecht, Kindern, dem Alter oder dem Schulabschluss, so zeigten sich teils signifikante, teils geringe Unterschiede. Signifikante Unterschiede präsentierten sich bei der Anwendung von Hausmitteln

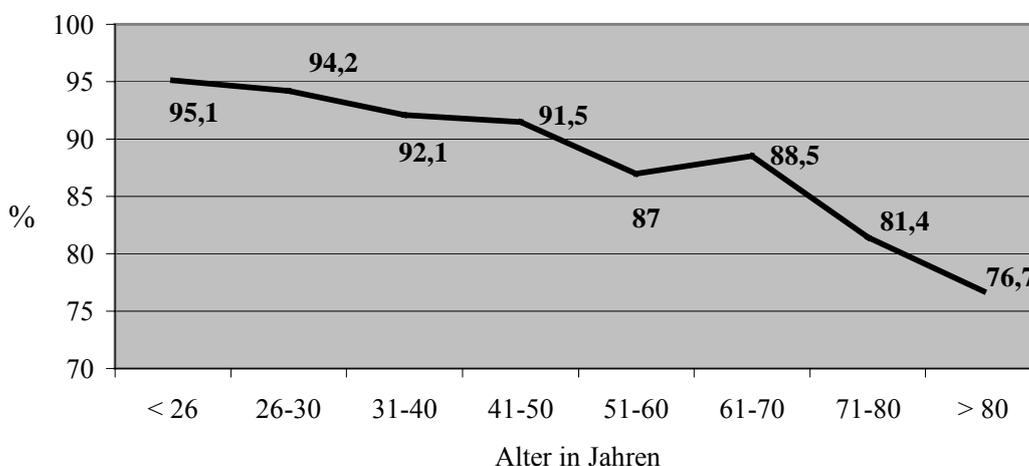
zwischen Nutzern und Nichtnutzern (OR 1,79 (95% KI 1,16-2,75)). Speziell bei den Nutzern alternativer Verfahren zeigte sich, dass 92,2% der Nutzer zu Hausmitteln greifen, Nichtnutzer gaben zu 86,9% eine Anwendung an. Die 109 Personen, die berichteten, keine Hausmittel anzuwenden, waren zu 69,7% Nichtnutzer alternativer Heilmethoden.

Auch beim Geschlechtervergleich wurden signifikante Unterschiede deutlich (OR 3,35 (95% KI 2,22-5,07)). 93,6% aller weiblichen Probanden und 81,5% der männlichen Probanden gaben an, Anwendungen aus der naturheilkundlichen Hausapotheke zu gebrauchen.

Die Anwendung von Hausmitteln in Familien mit Kindern wiesen keine deutlichen Unterschiede zu Familien ohne Kinder auf. So gaben 89,6% derjenigen, die Kinder hatten, an, Hausmittel anzuwenden. Familien ohne Kinder setzten Verfahren aus der naturheilkundlichen Hausapotheke zu 87,8% ein.

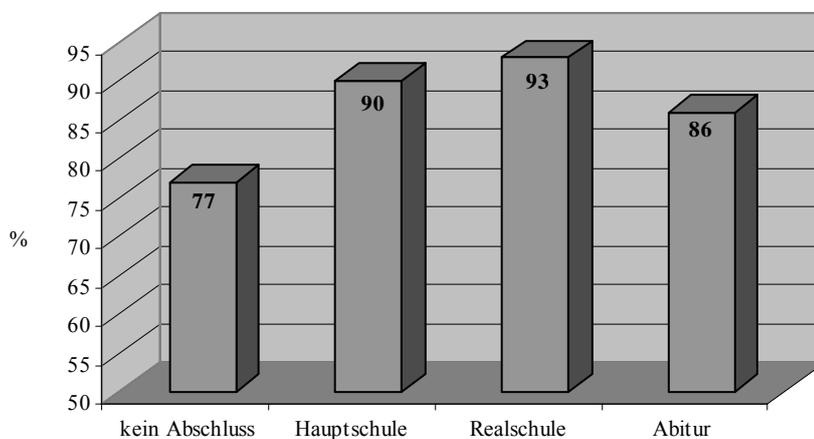
Bei Betrachtung des Alters fielen erneut deutlich signifikante Unterschiede sowie ein linearer Zusammenhang auf (Trendtest: $p < 0,001$). In einem Alter zwischen 18 und 30 Jahren setzten 94,7% Hausmittel ein, zwischen 31 und 50 Jahren 91,8% und zwischen 51 und 70 Jahren 87,8%. Probanden mit einem Alter von über 70 Jahren gaben nur zu 78,8% an, Hausmittel zu verwenden. Eine grafische Darstellung dieses Zusammenhanges findet sich noch etwas detaillierter in Abbildung 10.

Abbildung 10: Linearer Zusammenhang des Alters in Jahren mit der Anwendung von Hausmitteln



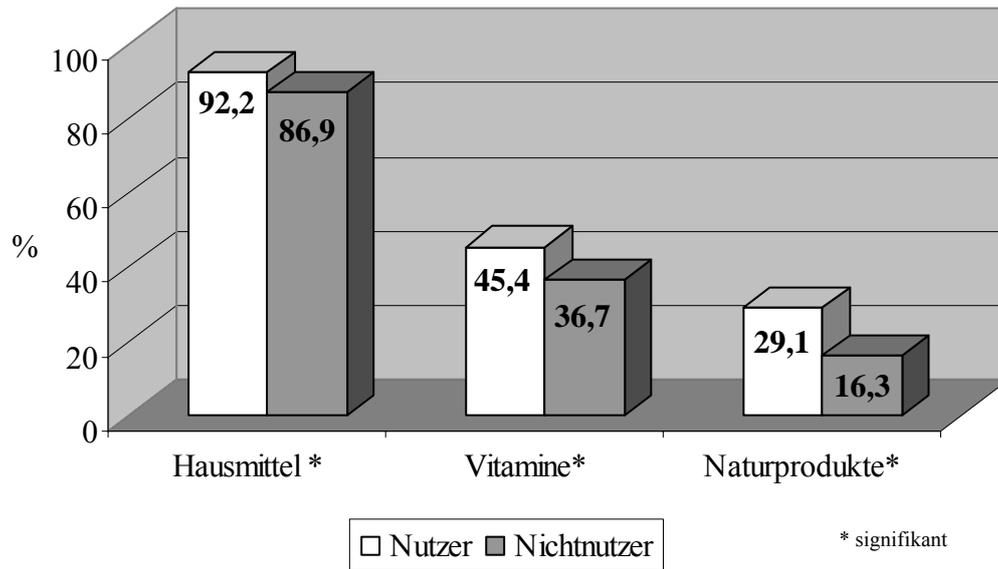
Beim Vergleich der verschiedenen Schulabschlüsse bei der Anwendung von Hausmitteln präsentierten sich erneut signifikante Unterschiede ($p < 0,01$). So gaben 76,9% derjenigen, die keinen Schulabschluss hatten, an, Hausmittel zu verwenden. Probanden mit Volks-/ Hauptschulabschluss setzten Hausmittel zu 89,8% ein, mit mittlerer Reife zu 92,9%. Respondenten, die eine Hochschulreife erlangt hatten, wandten zu 86,0% Verfahren der naturheilkundlichen Hausapotheke an. Dieser Zusammenhang wird in Abbildung 11 verdeutlicht. Zum Abschluss dieses Themas wurde überprüft, ob ein Zusammenhang zwischen dem Familienstand und der Anwendung von Hausmitteln besteht. Es zeigte sich hier, dass Probanden, die in einer festen Partnerschaft (verheiratet oder fest liiert) lebten, tendenziell etwas häufiger Hausmittel anwandten (89,9%) als Probanden, die allein stehend waren (ledig, verwitwet) (87,5%). Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

Abbildung 11: Zusammenhang zwischen Schulabschluss und Anwendung von Hausmitteln



Um die Differenzen zwischen Nutzern und Nichtnutzern alternativer Verfahren im Gesundheitsverhalten zu verdeutlichen, sind die Anwendung von Hausmitteln, die Einnahme von Vitaminpräparaten und Spurenelementen sowie der Konsum von Naturprodukten in Abbildung 12 nochmals zusammengefasst und grafisch dargestellt.

Abbildung 12: Gegenüberstellung von Nutzern und Nichtnutzern alternativer Verfahren im Gebrauch von Hausmitteln, Vitaminen und Naturprodukten



4. Diskussion

Alternativverfahren oder Komplementärmedizin sind längst keine Randerscheinungen mehr, die neben der Schulmedizin existieren, ohne einen Einfluss auf diese auszuüben. Viele Patienten, vor allem diejenigen, die nicht den erwünschten Nutzen aus der schulmedizinischen Behandlung ziehen können, wenden sich der Alternativmedizin zu. Die Schulmediziner stehen dieser Entwicklung nicht immer positiv gegenüber und die medizinische Wissenschaft äußert gegen einen Teil der alternativen Verfahren große Skepsis. Auf der anderen Seite gibt es allerdings mehr und mehr schulmedizinisch behandelnde Ärzte, die auch alternativmedizinische Methoden anbieten. Es stellt sich daher eine sehr spezielle Situation für Deutschland dar, die mit kaum einem anderen Land zu vergleichen ist.

Alles in allem jedoch ist der Bedarf groß, alternativmedizinische Verfahren kritisch zu betrachten, ohne vorschnell Urteile zu fällen.

4.1. Methoden

Die folgenden Abschnitte diskutieren das methodische Vorgehen der Studie. Der erste Teil beschäftigt sich mit der Übertragbarkeit der Studie auf andere internationale Untersuchungen. Der zweite Teil befasst sich mit einer kritischen Betrachtung der gewählten Erhebungsmethode.

4.1.1. Übertragbarkeit der Studie

Die vorliegende Untersuchung hatte das Ziel, Resultate zu erhalten, die auf eine größere deutsche Population übertragen werden können. Die Übertragbarkeit sollte in dieser Studie vorwiegend gegeben sein, da als Respondenten Personen ausgewählt wurden, die durch eine bevölkerungsbezogene Stichprobe gezogen wurden. Die Responderrate lässt sich mit anderen Studien auf Grund unterschiedlicher Studiendesigns, Fragestellungen und soziodemografischer Daten des Befragungsgebietes nur in einem gewissen Rahmen vergleichen. Darüber hinaus wird gerade bei telefonischen Interviews die Teilnehmerate stark vom Vorgehen beeinflusst.

Indem die Respondenten bereits im voraus postalisch über das bevorstehende Telefoninterview informiert werden und sich die durchführende Institution vorstellt, können die Ausschöpfungsquoten gesteigert werden. Die erneute Kontaktierung von Verweigerern bewirkt ebenfalls eine Verbesserung der Ausschöpfungsquote. Im Ganzen lassen sich durch diese Vorgehensweisen Responderquoten von bis zu 90% erreichen (Reuband und Blasius, 1996). Die CATI- Methode wurde im Vorfeld als Befragungsmethode gewählt, um effizient und zeitnah zu arbeiten. Aus diesem Grund kamen die oben genannten Möglichkeiten zur Verbesserung der Teilnehmerate in der vorliegenden Studie nicht zum Einsatz. Mit einer vorherigen Informierung der Kontaktpersonen oder erneuter Kontaktaufnahme mit Verweigerern wäre ein effizientes und zeitnahes Vorgehen nicht mehr gewährleistet gewesen. Dennoch wurde in der vorliegenden Untersuchung eine zufrieden stellende Teilnehmerate erreicht (47%), die allerdings Unterschiede zu anderen Studien aufweist. Eisenberg et al. nennen Responsequoten von 67% bzw. 60% (Eisenberg et al., 1998). Oldendick et al. berichten eine Responserate von 66% (Oldendick et al., 2000). In einer weiteren Studie aus den USA findet sich ebenfalls eine Ausschöpfungsquote von 60% (Foster et al., 2000). Fischer et al. publizierten eine Responserate von 57% (Fischer et al., 2001), welche ebenfalls höher liegt als die Teilnahmequote in der vorliegenden Studie. Diese Divergenzen lassen sich mit regionalen Unterschieden erklären. So wurde die vorliegende Untersuchung in der Lübecker Bevölkerung durchgeführt, in einer Region, die auf Grund der universitären Infrastruktur durch eine starke epidemiologische Forschung geprägt ist. In Lübeck wurden zum Zeitpunkt der vorliegenden Studie gleichfalls Daten zur Allergieprophylaxe, zur Prävalenz von Rückenschmerzen, zum Wissenstand zu Allergien und zu weiteren Themen erhoben. Auch in diesen Untersuchungen wurden die Ausschöpfungsquoten je nach Studiendesign als niedrig eingeschätzt. Daher kann die relativ niedrige Teilnahmequote der vorliegenden Untersuchung mit einer häufigeren Befragung und dem dadurch nachlassenden Interesse der Lübecker Bevölkerung begründet werden.

Durch einen Vergleich der Respondenten mit denjenigen Personen, die nicht zu einer Teilnahme bewogen werden konnten, wurden Hinweise auf eine Selektion nach bestimmten Kriterien aufgedeckt. So wurde deutlich, dass Personen, die bereits

alternative Verfahren in Anspruch genommen hatten, eher zu einer Teilnahme bewogen werden konnten, als solche, die noch keine Erfahrungen auf diesem Gebiet hatten. Dieser Effekt ist durch das Fragebogendesign zu erklären.

Wie bei Befragungsstudien üblich, zeigte sich auch in der vorliegenden CATI- Studie ein Shift zu höheren Bildungsschichten, der sich erwartungsgemäß im höchsten Schulabschluss niederschlägt ((Koch, 1998); (Meyer et al., 2002)). Es zeigte sich eine überproportionale Beteiligung von Personen mit höherer Schulbildung (mittlere Reife, Fachhochschule und Abitur), wohingegen Personen ohne Schulabschluss oder mit Volks- oder Hauptschulabschluss, wie in anderen Studien auch (Fischer et al., 2001), unterrepräsentiert sind. So gaben in der vorliegenden Studie 31,5% der Befragten an, dass sie eine Hochschulreife erlangt hatten. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes liegt die Anzahl der Personen mit einem solchen Schulabschluss im bundesweiten Durchschnitt deutlich niedriger (21,2%). Gegensätzlich verhält es sich bei den Personen, die einen Volks- oder Hauptschulabschluss gemacht hatten. So war die Quote der Probanden mit Hauptschulabschluss in der vorliegenden Studie mit 32,6% deutlich niedriger als im bundesweiten Durchschnitt (44,1%). Ein Grund hierfür mag das Gefühl einiger Befragter sein, in einem Interview einer vermeintlich „höher gebildeten“ Person gegenüber ausgeliefert zu sein und möglicherweise „das Gesicht zu verlieren“, wenn Fragen nicht beantwortet werden können.

Wie aus anderen Studien bekannt, zeigte sich auch in der vorliegenden Studie eine höhere Bereitschaft von Frauen, an telefonischen Befragungen teilzunehmen. So finden sich in dieser Studie 62,8% weibliche Teilnehmer und 37,2% männliche Probanden. In Lübeck stellt sich die Geschlechtsverteilung der über 18jährigen folgendermaßen dar: 53,3% der Lübecker Bevölkerung sind weiblich und 46,7% männlich. In Großbritannien zeigte sich in einer Studie mit Telefoninterviews ein Frauenanteil von 55,1% (Ernst und White, 2000), im Gesundheitsmonitoring in Bayern mit CATI lag dieser Anteil bei 54,9% (Fischer et al., 2001). Auch in der Schweiz ließ sich dieser Trend zeigen. So fand sich in einer empirischen Untersuchung per Telefon eine Überrepräsentierung von Frauen (Sommer et al., 1996). Da dieser Trend auch in anderen Studien besteht, handelt es sich um ein bekanntes Phänomen. Frauen weisen einerseits also eine an sich höhere Teilnahmebereitschaft auf, besonders im

Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Umfragen, die mit dem höheren Gesundheitsbewusstsein von Frauen zu begründen ist (Kohler und Ziese, 2004). Andererseits sind es auch die Frauen, die auf Grund ihrer selteneren Berufstätigkeit bzw. häufigeren Teilzeitbeschäftigung vermehrt Telefonate annehmen. Laut statistischem Bundesamt waren 2003 ca. 22 Millionen Menschen (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte) in Deutschland vollzeitbeschäftigt, davon waren nur 37% weiblichen Geschlechts. Unter den Teilzeitbeschäftigten waren hingegen 85% Frauen.

Die Altersverteilung in dieser Studie ließ sich gut mit anderen telefonischen Untersuchungen vergleichen. In einer Studie aus Amerika zeigte sich eine Teilnahmerate der unter 50jährigen von 66,0% (Eisenberg et al., 1993), in der vorliegenden Studie machten die unter 50jährigen 55,1% der gesamten Studienpopulation aus. In der Lübecker Bevölkerung machen die unter 50jährigen in der Gruppe der über 18jährigen einen Anteil von 52,4% aus, was sich in der vorliegenden Studie gut wieder finden lässt. Auch bei der vergleichenden Gegenüberstellung des Altersmedians der vorliegenden Studie mit einer Datenerhebung in Bayern ließen sich Ähnlichkeiten finden. In der vorliegenden Untersuchung liegt der Median des Alters bei 48 Jahren, in der bayrischen Befragung bei 44 Jahren (Fischer et al., 2001).

Der in dieser Studie erhobene Familienstand der Teilnehmer spiegelte nur in Ansätzen den Familienstand der bundesweiten Bevölkerung wieder. So fanden sich sowohl ein größerer Anteil verheirateter, sowie verwitweter bzw. geschiedener Probanden, als auch ein deutlich geringerer Anteil lediger Teilnehmer in der vorliegenden Studie. Die erhobenen Ergebnisse des Familienstandes zeigen aber eine hohe Übereinstimmung mit einer anderen Untersuchung in Deutschland (Fischer et al., 2001). Diese hier gefundene Überrepräsentierung Verheirateter, sowie Unterrepräsentierung Nicht-Verheirateter ist bei Befragungen ein bekanntes Phänomen ((Abbot und Ernst, 1997); (Koch, 1998)).

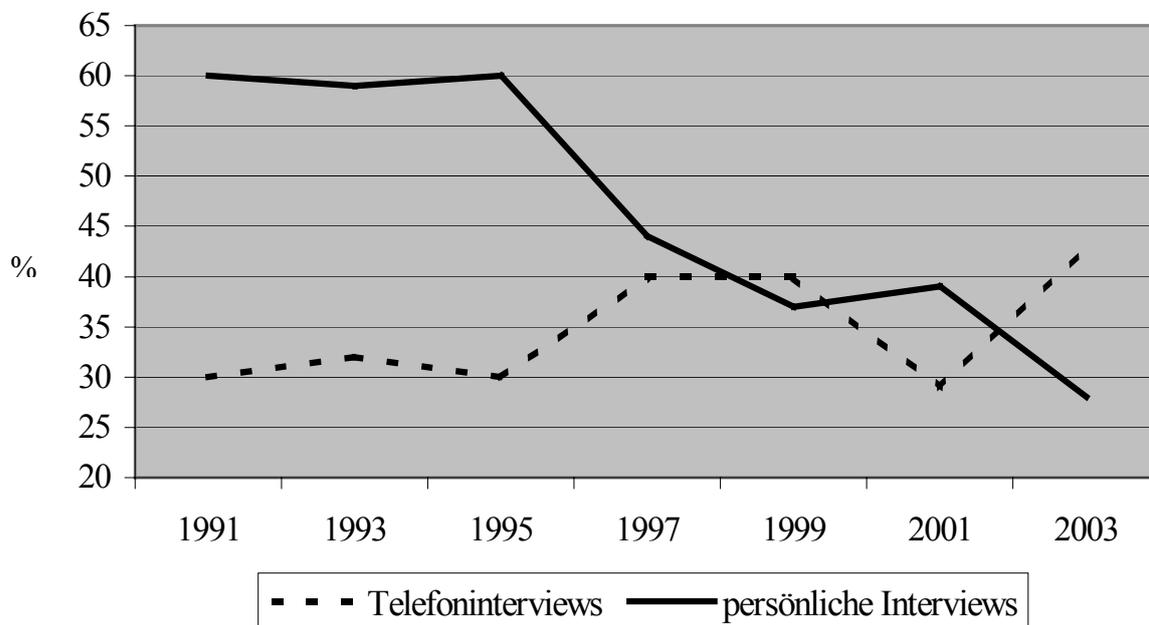
Es zeigten sich Unterschiede zwischen der Arbeitslosenquote in Lübeck und der Studienpopulation. In Lübeck lag zum Befragungszeitpunkt eine Arbeitslosigkeit von 12,5% vor, in der Untersuchung gaben jedoch nur 5,2% an, arbeitslos zu sein.

4.1.2. Vor- und Nachteile des CATI- Designs

Während bei Face- to- Face- Befragungen in den Haushalten von Jahr zu Jahr eine zurückgehende Antwortbereitschaft festgestellt wurde (Reuband und Blasius, 1996), ist es mit Telefoninterviews nach wie vor möglich, einen ausreichend großen Teil der Angerufenen zum Gespräch zu bewegen. Wie oben bereits beschrieben, bewegen sich die Teilnahmequoten mit Telefoninterviews in internationalen Studien zwischen 23% (Yamashita et al., 2002) über 57% (Fischer et al., 2001) bis hin zu 90% (Reuband und Blasius, 1996).

2003 wurden 43,0% aller Befragungen in Form eines Telefoninterviews durchgeführt (Wiegand, 2003). Die Entwicklung der Befragungsarten in den letzten Jahren findet sich in Abbildung 13 grafisch dargestellt.

**Abbildung 13: Anteil von Face- to- Face- und Telefoninterviews in Prozent
(Zahlen aus dem ADM Jahresbericht 2003)**



Aus diesem Grund war die Durchführung der Befragung für die vorliegende Studie in Form von computergestützten, standardisierten, telefonischen Interviews (CATI) eine geeignete Methode. Die mit dem Verfahren verbundenen Anforderungen, wie beispielsweise die Entscheidungsfindung zur Teilnahme, sowie die Beantwortung der Fragen, sind weitgehend zumutbar und nicht überraschend. Davon konnte ausgegangen werden, da sich telefonische Befragungen seit längerer Zeit unter anderem auch für kommerzielle Zwecke etabliert haben.

Vorteile von CATI liegen im Bereich der Interviewführung, im Bereich des Zeitmanagements sowohl für die Probanden als auch für die Initiatoren der Studie, in der gewonnenen Datenqualität, sowie in der Komplexität der Fragebogenstruktur.

Im Gebiet der Interviewführung finden sich Vorteile von CATI darin, dass die Fragen automatisch auf dem Bildschirm erscheinen und vorgelesen werden können. Der Ablauf des Fragebogens inklusive aller Sprünge und Filter wird von der Software übernommen. Den Kontaktpersonen werden je nach Antworten auf bestimmte Filterfragen verschiedene Folgefragen vorgelesen. Im Vergleich zu einem Interview mit einem Papierfragebogen wird dem Interviewer dadurch unnötiges Blättern im Befragungsinstrument erspart. Somit bleibt ihm die volle Konzentration zum Vorlesen der Fragentexte sowie der unmittelbaren Dateneingabe erhalten. Anders als bei postalischen Befragungen besteht bei dieser Art der Befragung auch die Gelegenheit, gegebenenfalls auf Unklarheiten und Fragen der Probanden einzugehen und motivierend einzuwirken. Für die Respondenten liegt ein weiterer Vorzug der telefonischen Interviews darin, dass sie persönliche Auskünfte geben können, ohne einer fremden Person direkt gegenüber zu sitzen.

Im Vergleich zu einer persönlichen Befragung wird der Aufwand für die Probanden als geringer eingestuft, da sie für die telefonische Befragung das Studienzentrum nicht aufsuchen müssen. Für die Projektleiter liegt ein zeitlicher Vorteil darin, dass die Daten schnell verfügbar sind. Dies kann gewährleistet werden, da weder eine zusätzliche Dateneingabe nötig ist, noch ein Rücklauf von Fragebögen abgewartet werden muss, wie es bei der Durchführung schriftlicher Interviews notwendig ist. Durch die Option des automatischen Anwählens von Telefonnummern und der Gesprächsannahme erst

bei Ertönen des Freizeichens ist für die Interviewer ein effektives und zeitsparendes Arbeiten möglich.

Ein weiterer Vorteil der computerassistierten Telefoninterviews, der für die Qualität der erhobenen Daten von Bedeutung ist, liegt in der zeitgleichen Befragung und Dateneingabe. Durch dieses Vorgehen entfällt die fehleranfällige Übertragung der Antworten vom Papier in den Computer. Plausibilitätsüberprüfungen, die durch entsprechende Programmierungen automatisch von der Software durchgeführt werden, lassen Fehleingaben erkennen und ermöglichen die Korrektur bereits während des Interviews. Korrekt eingeegebene Daten werden im Anschluss an das Interview umgehend gespeichert und stehen der Auswertung direkt zur Verfügung. Fallen während der Durchführung der Interviews Fehler im Fragebogen auf, so besteht die Möglichkeit diese direkt zu korrigieren und die folgenden Interviews mit dem korrekten Befragungsinstrument durchzuführen.

Des Weiteren bietet die CATI- Methode den Vorteil der größeren Komplexität an durchführbaren Interviews. Dies bedeutet, dass Sprung- und Filterbedingungen, Fragen und auch Antworten möglich sind, die einem komplexen Fragebogenablauf unterliegen. Außerdem können zufällige Anordnungen der Antwortmöglichkeiten programmiert werden, so dass keine Beeinflussung der Interviewer durch immer wiederkehrende Antwortreihenfolgen entsteht. Wenn der Bedarf besteht, können Klassifikationen, wie beispielsweise die ICD-10, direkt integriert und im Laufe des Interviews verwendet werden (Niemann, 2003). Des Weiteren besteht bei einem computergestützten Interview die Möglichkeit, gegebene Antworten in den Text der folgenden Frage einzubetten.

Allerdings weist die CATI- Methode auch gewisse Nachteile auf, die durch die Programmierung, das festgelegte Fragebogendesign nach dem Feldstart, die Datenspeicherung sowie den Einsatz des Telefons auftreten können.

Um überhaupt eine Programmierung vornehmen zu können, ist das Vorhandensein einer spezifischen Software nötig. Des Weiteren benötigt die Programmierung und Überprüfung eines computergestützten Interviews mehr Zeit als das Erstellen eines ausschließlich schriftlichen Fragebogens (Choi, 2004).

Des Weiteren werden Fehler, die bei der Programmierung des Fragebogens dem Programmierer entgangen sind, vom System unbeirrt ausgeführt, da die Software unlogische Abfolgen im Fragebogendesign nicht wahrnimmt. Bei der Richtigstellung solcher Fehler nach dem Feldstart können sich erneut Fehler oder veränderte Abläufe des Fragebogens einschleichen. So hat das Einfügen einer Antwortmöglichkeit in den Kontext einer Frage keine gravierenden Folgen, es muss jedoch bedacht werden, dass zuvor gegebene Antworten mit demselben Inhalt nachträglich entsprechend codiert werden müssen.

Ein weiterer Nachteil kann im Rahmen der Datensicherung und -verarbeitung auftreten. So ist es häufig notwendig, die erhobenen und gespeicherten Rohdaten in ein anderes System zu extrahieren. Dabei bleibt zwar der ursprüngliche Datensatz im Erhebungsprogramm erhalten, doch können in seltenen Fällen im Rahmen der Extrahierung vereinzelte Daten verloren gehen. Die schneller nachlassende Aufmerksamkeit im Verlaufe eines Telefoninterviews kann, im Vergleich zu einem schriftlichen Interview, als Nachteil dieser Methode gesehen werden

Während der eigentlichen Durchführung der Befragung für die vorliegende Studie ergaben sich weitere unspezifische Nachteile im Rahmen der Interviews. Auf Grund der telefonischen Befragung konnten Personen, die kein Telefon besitzen, nicht befragt werden. Die Interviews wurden ausschließlich auf deutsch durchgeführt, so dass Personen, die der deutschen Sprache nicht mächtig waren, auch nicht berücksichtigt werden konnten. Bei diesem Problem handelt es sich jedoch nicht um eine CATI-spezifische Schwierigkeit. Über die Erfahrung mit Alternativverfahren bei diesen Subgruppen können daher keine Aussagen gemacht werden. Die Vor- und Nachteile eines computerassistierten, standardisierten Telefoninterviews sind in Tabelle 13 nochmals zusammengefasst dargestellt.

Studien, die schriftliche Befragungen mit Telefoninterviews verglichen ((Meyer et al., 2002); (Lampert und Burger, 2004)), zeigten, dass die CATI- Methode hinsichtlich der Validität und Repräsentativität mit herkömmlichen Methoden wie der postalischen Befragung oder dem persönlichen Interview durchaus vergleichbar ist. Reuband und Blasius fanden beispielsweise heraus, dass die Durchführungsart der Befragung keinen signifikanten Einfluss auf bestimmte Befragungsaspekte hat (Reuband und Blasius,

1996). Auch Daten zu konsumierten Mengen von Alkohol (Greenfield et al., 2000), sowie die Resultate von Lebensqualitätsfragebögen (Weinberger et al., 1996) unterlagen keinem Einfluss durch die Datenerhebung mit CATI. Bei einer Datenerhebung über die Rauchgewohnheiten in Deutschland im Rahmen einer telefonischen Befragung wurden die Aussagekraft und Vergleichbarkeit der Daten ebenfalls nicht eingeschränkt (Lampert und Burger, 2004). Eine Studie in Bayern zeigte, dass die CATI- Methode im Hinblick auf gesundheitsbezogene Daten einer schriftlichen Befragung durchaus ebenbürtig ist (Meyer et al., 2002).

Tabelle 13: Vor- und Nachteile von computerassistierten, standardisierten Telefoninterviews

	Vorteile	Nachteile
Telefon	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aufwand für Probanden gering 2. Kein Warten auf Rücklauf von Fragebögen 3. Unklarheiten des Fragebogens können direkt geklärt werden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personen ohne Telefon können nicht teilnehmen 2. Nicht funktionierende Nummern werden angewählt
Computer-assistiert	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keine zusätzliche Dateneingabe 2. Große Komplexität des Fragebogendesigns kann gewährleistet werden 3. Hohe Datenqualität 4. Automatisches Anwählen von Telefonnummern 5. Automatische Fragenabfolge durch Computer gewährleistet 6. Effizientes zeitsparendes Arbeiten 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spezifische Software wird benötigt 2. Hoher Zeitbedarf für Programmierung des Fragebogens 3. Fehler bei Programmierung 4. Kompatibilitätsprobleme beim Datentransfer möglich

4.2. Ergebnisse - Soziodemografie

Im folgenden Abschnitt werden die soziodemografischen Unterschiede zwischen Nutzern und Nichtnutzern alternativer Verfahren mit den Ergebnissen anderer internationaler Studien verglichen. Des Weiteren sollen diese Unterschiede kritisch diskutiert werden.

Bezüglich der soziodemografischen Faktoren finden sich große Übereinstimmungen zwischen der vorliegenden Studie und verschiedenen internationalen Studien.

Mit der vorliegenden Untersuchung lässt sich bestätigen, dass Frauen häufiger als Männer alternativmedizinische Verfahren in Anspruch nehmen. Internationale Studien beschreiben den Frauenanteil unter den Nutzern alternativer Verfahren mit 63% in Großbritannien (Thomas et al., 1991), mit 55% in den USA (Oldendick et al., 2000) und mit 68% in Schweden (Al-Windi, 2004). Auch aus Italien kommen Daten, die eine höhere Inanspruchnahme alternativer Methoden bei Frauen (76%) zeigen (Senna et al., 1999). In Großbritannien lässt sich ebenfalls in zwei weiteren Untersuchungen erkennen, dass der Anteil der Frauen unter den Anwendern von Alternativverfahren mit 60% (Ernst und White, 2000) beziehungsweise 69% (Ong et al., 2002) höher ist als der der Männer, was mit der hier vorliegenden Studie wiedergegeben werden kann. Warum es zu einem solchen Geschlechterunterschied kommt, ist noch nicht ausreichend geklärt. Vermutungen stützen sich auf das stärkere Gesundheitsbewusstsein von Frauen und den größeren Zeitaufwand, den sie in den Erhalt ihrer Gesundheit investieren (Kohler und Ziese, 2004). Ebenfalls besitzen alternativmedizinische Verfahren häufig auch einen Wellness- und gesundheitsunterstützenden Effekt, was mit dem eben beschriebenen größeren Gesundheitsbewusstsein unter Frauen einher geht. Zusätzlich besitzen Frauen größere zeitliche Vakanzen, um sich alternativen Therapiemöglichkeiten zuzuwenden. Laut statistischem Bundesamt waren im Jahr 2003 ca. 22 Millionen Menschen (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte) in der Bundesrepublik Deutschland vollzeitbeschäftigt, darunter waren nur 37% Frauen. Die Teilzeitbeschäftigten waren hingegen zu 85% weiblichen Geschlechts.

Eine Übersicht über die Geschlechtsverteilung in verschiedenen internationalen Untersuchungen ist in Tabelle 14 dargestellt.

**Tabelle 14: Verhältnis zwischen Frauen und Männern bei Nutzern
alternativer Verfahren**

♀	♂	Studie
73%	27%	<i>Eigene Untersuchung</i>
68%	32%	(Al-Windi, 2004)
77%	23%	(Burge und Albright, 2002)
70%	30%	(Bullock et al., 1997)
60%	40%	(Ernst und White, 2000)
72%	28%	(Hentschel et al., 1996)
58%	42%	(MacLennan et al., 1996)
55%	45%	(Oldendick et al., 2000)
69%	31%	(Ong et al., 2002)
60%	40%	(Rafferty et al., 2002)
63%	37%	(Thomas et al., 1991)

Die in dieser Studie gefundene vermehrte Anwendung von Alternativverfahren durch Personen mit überdurchschnittlichem Bildungsstand fand sich in ähnlicher Weise auch in zwei amerikanischen Studien. Ein Vergleich von Personen mit Collegeausbildung gegenüber Personen ohne College zeigte 51% Anwender von Alternativverfahren gegenüber 36% (Eisenberg et al., 1998). Rafferty et al. beschrieben, dass Probanden mit einem Collegeabschluss eine Inanspruchnahme von 55% aufwiesen, gegenüber 40% Inanspruchnahme bei Personen ohne Hochschulabschluss (Rafferty et al., 2002). Auch in Großbritannien waren es mehrheitlich Vertreter der höheren sozialen Schichten, die Alternativverfahren anwandten ((Zollman und Vickers, 1999); (Ernst und White, 2000)). Gründe dafür sind möglicherweise eine größere Offenheit und „Experimentierfreudigkeit“ der höher gebildeten Schichten. Auch eine kritischere Hinterfragung der Schulmedizin ist bei Personen mit höherer Schulbildung möglicherweise stärker ausgeprägt. In Schweden ließ sich dieser Zusammenhang kaum

erkennen. Ein geringfügig größerer Anteil (18,5%) an Personen mit höherer Schulbildung hatte Alternativverfahren in Anspruch genommen, gegenüber 15% mit niedrigerer Schulbildung. Begründet wurden diese Ergebnisse mit dem Setting der Studie. In dem untersuchten Studienkollektiv fand sich eine multi- kulturelle Studienpopulation mit 10,9% außerhalb Europas geborener Teilnehmer (Al-Windi, 2004). Über Deutschland wurden ebenfalls Daten publiziert, die nur einen kleinen Unterschied in der Schulbildung zwischen Nutzern und Nichtnutzern alternativmedizinischer Verfahren aufwiesen (Dixon et al., 2003). Auch in Japan und China konnten Forscher den deutlichen Zusammenhang zwischen höherer Schulbildung und vermehrter Inanspruchnahme nicht wiedergeben. Es zeigte sich hier ein gegensätzlicher Zusammenhang, bei dem die Inanspruchnahme bei weniger gebildeten Patienten höher war ((Yamashita et al., 2002); (Lee et al., 2004)). Begründet wurden diese Erkenntnisse mit dem kulturellen Hintergrund, der bei weniger gebildeten Probanden von größerer Bedeutung ist (Lee et al., 2004). Wie bereits der Ausdruck TCM (Traditionelle Chinesische Medizin) beinhaltet, basiert ein nicht geringer Teil der Medizin in China auf Traditionen. Diese sind besonders in niedrigen sozialen Schichten tief verwurzelt, da hier die Möglichkeiten, sich der westlichen Medizin zuzuwenden, eingeschränkt sind.

Mit der vorliegenden Studie ließ sich ebenfalls bestätigen, dass vermehrt jüngere Individuen alternativmedizinische Heilmethoden angewandt hatten. Untersuchungen aus Amerika und Australien weisen die stärkste Anwendung von Alternativverfahren in jüngeren Altersgruppen auf, genauer von 25 bis 49 Jahren ((Eisenberg et al., 1993); (Astin, 1998)) beziehungsweise 15 bis 34 Jahren (MacLennan et al., 1996). Dies lässt sich mit Ergebnissen aus zwei europäischen Untersuchungen vergleichen, bei denen die höchste Inanspruchnahme bei den 35- bis 44jährigen lag ((Thomas al., 1991); (Menniti-Ippolito et al., 2002)). Da diese Untersuchungen gut miteinander übereinstimmen, liegt die Vermutung nahe, dass junge Menschen offener und experimentierfreudiger gegenüber alternativen Verfahren eingestellt sind. Vielleicht hat sich mit den Jahren auch ein Wandel vollzogen, im Sinne von „Zurück zur Natur“, dem allerdings hauptsächlich die jüngeren Menschen folgen. Ältere Menschen schwören

eventuell eher auf ihre seit etlichen Jahren eingesetzten Medikamente, die schon immer hilfreich waren. Warum also etwas ändern und Neues ausprobieren?

Wie bereits in der vorliegenden Studie gezeigt, ließen sich auch in anderen Untersuchungen kaum Zusammenhänge zwischen dem Familienstand und der Inanspruchnahme von alternativen Verfahren darstellen. In Schweden hatte der Familienstand keinen Einfluss auf die Nutzung alternativer Verfahren (Al-Windi, 2004). Auch in einer anderen deutschen Studie war der Familienstand in beiden Gruppen gleich (Hentschel et al., 1996). Im Gegensatz hierzu konnte eine amerikanische Studie eine deutlich höhere Inanspruchnahme alternativer Verfahren bei geschiedenen oder getrennt lebenden Personen zeigen (Oldendick et al., 2000). Ein ähnlicher Zusammenhang konnte auch in der vorliegenden Untersuchung gezeigt werden. So lag die Inanspruchnahme der Verheirateten bei 40,5%, der Alleinstehenden bzw. Ledigen bei 42,3% bzw. 43,4%. Dieser Unterschied war nicht signifikant, trotzdem stellt sich die Frage, warum diese Tendenz bestand. Eine Erklärung ist, dass Alleinstehende und Ledige mehr Zeit für sich selbst, ihren Körper und ihre Gesundheit zur Verfügung haben als Verheiratete. Daher beschäftigen sie sich möglicherweise auch häufiger mit Alternativen, beispielsweise mit der Alternativmedizin.

Insgesamt stimmten die Ergebnisse dieser Studie aber weitgehend mit anderen weltweiten Untersuchungen überein, in denen unter anderem auch die Erwerbstätigkeit erfasst wurde. Ebenso wie in der vorliegenden Studie zeigten zwei australische Untersuchungen vermehrt berufstätige Probanden als Nutzer von Alternativmedizin ((MacLennan et al., 1996); (Adams et al., 2003)). In einer amerikanischen Studie gaben 58% der Nutzer alternativmedizinischer Verfahren an, berufstätig zu sein (Bullock et al., 1997), in der vorliegenden Studie waren es 52,8%. Auch in Großbritannien (Ernst und White, 2000) und Kanada (Kelner und Wellman, 1997) ließ sich diese Konstellation darstellen. Dieser Zusammenhang erscheint logisch. Berufstätige Probanden haben finanzielle Möglichkeiten, die es ihnen erlauben, Verfahren in Anspruch zu nehmen, die den üblichen Leistungskatalog der Krankenkassen übersteigen, beispielsweise alternative Methoden.

Eine Untersuchung der Schweiz zeigte große Unterschiede hinsichtlich des Erwerbsstatus. Die Inanspruchnahme war bei Teilzeitbeschäftigten signifikant höher,

ein Umstand, der als Korrelation mit dem Geschlecht (stärkere Inanspruchnahme durch Frauen) begründet wird (Sommer et al., 1996). Eine gut vergleichbare Situation konnte in der vorliegenden Studie dargestellt werden. Auch hier zeigte sich eine signifikant höhere Inanspruchnahme alternativer Verfahren bei den Teilzeitbeschäftigten. Diese Situation ist nachvollziehbar, da Teilzeitbeschäftigte einerseits einer bezahlten Tätigkeit nachgehen und dadurch gewisse finanzielle Möglichkeiten zur Verfügung haben. Andererseits ist sicherlich auch der Zeitfaktor nicht zu vernachlässigen, der oftmals nötig ist, um sich eingehend mit alternativmedizinischen Methoden zu beschäftigen. Daher erscheint der Teilzeitbeschäftigte als der ideale Nutzer alternativer Verfahren.

Daten zur Krankenversicherung von Nutzern und Nichtnutzern ließen sich nur schwer finden, bzw. mit anderen Studien vergleichen. Eine deutsche Studie zeigte, dass der Anteil an Privatpatienten bei den Anwendern und Nichtanwendern alternativer Verfahren gleich groß war (Hentschel et al., 1996). Eine amerikanische Studie zeigte eine höhere Inanspruchnahme bei Probanden mit einer Krankenversicherung gegenüber Personen ohne eine solche (Wolsko et al., 2002). Auch in einer Studie der Schweiz zeigte sich eine deutlich höhere Inanspruchnahme alternativer Verfahren bei Personen mit einem besseren Versicherungsstatus (Sommer et al., 1996), so auch in einer deutschen Untersuchung, in der Privatversicherte etwas häufiger alternative Verfahren in Anspruch genommen hatten (Härtel und Volger, 2004). In der vorliegenden Studie zeigt sich ein ähnlicher Zusammenhang. Sowohl in den privaten als auch in den Ersatzkassen finden sich vermehrt Nutzer alternativer Methoden.

Obwohl die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung bevölkerungsbezogen ist, deuten die sozioökonomischen Merkmale der Studienteilnehmer darauf hin, dass höhere soziale Schichten eher bereit waren, an der Befragung teilzunehmen, als niedrigere soziale Schichten. Es ist also möglich, dass die Prävalenz der Inanspruchnahme alternativer Verfahren im vorliegenden Fall leicht überschätzt wird.

4.3. Ergebnisse – Gesundheitszustand

In diesem Abschnitt sollen die aktuellen Erkrankungen, sowie die daraus resultierende gesundheitsbezogene Lebensqualität des Studienkollektivs mit anderen Untersuchungen verglichen und diskutiert werden.

4.3.1. Aktuelle Erkrankungen

Die Annahme, dass Probanden, die sich alternativmedizinischen Verfahren zuwenden, einen schlechteren Gesundheitszustand haben oder häufiger an Erkrankungen allgemein leiden als Nichtnutzer alternativer Methoden, zeigte sich in verschiedenen Studien und konnte auch in der vorliegenden Arbeit bestätigt werden. Untersuchungen in Australien (Adams et al., 2003) und Schweden (Al-Windi, 2004) legten einen schlechteren Gesundheitszustand und einen höheren Anteil an Probanden mit chronischen Erkrankungen unter den Anwendern alternativer Methoden dar. Einen ähnlichen Gesundheitszustand der Anwender zeigte auch eine chinesische Studie, in der Nutzer alternativer Verfahren signifikant häufiger unter Arthritis, Erkrankungen des Bewegungsapparates und Schlaganfällen litten als Nichtanwender. Auch die Anzahl an Komorbiditäten lag bei den Anwendern alternativmedizinischer Verfahren signifikant höher (Lee et al., 2004). Aus den USA kommen ebenfalls Daten, die einen schlechteren körperlichen Zustand von alternativmedizinisch behandelten Patienten bestätigen ((Astin, 1998); (Druss und Rosenheck, 1999)). Weiterhin stellten eine israelische sowie eine deutsche Untersuchung eine solche Übereinstimmung fest ((Bernstein und Shuval, 1997); (Hentschel et al., 1996)). Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes legte ebenfalls eine höhere Inanspruchnahme alternativmedizinischer Verfahren bei chronisch kranken Personen dar (Marstedt und Moebus, 2002). Bei dem Zusammenhang zwischen der Nutzung alternativer Verfahren und einem schlechteren Gesundheitszustand handelt es sich um eine nachvollziehbare Situation. Patienten mit einem schlechteren Gesundheitszustand leiden häufig unter chronischen Erkrankungen und sind in ihrem täglichen Leben eingeschränkt. Oft können sie durch die Schulmedizin nicht ausreichend therapiert werden, woraus eine Suche nach Alternativen resultiert. Eine solche Alternative stellt für diese Patienten möglicherweise die Alternativmedizin dar.

4.3.2. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Auch die subjektiv berichtete Einschränkung der Lebensqualität war für die Anwender alternativer Verfahren in vielen Bereichen weitaus stärker als für die Kontrollgruppe. Eine andere Studie aus England konnte diesen Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und Nutzung von Alternativverfahren auch aufdecken (Ong et al., 2002). In einer in Australien durchgeführten Studie berichteten die Nutzer alternativer Verfahren von einer stärkeren Einschränkung ihrer täglichen Aktivitäten durch die Erkrankung als die Nichtanwender (Adams et al., 2003). Allergiker einer deutschen Studie, die Alternativmedizin anwandten, wiesen eine stärkere subjektive Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität auf als Nichtanwender (Schäfer et al., 2003). Ähnliches berichteten auch dermatologische Patienten als Nutzer alternativer Verfahren. Sie berichten ebenfalls eine geringere Lebensqualität (Zschocke et al., 1999). Israelische, sowie amerikanische Forscher befragten Patienten mit einer Carcinomerkrankung zu ihren Erfahrungen mit alternativen Therapien. Auch hier beschrieben die Nutzer alternativer Verfahren eine signifikant schlechtere Lebensqualität als die Nichtanwender ((Paltiel et al., 2001); (Cassileth et al., 1991)). Eine britische Untersuchung konnte den beschriebenen Zusammenhang zwischen eingeschränkter Lebensqualität und Nutzung alternativer Verfahren jedoch nicht bestätigen (Furnham und Bhagrath, 1993). Ohne objektive Befunde zur Erkrankung lässt sich eine Korrelation zur Krankheitsschwere zwar nicht nachweisen, aber sie ist sicherlich vorstellbar. Wie bereits unter 4.3.1. dargestellt und erläutert, leiden Nutzer alternativer Verfahren häufiger unter chronischen Erkrankungen als Nichtnutzer. Aus diesem schlechteren Gesundheitszustand der Nutzer resultiert eine nachvollziehbar eingeschränkte Lebensqualität. Von daher erscheint es logisch, die schlechtere Lebensqualität als Motivation für das Ausprobieren anderer Maßnahmen, wie der Alternativmedizin, zu sehen.

Verschiedene Studien berichteten ebenfalls über den positiven Einfluss des alternativen Verfahrens auf die Lebensqualität. So beschrieben 96% der Nutzer alternativer Verfahren in einer britischen Untersuchung eine Verbesserung ihrer Lebensqualität durch die Therapie (Abbot und Ernst, 1997). Auch in weiteren Studien aus Großbritannien, Spanien und Deutschland konnte eine verbesserte Lebensqualität der

Patienten festgestellt werden, nachdem diese eine alternative Therapie erhalten hatten ((Paterson, 1997); (Vas et al., 2004); (Güthlin et al., 2004)). Eine amerikanische Studie, in der Patienten mit Multiple Sklerose eine alternative Therapie erhalten hatten, bestätigte die Aussagen der genannten Untersuchungen (Shinto et al., 2004).

Der Aspekt der veränderten Lebensqualität durch die alternative Therapie wurde in der vorliegenden Studie nicht erfasst. Allerdings gaben die Probanden Auskunft über den Nutzen und den Erfolg des alternativen Verfahrens, die mit dem oben diskutierten Aspekt der Lebensqualitätsverbesserung verglichen werden können. Es zeigte sich hier eine gute Übereinstimmung. Die nähere Erläuterung dieser Aspekte ist jedoch Gegenstand einer anderen Dissertationsarbeit.

4.4. Ergebnisse – Alternativmedizin

Dieser Abschnitt vergleicht und diskutiert sowohl die am häufigsten angewandten alternativen Verfahren, als auch die alternativmedizinisch behandelten Erkrankungen im internationalen Vergleich. Ein weiterer Aspekt ist die Diskussion der Kosten der alternativmedizinischen Methoden.

4.4.1. Allgemeines zur Alternativmedizin

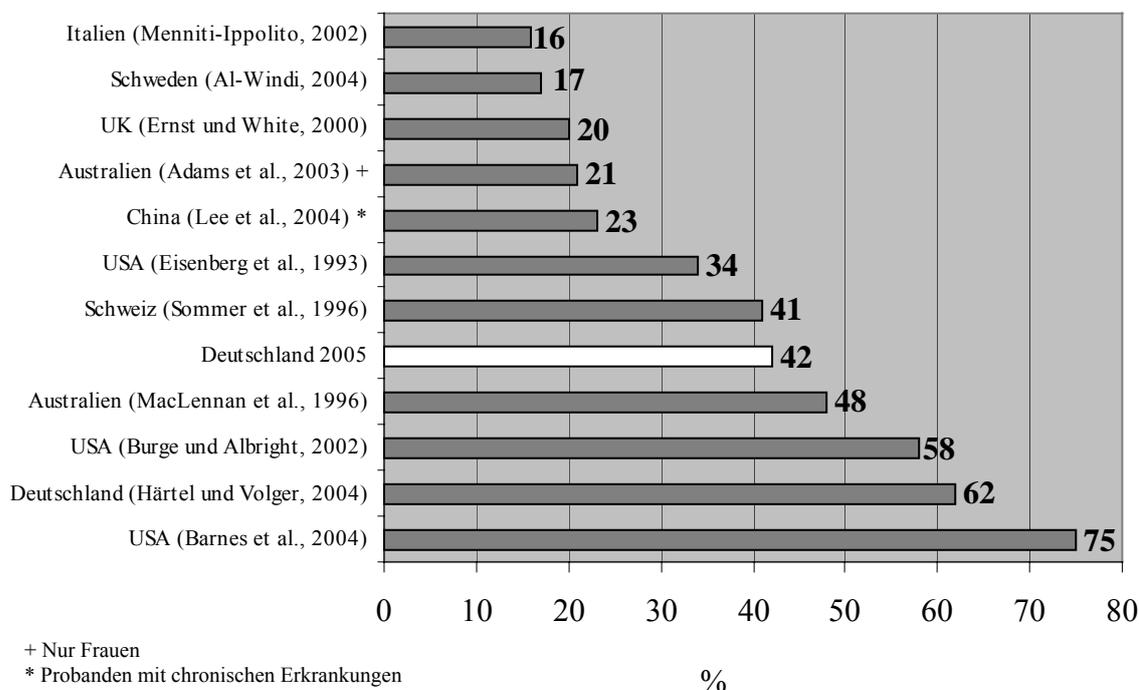
Von den 1001 befragten Probanden hatten 42,3% alternative Heilmethoden zu irgendeinem Zeitpunkt im Verlaufe ihres Lebens angewandt. Anders als in manchen Studien, die zum Beispiel nur die Prävalenz für das vorangegangene Jahr erfassen, wurde in dieser Studie keine Begrenzung gesetzt, in welchem Zeitraum das Alternativverfahren angewandt worden sein musste.

Deutschland gilt als eines der Länder mit einer besonders großen Bedeutung alternativer medizinischer Richtungen. Im internationalen Vergleich ist es möglicherweise das Land mit der stärksten Verbreitung weltweit. Unter diesem Aspekt liegen die hier gefundenen 42,3% Inanspruchnahme im oberen Mittelfeld anderer internationaler Untersuchungen.

Schätzungen für die Inanspruchnahme von alternativmedizinischen Verfahren kommen aus Italien mit 16% (Menniti-Ippolito et al., 2002), aus Schweden mit 17% (Al-Windi,

2004) und aus Großbritannien mit 20% (Ernst und White, 2000). Eine Untersuchung aus China beschrieb eine Inanspruchnahme von 23% (Lee et al., 2004). In Australien wurde die Inanspruchnahme alternativer Verfahren auf 21% (Adams et al., 2003) beziehungsweise 49% geschätzt (MacLennan et al., 1996). Aus der Schweiz kommt eine Inanspruchnahme von 41% (Sommer et al., 1996). Für die USA gibt es Schätzungen mit Werten von 34% (Eisenberg et al., 1993) über 40% (Astin, 1998), 42% ((Eisenberg et al., 1998); (Tindle et al., 2005)) bis hin zu 44% ((Oldendick et al., 2000); (Wolsko et al., 2002)). In einer einzelnen Studie in Amerika wird eine Inanspruchnahme von 58% (Burge und Albright, 2002) beschrieben. Eine weitere Untersuchung fand sogar eine Inanspruchnahme von 75% (Barnes et al., 2004). Auch eine deutsche Untersuchung beschreibt eine Inanspruchnahme von 62% (Härtel und Volger, 2004). Forscher aus den USA untersuchten die Inanspruchnahme in den Altersgruppen unter bzw. über 65 Jahren und fanden 46% bzw. 30% Nutzer in diesen beiden Gruppen (Foster et al., 2000). Diese Zahlen, sowie der Wert der hier vorliegenden Studie finden sich nochmals grafisch dargestellt in Abbildung 14.

Abbildung 14: Inanspruchnahme alternativer Verfahren weltweit



Die beschriebenen internationalen Studien weisen sehr unterschiedliche Zahlen in Bezug auf die Inanspruchnahme von alternativen Verfahren auf. In der vorliegenden Untersuchung konnte eine relativ zu Italien, Schweden und Großbritannien hohe Inanspruchnahme gefunden werden. In mancher Hinsicht ist diese Variation abhängig von den stark voneinander abweichenden Definitionen und dem sehr divergierenden Verständnis von Alternativmedizin, das in den verschiedenen Untersuchungen zum Tragen kommt. Der Kernpunkt in der vorliegenden Studie befasste sich explizit mit alternativmedizinisch therapeutischen Prozeduren. Aus diesem Grund wurden sogenannte natürliche Präparate, Nahrungsergänzungsprodukte und Hausmittel als alternatives Verfahren im Vorfeld ausgeschlossen und unabhängig von der alternativmedizinischen Methode separat dokumentiert. Auch Verfahren wie Chiropraktik, die in Deutschland von Schulmedizinern praktiziert werden, wurden von vornherein als nicht der Alternativmedizin zugehörig definiert. Trotz dieser Maßnahmen findet sich in der vorliegenden Studie eine im Vergleich zu anderen Untersuchungen hohe Inanspruchnahme. Diese lässt sich mit folgenden Argumenten erklären. Durch die Formulierung des einleitenden Satzes, mit dem die Probanden zu Beginn des Interviews begrüßt wurden, trat eine Selektion auf. In diesem Satz wurde bereits darauf hingewiesen, dass es sich um eine Befragung zur Inanspruchnahme von Alternativverfahren handelt. Hierdurch entstand die Selektion, die sich in der Non-Responder- Analyse wieder finden lässt. Den Verweigerern wurde ebenfalls eine kurze Frage zur Inanspruchnahme von alternativen Verfahren gestellt. Hierdurch konnte das Verhalten zwischen Respondern und Non- Respondern bezüglich der Inanspruchnahme verglichen werden, wodurch das Ausmaß der Selektion eingeschätzt werden konnte. Unter den Respondern berichteten 42,3% über Erfahrungen mit alternativen Verfahren, unter den Non- Respondern waren es nur 24,5%. Jedoch wäre es möglich, dass die Inanspruchnahme in dieser Gruppe die erfassten 24,5% übersteigt, da von den Non-Respondern 18,2% keine Angabe hierzu machten. Fasst man die Gruppen der Verweigerer und Teilnehmer zusammen, so findet sich für die hier vorliegende Studie eine Inanspruchnahme von 35,1%, was allerdings im Vergleich zu Studien aus anderen Ländern noch immer relativ hoch ist. Durch die beschriebene Selektion ist ein Vergleich mit anderen Studien bezüglich der Inanspruchnahme nur in einem gewissen

Rahmen repräsentativ. Die Non- Responder- Analyse der vorliegenden Untersuchung stellt jedoch eine Stärke dieser Studie dar, die viele internationale Untersuchungen nicht aufweisen, wie beispielweise eine japanische Studie, die in ihrer Diskussion explizit darauf hinweist (Yamashita et al., 2002). So findet sich nur relativ selten eine Non- Responder- Analyse, die Aufschluss darüber gibt, inwiefern die Verweigerer eine ähnlich hohe Inanspruchnahme alternativer Verfahren aufweisen.

Auch die Ergebnisse der behandelten Erkrankungen in der hier vorliegenden Studie zeigen weite Übereinstimmungen zu anderen internationalen Untersuchungen. So stellten die hier gefundenen chronischen Schmerzen (36,3%), wie Rücken-, Gelenk- oder Kopfschmerzen, auch in weiteren internationalen Studien die meist genannte Indikation für den Einsatz alternativer Heilmethoden dar. Forscher fanden in einer Studie in Großbritannien als häufigste behandelte Problematik mit 32,8% chronische Schmerzzustände, gefolgt von psychologischen Beschwerden, die auch in der hier vorliegenden Studie einen häufigen Grund für eine alternative Therapie darstellten (Abbot und Ernst, 1997). Zwei amerikanische Studien publizierten ganz ähnliche Daten zu Erkrankungen, die mit alternativen Verfahren behandelt wurden. Oldendick et al. (Oldendick et al., 2000) berichteten über Beschwerden des Bewegungsapparates; so auch Eisenberg et al. (Eisenberg et al., 2001), die Rückenschmerzen als häufigste Indikation für alternative Therapien publizierten. Zwei Studien aus Deutschland nannten chronische Schmerzen als häufigsten Anlass für eine alternativmedizinische Behandlung ((Hentschel et al., 1996); (Schneider et al, 2004)), was mit einer schwedischen Studie übereinstimmt (Al-Windi, 2004). Eine Untersuchung aus Kanada (Kelner und Wellman, 1997) sowie eine Befragung aus der Schweiz (Sommer et al., 1996) fanden ebenfalls die chronischen Schmerzen an erster Stelle der Behandlungsgründe, jedoch zeigte sich in diesen beiden Studien auch die Behandlung gynäkologischer Beschwerden als häufiger Grund für den Einsatz alternativer Methoden, was mit der vorliegenden Studie nicht wiedergegeben werden kann.

Rückenschmerzen bzw. chronische Schmerzen wurden in der vorliegenden sowie in vielen anderen Studien als häufige Indikation für die alternative Therapie gefundenen. Eine Gemeinsamkeit dieser Untersuchungen ist das Setting in industrialisierten Ländern, wo die Schreibtisch- und PC- Arbeit in den letzten Jahren stark zugenommen

hat. Durch diese Tätigkeiten werden vor allem Rückenschmerzen sehr gefördert, der sportlich Ausgleich wird oft vernachlässigt. Die Schulmedizin weiß hier meist nur symptomatisch zu helfen. So werden Schmerzmittel mit nicht ungefährlichen Nebenwirkungen verschrieben; kausale Ansätze wie beispielsweise die Physiotherapie werden auf Grund von Budgetierungen immer seltener verordnet. Es scheint deshalb nicht verwunderlich, dass Menschen mit diesen Erkrankungen nach andern Behandlungsmöglichkeiten suchen und sich der Alternativmedizin zuwenden. Diese Überlegungen lassen die häufigsten Indikationen der alternativmedizinischen Methoden, die Rückenschmerzen, nachvollziehbar erscheinen. In Tabelle 15 sind noch einmal oben beschriebene, sowie weitere am häufigsten alternativmedizinisch behandelte Erkrankungen zusammengestellt.

Tabelle 15: Die drei am häufigsten alternativmedizinisch behandelten Erkrankungen im internationalen Vergleich

			Studie
<i>Chron. Schmerzen</i>	<i>Erkältungen</i>	<i>Allgemeine Stärkung</i>	<i>Eigene Studie</i>
Schmerzen	Psychische Beschwerden	Gynäkol. Beschwerden	(Abbot und Ernst, 1997)
Chron. Schmerzen	Befindlichkeitsstörungen	Muskelverspannungen	(Astin, 1998)
Rückenschmerzen	Erkältungen	Nackenschmerzen	(Barnes et al., 2004)
Bewegungsapparat*	Kopfschmerzen	Befindlichkeitsstörungen	(Bullock et al., 1997)
Rückenschmerzen	Allergien	Gelenkbeschwerden	(Eisenberg et al., 1993)
Nackenschmerzen	Rückenschmerzen	Angstzustände	(Eisenberg et al., 1998)
Rückenschmerzen	Andere Schmerzen	Psychische Beschwerden	(Ernst und Fugh-Berman, 2002)
Gelenkbeschwerden	Rückenschmerzen	Herzerkrankungen	(Foster et al., 2000)
Rückenschmerzen	Erkältungen	Kopfschmerzen	(Härtel und Volger, 2004)
Migäne	Allergien	Depressionen	(Hentschel et al., 1996)
Hypertension	Diabetes mellitus	Gelenkbeschwerden	(Lee et al., 2004)
Schmerzen	Allgemeine Stärkung	Akute Erkrankung	(Menniti-Ippolito et al., 2002)
Bewegungsapparat*	Lungenerkrankungen	Gleichgewichtsstörungen	(Schneider et al., 2004)
Rückenschmerzen	Befindlichkeitsstörungen	Gelenkbeschwerden	(Sommer et al., 1996)
Bewegungsapparat*	Befindlichkeitsstörungen	Erkältungen	(Yamashita et al., 2002)

*Erkrankungen des Bewegungsapparates

Bei der Betrachtung der am häufigsten angewandten alternativmedizinischen Verfahren ließen sich deutliche Unterschiede zu anderen internationalen Studien finden. Dieses Phänomen erklärt sich, wie oben erwähnt, aus der unterschiedlichen Definition für den Begriff Alternativmedizin. In der vorliegenden Studie wurden die manuellen Therapieformen, wie die Chiropraktik oder Massagen, nicht als alternative Behandlungsformen betrachtet. Die Gründe für den Ausschluss dieser Verfahren sind in der Klärung des Begriffs Alternativmedizin in der Einleitung näher erläutert. Auf dieser Basis ließen sich einige Studien sehr gut mit der vorliegenden vergleichen, andere wiederum nicht, da eine andere Ausgangsbedingung vorlag. Ähnliche Ergebnisse wie in der hier präsentierten Untersuchung zeigten auch Studien aus Großbritannien und Italien. In Großbritannien fanden sich unter den vier häufigsten Verfahren Homöopathie, Akupunktur, sowie die Phytotherapie (Ernst und White, 2000), die auch in der vorliegenden Untersuchung die am häufigsten angewandten Methoden waren. Auch die italienische Studie zeigte diese drei Verfahren unter den häufigsten Therapieformen (Menniti-Ippolito et al., 2002). Auffällige Unterschiede weisen Untersuchungen aus den USA in diesem Bereich auf ((Eisenberg et al., 1993); (Druss und Rosenheck, 1999); (Foster et al., 2000); (Oldendick et al., 2000)). In den USA fallen beispielsweise Verfahren wie die Chiropraktik, Massagen und Entspannungsverfahren unter die häufig angewandten alternativen Verfahren. Die in Europa häufig eingesetzten Methoden werden in den Vereinigten Staaten jedoch auffallend seltener beschrieben. Eine Begründung hierfür scheint die Herkunft verschiedener alternativer Verfahren zu sein. So wurde die Homöopathie beispielsweise durch den deutschen Arzt Samuel Hahnemann begründet. Es lässt sich also nachvollziehen, dass dieses Verfahren bevorzugt in Deutschland und Europa beheimatet ist. Hingegen ist das ‚spiritual healing‘ eine Methode, die in Europa relativ unbekannt ist, in amerikanischen Untersuchungen jedoch zu den häufig angewandten Methoden gehört. Zu diesen Überlegungen finden sich in drei Studien noch weitere Besonderheiten. So beschrieben Lee et al., dass in China als häufigste Verfahren die TCM, traditionelle Diäten, sowie die Akupunktur angewandt werden, was durch den kulturellen Hintergrund sicherlich gefördert wird (Lee et al., 2004). Eine deutsche Studie mit Setting in einem Krankenhaus benannte als häufigstes alternatives

Verfahren die Physiotherapie, die in der vorliegenden Studie jedoch nicht als alternatives Verfahren definiert wurde (Huber et al., 2004). Eine aktuelle Untersuchung von Tindle et al. beschreibt eine Entwicklung aus den Vereinigten Staaten, die sich in früheren Studien noch nicht abzeichnete. So stellte in dieser amerikanischen Untersuchung die Phytotherapie das am häufigsten angewandte alternative Verfahren dar, wohingegen die sonst in den USA häufig eingesetzte Chiropraktik als rückläufig beschrieben wurde (Tindle et al., 2005).

Für Deutschland liegen Zahlen aus Veröffentlichungen der Bundesärztekammer und der Deutschen Ärztesgesellschaft für Akupunktur, der größten Organisation der Akupunkturverbände vor, die die Verbreitung der Alternativmedizin verdeutlichen. Im Jahre 2000 waren bei der Bundesärztekammer 4490 Ärzte mit der Zusatzbezeichnung "Homöopathie" registriert, im Vergleich zu etwa 2400 noch im Jahre 1994. Die DÄGfA schätzt, dass Akupunktur von 20000 bis 30000 Ärzten zumindest sporadisch angewendet wird (Marstedt und Moebus, 2002). Diese Zahlen drücken sicherlich das gestiegene Patienteninteresse an diesen beiden Methoden aus. Zugleich lässt sich aber auch der hohe Anteil von Akupunktur und Homöopathie an allen alternativen Methoden erklären, da diese beiden Verfahren durch ein so großes Angebot für viele Patienten ohne gesteigerten Aufwand verfügbar werden.

4.4.2. Kosten der alternativmedizinischen Behandlung

Wie im vorherigen Abschnitt bereits erwähnt, erwerben immer mehr Ärzte Kenntnisse und Zusatzqualifikationen im Bereich der Alternativmedizin. An dieser Stelle ist schwer zu beurteilen, ob es sich bei den Beweggründen der alternativmedizinisch therapierenden Ärzte mehr um medizinische oder wirtschaftliche Gründe oder aber um die Reaktion auf Nachfragen von Patienten handelt. Ein Grund ist sicher die zunehmende Akzeptanz vor allem junger Ärzte gegenüber einzelnen Alternativverfahren. Des Weiteren besteht der vermehrte Wunsch, diese Verfahren selbst zu erlernen und durchzuführen, was sowohl für Deutschland (Marstedt und Moebus, 2002) als auch für Großbritannien (Ernst und Fugh-Berman, 2002) nachgewiesen werden konnte. So beschreibt eine deutsche Studie unter Studierenden der Medizin ebenfalls, dass trotz eines geringen Lehrangebots und einer überwiegend

ablehnenden Haltung vieler Hochschullehrer die positive Einstellung unkonventionellen Verfahren gegenüber im Laufe des Studiums eher zunimmt. 85,6% der Studierenden befürworteten die Alternativmedizin (Haltenhof et al., 1997).

Auf Grund von Budgetierungen und Kürzungen werden die finanziellen Einnahmen vieler Ärzte und Therapeuten mehr und mehr vermindert, was bereits zu Praxisschließungen durch Insolvenz führte. Daher ist der finanzielle Aspekt für die Therapeuten sicher auch nicht zu unterschätzen, wenn sie durch ihr Zusatzangebot Patienten gewinnen können, die ihnen sonst verloren gingen. Die alternativmedizinischen Verfahren bieten also auch den Ärzten und Therapeuten neben den üblichen Praxiseinkünften zusätzliche Einnahmequellen. 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. Dieses ist nötig, da viele Patienten gewillt sind, für einen möglichen Heilerfolg eine beträchtliche Summe aufzuwenden und nötigenfalls auch aus eigener Tasche zu finanzieren.

Die bislang verfügbaren Daten zu Kosten alternativer Behandlungsmethoden in Deutschland sind eher dürftig. Aus anderen Ländern liegen Schätzungen für die Kosten alternativmedizinischer Behandlungen vor. In den USA beliefen sich die Ausgaben für alternative Verfahren im Jahre 1993 auf geschätzte 13,7 Milliarden US Dollar (~10,5 Milliarden EUR) (Eisenberg et al., 1993), im Jahre 1997 auf 21,2 Milliarden US Dollar (~16 Milliarden EUR) (Eisenberg et al., 1998). Für Großbritannien gibt es eine Schätzung aus dem Jahre 2000, in der sich die Ausgaben auf 1,6 Milliarden Pfund (~1,2 Milliarden EUR) beliefen (Ernst und White, 2000). Bei diesen Angaben handelte es sich um Schätzungen, deren Zahlen durch Befragung von Anwendern erhoben wurden. Laut einer australischen Publikation wurden die Kosten im Jahre 2000 mit 2,3 Milliarden australischen Dollar (~1,4 Milliarden EUR) kalkuliert (Bensoussan und Lewith, 2004).

Für Deutschland stellt sich die Situation folgendermaßen dar. Ein kleiner Teil der Kosten für alternative Verfahren 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 aus dem Jahre 2001 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. Für den Gesamtbereich „alternativer Diagnose- und Therapieformen“ ist, wenn man erhebliche Unschärfen in der Abgrenzung und zugleich Unsicherheiten in der Datenhochrechnung im Auge behält, davon auszugehen, dass diese im Jahre 2000 mit grob geschätzt 4 Milliarden DM (etwa 2 Milliarden EUR) etwa ein Zehntel der Gesamtausgaben für ambulante Versorgung in der GKV ausmachten.

Diese Zahlen beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung und berücksichtigen noch keinerlei privat bezahlte Gesundheitsleistungen für Ärzte, wie beispielsweise die „IGeL- Leistungen“, Heilpraktiker oder Medikamente, so dass die Gesamtausgaben noch weit höher liegen dürften (Marstedt und Moebus, 2002). Bei Betrachtung der Ausgaben der Phytotherapie zeigte sich bereits zwischen 1985 und 1989 ein Anstieg von 10% (Burkhard, 1993), im Jahr 2000 wurden 56% der pflanzlichen Präparate als Selbstmedikation erworben (Marstedt und Moebus, 2002). Auch in den USA lagen die Out-of-pocket- Ausgaben für pflanzliche Arzneimittel hoch (Eisenberg et al., 1998).

In der hier vorgelegten Studie wurden die Probanden ebenfalls zu den Kosten der angewandten Verfahren befragt. Es ergaben sich durchschnittliche Kosten einer Einzelbehandlung von 30 EUR und 300 EUR für die Gesamtbehandlung. Vergleichbare Zahlen fand eine deutsche Untersuchung unter Allergikern, in der die Einzelbehandlung 41 EUR und die Gesamtbehandlung 205 EUR kostete (Schäfer et al., 2002). Höhere Beträge für eine Gesamtbehandlung fanden sich in einer britischen und einer weiteren deutschen Untersuchung. So lagen die Kosten hier bei 670 EUR bzw. 1170 EUR ((Tribskorn und Drosner, 1989); (Abbot und Ernst, 1997)).

Ausgehend von 80 Millionen Einwohnern in Deutschland, einer Inanspruchnahme von 35,1% (Inanspruchnahme unter Berücksichtigung der Non- Responder- Analyse) und einem Betrag von 300 EUR für eine Gesamtbehandlung ergibt sich aus der vorliegenden Studie eine Hochrechnung von über 8,4 Milliarden EUR jährliche Gesamtausgaben für Alternativverfahren. Natürlich können auch diese Zahlen nur eine

grobe Schätzung darstellen, da sich vor allem Probanden, deren Versicherung zumindest einen Teil der Kosten übernahm, nur sehr ungenau an die Kosten der Therapien erinnern konnten. Dennoch drängt sich der Verdacht auf, dass die finanziellen Aufwendungen für alternative Therapien noch weit höher liegen als bislang angenommen. Wenn die Nachfrage und die Zahlungsbereitschaft weiterhin so hoch bleiben, könnten die Kosten sogar noch weiter steigen. In dieser Studie konnte auch gezeigt werden, dass über die Hälfte der Anwender von Alternativverfahren (56,6%) bereit wäre, sogar noch mehr Geld für den erreichten Erfolg auszugeben. Unabhängig vom alternativen Verfahren wären die Probanden dieser Studie zu 81,8% bereit, für eine vollständige Heilung einen höheren Betrag auszugeben als sie für die tatsächliche Behandlung gezahlt hatten.

Hier liegt natürlich ein großes gesellschaftliches Konfliktpotential, wenn alternative Therapien nur noch von zahlungskräftigen Bevölkerungsschichten in Anspruch genommen werden können. Eine vollständige Erstattung durch alle gesetzlichen Krankenkassen würde wiederum zu einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen führen, die zur Zeit sicher nicht finanzierbar wäre. Außerdem kann laut SGB V eine Kostenerstattung bei fehlendem Wirksamkeitsnachweis nicht in Betracht gezogen werden. Eine Erstattung durch die Krankenkassen ist ein sehr stark fördernder Faktor für die Inanspruchnahme. Dieses Phänomen konnte in einer amerikanischen Studie (Wolsko et al., 2002) sowie einer schweizerischen Untersuchung (Sommer et al., 1996) gezeigt werden. So kam es in der schweizerischen Untersuchung zu einer höheren Inanspruchnahme alternativer Verfahren in der Gruppe der Probanden, die eine Zusatzversicherung aufwiesen.

Bislang ist die Erstattung alternativmedizinischer Verfahren sehr uneinheitlich geregelt, es werden jedoch bereits einige Methoden zumindest teilweise von den Krankenkassen bezahlt. Die Frage, ob eine generelle Erstattung eher zu einer Steigerung oder zu einer Senkung der Gesundheitskosten führen würde, kann sicher aus dem vorhandenen Zahlenmaterial nicht verlässlich geklärt werden. Es wird hier auf die Ergebnisse verschiedener Modellvorhaben der Krankenkassen gewartet werden müssen, in denen die versuchsweise Aufnahme einzelner Methoden in den Leistungskatalog, wie sie in den letzten Jahren angelaufen sind, untersucht werden.

4.5. Ergebnisse – Gesundheitseinstellung und -verhalten

In diesem Abschnitt werden die Unterschiede im Gesundheitsverhalten zwischen Nutzern und Nichtnutzern alternativer Verfahren diskutiert.

Eine wichtige Hypothese der vorliegenden Arbeit war die Überlegung, ob Nutzer alternativer Verfahren ein erhöhtes Gesundheitsbewusstsein aufweisen als Nichtanwender. Kann allgemein gesagt werden, dass sie häufiger Vitamine einnehmen? Wenden Nutzer alternativmedizinischer Methoden vermehrt Naturprodukte und altbewährte Hausmittel an, wenn der Körper einmal nicht so fit ist? Oder ist es eher anders herum, sind Nutzer alternativer Maßnahmen so gesund, dass sie nicht auf Vitamine, Naturprodukte und Ähnliches angewiesen sind? Sind Frauen gesundheitsbewusster als Männer?

Diese Überlegungen sollen im folgenden Abschnitt näher erläutert werden.

4.5.1. Lebens- und Gesundheitseinstellung

Bezüglich des Gesundheitsverhaltens unterschieden sich Anwender und Nichtanwender in einigen Bereichen deutlich, in anderen kaum oder gar nicht von einander. So wiesen Nutzer alternativmedizinischer Verfahren ein größeres Gesundheitsbewusstsein auf. Das bedeutet, sie rauchten weniger, ernährten sich gesünder und trieben mehr Sport. Im Bereich der Medikamenteneinnahme zeigte sich allerdings ein höherer Konsum bei den Nutzern. Auch einige internationale Studien konnten Daten zu diesem Themenkomplex identifizieren. Es zeigten sich teilweise Übereinstimmungen mit der vorliegenden Untersuchung, teilweise auch Abweichungen davon.

Insgesamt konnte ein Grossteil der Studien zeigen, dass Anwender alternativmedizinischer Methoden ein größeres Gesundheitsbewusstsein aufweisen. So wird genau dieser Aspekt in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wiedergegeben (Marstedt und Moebus, 2002). Eine deutsche, sowie eine britische Studie berichten ebenfalls über einen gesünderen Lebensstil der Anwender von Alternativmedizin ((Hentschel et al., 1996); (Furnham et al., 1995)). Laut einer deutschen Untersuchung änderten 54% der befragten Frauen durch die alternative

Maßnahme ihr Gesundheitsverhalten im positiven Sinne (Freivogel und Gerhard, 2001). Eine britische Untersuchung beschreibt, dass Nutzer alternativer Verfahren signifikant häufiger der Meinung sind, dass ein gesunder Lebensstil Erkrankungen vorbeugt (Furnham und Bhagrath, 1993).

Im Folgenden sollen die Aspekte des Rauchens, des Alkoholkonsums und der Medikamenteneinnahme näher beleuchtet werden.

Das Rauchverhalten der deutschen Bevölkerung lässt sich mit der vorliegenden Untersuchung gut wiedergeben. So rauchen laut statistischem Bundesamt 27,4% der deutschen Bevölkerung, in der vorliegenden Studie sind es 30,1%. Nach einer repräsentativen, telefonischen Befragung des Robert- Koch- Instituts rauchen 32,5% der befragten Probanden (Kohler und Ziese, 2004). Auch die Geschlechterverteilung stimmt gut mit einer telefonischen Datenerhebung zum Rauchverhalten in Deutschland überein. So werden dort 37% der Männer und 28% der Frauen als Raucher eingeordnet (Lampert und Burger, 2004), in der vorliegenden Studie gaben 34% der Männer und 28% der Frauen an, zu rauchen. Der hochsignifikante Unterschied zwischen Nutzern und Nichtnutzern in der vorliegenden Untersuchung bezüglich des Rauchverhaltens konnte jedoch nur in wenigen anderen Studien wiedergegeben werden. In einer deutsche Untersuchung konnte ebenfalls gezeigt werden, dass Nutzer alternativer Verfahren signifikant seltener rauchen (Hentschel et al., 1996). Zwei Studien aus Schweden allerdings fanden keinen Unterschied bezüglich des Rauchverhaltens zwischen Nutzern und Nichtnutzern ((Al-Windi, 2004); (Berg und Arnetz, 1998)).

Der Alkoholkonsum in der vorliegenden Untersuchung stimmt mit dem Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Institut weitgehend überein, so dass davon ausgegangen werden kann, dass es sich um repräsentative Daten handelt (Kohler und Ziese, 2004). Bei Betrachtung des Alkoholkonsums in internationalen Studien zeigen sich überwiegend Übereinstimmungen zu der vorliegenden Untersuchung. So wurde sowohl in Australien als auch in Schweden kein Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum und der Inanspruchnahme alternativer Verfahren gefunden ((MacLennan et al., 1996); (Al-Windi, 2004); (Berg und Arnetz, 1998)). Nur zwei Untersuchungen zeigen einen niedrigeren Alkoholkonsum unter den Anwendern alternativer Methoden ((Adams et al., 2003); (Hentschel et al., 1996)).

Die beschriebene Heterogenität der Studien zum Gesundheitsverhalten verlangt nach einer Erklärung. Ein Ansatz ist die Auffälligkeit, dass vorwiegend die deutschen Untersuchungen eine stärkere Assoziation zwischen ausgeprägtem Gesundheitsbewusstsein und der Nutzung alternativer Verfahren aufweisen. Diese Auffälligkeit deutet auf einen Trend in Deutschland hin, der mit der relativ hohen Inanspruchnahme alternativer Verfahren im Einklang steht. Dem Körper keinen Schaden durch Alkohol oder Nikotin zu zufügen, die Selbstheilungskräfte mit Sport zu aktivieren und Erkrankungen durch gesunde Ernährung vorzubeugen stellen diesen Trend, der bei Nutzern alternativer Verfahren ausgeprägt ist, dar.

Beim Medikamentenkonsum konnten im internationalen Vergleich ähnliche Daten wie in der vorliegenden Studie gefunden werden. In China wurde eine Assoziation zwischen einer häufigeren Einnahme von Medikamenten und der Nutzung alternativmedizinischer Verfahren festgestellt (Lee et al., 2004), die auch eine australische, sowie eine schwedische Studie aufzeigen konnte ((Adams et al., 2003); (Al-Windi, 2004)). Auch eine deutsche Untersuchung zeigte, dass Nutzer alternativer Verfahren mehr Medikamente einnehmen als Nichtnutzer (Hentschel et al., 1996). In einer amerikanischen Untersuchung zeigte sich, dass 62% aller befragten Nutzer alternativer Methoden die Einnahme von Medikamenten wie NSAID's angaben (Bullock et al., 1997). Im Gegensatz hierzu wies eine weitere schwedische Untersuchung keinen Zusammenhang zwischen der Medikamenteneinnahme und der Nutzung alternativer Maßnahmen auf (Berg und Arnetz, 1998). Die Erkenntnisse zwischen erhöhter Medikamenteneinnahme und der Nutzung alternativer Verfahren sind im Rahmen der oben bereits erläuterten schlechteren Lebensqualität durchaus nachvollziehbar. Zwar könnte eine Laienannahme sein, dass Nutzer alternativer Methoden auf Grund ihrer idealistischen Einstellung die Einnahme von Medikamenten ablehnen und auf sie verzichten. In der vorgelegten Untersuchung konnte diese Annahme jedoch nicht bestätigt werden. Im Gegenteil, Nutzer alternativer Verfahren weisen einen stärkeren Medikamentenkonsum auf, da sie häufiger an chronischen Erkrankungen leiden als Nichtnutzer.

4.5.2. Diäteinhaltung

Bei Betrachtung der Einhaltung einer Diät sind an dieser Stelle verschiedene Faktoren von Interesse. Zunächst stellt sich die Überlegung, inwiefern eine Diäteinhaltung mit der Gesundheitseinstellung bzw. im übertragenen Sinne mit der Nutzung von Alternativverfahren in einen Zusammenhang gebracht werden kann. Der zweite wichtige Aspekt in diesem Abschnitt ist das Aufgreifen von Ergebnissen aus internationalen Untersuchungen, in denen das Einhalten einer Diät nicht explizit untersucht, in gewissem Sinne aber trotzdem erfasst wurde.

In der vorliegenden Untersuchung fanden sich Ergebnisse, die besagten, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen Nutzern und Nichtnutzern alternativer Verfahren im Diätverhalten gibt. Jedoch gaben Anwender etwas häufiger an, in ihrem Leben bereits eine Diät eingehalten zu haben. Ein deutlicher Unterschied zeigte sich jedoch im Diätverhalten zwischen Männern und Frauen. Zwei Drittel aller, die eine Diät gemacht hatten, waren weiblich. Da die Nutzer auch zu einem größeren Teil weiblich sind, erscheint der gefundene Zusammenhang nicht stark genug. Eine Diäteinhaltung scheint daher nur eine geringe Assoziation zur Inanspruchnahme alternativer Verfahren zu haben. Allerdings kann dieser nur wenig ausgeprägte Zusammenhang auch durch die Fragestellung zu diesem Thema bedingt sein. Es wurden sowohl Diäten erfasst, die eine „richtige“ Diät im Sinne einer „medizinisch begleiteten Fastenkur“ beinhalteten, als auch „Pseudodiäten“, die mit Hilfe einer Zeitschriftenanleitung oder aber völlig selbständig durchgeführt wurden. Wäre hier zwischen den beiden Formen unterschieden worden, so ließe sich möglicherweise ein deutlicherer Zusammenhang zwischen der Nutzung alternativer Verfahren und einer Diäteinhaltung erkennen.

Diese These beruht auf Ergebnissen internationaler Studien. In vielen Untersuchungen gehört die Diäteinhaltung in die Definition der alternativmedizinischen Verfahren hinein und läßt sich auch unter den häufig verwendeten Methoden wiederfinden. So finden sich besonders in amerikanischen Untersuchungen die „lifestyle-diets“ unter den häufig angewandten alternativen Maßnahmen ((Astin, 1998); (Eisenberg et al., 1998); (Druss und Rosenheck, 1999); (Foster et al., 2000); (Oldendick et al., 2000)). Auch in einer britischen Studie konnten Diäten unter den häufig angewandten alternativen Verfahren identifiziert werden (Abbot und Ernst, 1997). Drei deutsche

Studien beschrieben das besondere Ernährungsverhalten im Sinne einer Diät an zweiter bzw. fünfter Stelle der häufig verwendeten alternativen Verfahren ((Freivogel und Gerhard, 2001); (Huber et al., 2004); (Härtel und Volger, 2004)). Besonderheit zweier dieser Studien ist jedoch das Setting in einem Krankenhaus. Von daher ist es naheliegend, dass Diäten häufig genannt werden. Eine Besonderheit unter diesem Aspekt stellt eine chinesische Untersuchung dar. Hier lagen die traditionellen Diäten an zweiter Stelle der häufig angewandten alternativen Maßnahmen, wobei Diäten Bestandteil der traditionellen chinesischen Lebenskultur sind (Lee et al., 2004). Daher fällt ein Vergleich mit europäischen Studien oder amerikanischen Untersuchungen schwer.

Vor dem beschriebenen Hintergrund ist die Interpretation der in der vorliegenden Studie gefundenen Daten zur Diäteeinhaltung in jede Richtung möglich. Einerseits besteht, wenn man die amerikanischen Studien betrachtet, eine deutliche Assoziation zur Inanspruchnahme alternativer Verfahren. Andererseits ist auch die Möglichkeit gegeben, dass Nutzer alternativer Verfahren keine Diäten benötigen, da sie insgesamt einen gesünderen Lebensstil aufweisen. Diese Überlegung steht mit den in der vorliegenden Studie gefundenen Ergebnissen im Einklang.

4.5.3. Vitamineinnahme

Mit der Darstellung und Untersuchung der Vitamineinnahme stellt sich die gleiche Situation dar, wie sie oben für die Diäteeinhaltung beschrieben wurde. Gerade in amerikanischen Untersuchungen wird die Vitamineinnahme im selben Konsens genannt wie andere alternative Verfahren. Daher gestaltet sich hier ein Vergleich erneut schwierig. In den amerikanischen Studien wurde zumeist die Einnahme von „megavitamins“ erfasst, in der hier vorliegenden Untersuchung ist jegliche Form der Nahrungsergänzung in Form von Vitaminen und Spurenelementen erfragt worden.

Wichtig ist in jedem Fall die Assoziation zwischen der Einnahme von Vitamin- und Spurenelementpräparaten und der Nutzung alternativer Verfahren. So gaben 45,4% der Nutzer alternativmedizinischer Methoden an, Produkte dieser Art einzunehmen. Bei den Nichtanwendern betrug dieser Anteil nur 36,7%, so dass es sich hier um einen signifikanten Unterschied handelt. Wäre die Einnahme derartiger Präparate wie in

amerikanischen Studien als alternatives Verfahren definiert worden, so befände sich die Einnahme unter den häufig angewandten alternativen Maßnahmen. Andererseits muss jedoch beachtet werden, dass auch Multivitaminpräparate aus dem Discounter in der vorliegenden Studie berücksichtigt wurden. Was in amerikanischen Untersuchungen unter „megavitamins“ verstanden wird, bleibt ungeklärt. Möglicherweise sind auch dort die Discounter- Präparate gemeint. Eine amerikanische Untersuchung konnte identifiziert werden, in der die Nutzung von ‚dietary supplements‘ unabhängig von der Inanspruchnahme alternativer Verfahren untersucht wurde (Kelly et al., 2005). Mehrere weitere amerikanische Untersuchungen bezeichneten die Vitamineinnahme jedoch als alternatives Verfahren ((Astin, 1998); (Eisenberg et al., 1998); (Foster et al., 2000); (Factor-Litvak et al., 2001)). Allerdings wurde auch in zwei deutschen Studien die Vitamineinnahme als Alternativverfahren definiert. So beschreiben Huber et al. die Einnahme von Vitaminen und Spurenelementen als vierthäufigstes Verfahren (Huber et al., 2004). Auch Freivogel und Gerhard fanden ein vergleichbares Verfahren an vierter Stelle der am häufigsten genannten alternativen Methoden (Freivogel und Gerhard, 2001). Sie nannten hier die orthomolekulare Therapie, die eine ausreichende Zufuhr essentieller Nahrungsbestandteile und Nährstoffe (Aminosäuren, Fettsäuren, Elektrolyte, Spurenelemente, Vitamine etc.) empfiehlt (Pschyrembel, 2000). In der hier vorliegenden Untersuchung wäre die orthomolekulare Therapie ebenfalls als alternative Maßnahme erfasst worden, nicht jedoch die einfache Vitamineinnahme.

Insgesamt zeichnet sich eine deutliche Assoziation zwischen der Einnahme von in der vorliegenden Studie erfassten gesundheitsfördernden Produkten und der Inanspruchnahme alternativer Verfahren ab. Nutzer alternativer Methoden sind eher darauf bedacht, ihre Ernährung noch weiter durch die Einnahme bestimmter Präparate zu unterstützen.

4.5.4. Naturprodukte und Hausmittel

An dieser Stelle soll zunächst der Unterschied zwischen der Phytotherapie und der Einnahme von Naturprodukten erläutert werden, der in der vorliegenden Untersuchung zum Tragen kam. Es wurde von folgender Definition der Phytotherapie ausgegangen: „...Phytopharmaka ... müssen die Anforderungen des Arzneimittelgesetzes hinsichtlich Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit erfüllen; ...“ (Pschyrembel, 2000). In diesem Sinne wurden Präparate wie beispielsweise Baldrianzubereitungen bei Unruhezuständen, Traubensilberkerzenwurzel bei Wechseljahrsbeschwerden oder auch Johanniskraut bei milden Depressionen als ‚rationelle‘ Phytopharmaka erfasst, die ausschließlich in Apotheken verkauft werden. Im Gegensatz dazu wurden Tees oder Zubereitungen wie Fischöle, Algenpräparate oder Teufelskrallenprodukte, wie man sie in Discountern erhält, als ‚traditionelle‘ Phytopharmaka oder Naturprodukte dokumentiert. Charakterisiert werden die ‚Traditionellen‘ durch das Verbot des BfArM, spezifische Krankheitsindikationen zu nennen. Erlaubt sind hierfür nur Floskeln wie „zur Unterstützung der Blase“ oder „stärkt erschöpfte Nerven“ (STERN, 2004).

Vor diesem Hintergrund zeigte sich, dass auch hier ein signifikant häufigerer Gebrauch von Naturprodukten bei Nutzern alternativer Verfahren zu finden ist. Daher steht auch dieser Aspekt mit der Lebenseinstellung der Nutzer in einem engen Zusammenhang. Es zeigt sich hier erneut, dass Nutzer alternativer Methoden Wert auf Natürlichkeit legen und chemische Medikamente für sich selbst ablehnen.

Des Weiteren sollen die erfassten Daten zur Nutzung von Hausmitteln erläutert werden. Pflanzliche Hausmittel aus der Volksheilkunde wie Kartoffelwickel gegen Halsschmerzen oder Zwiebelringe gegen Mittelohrentzündung sind keine Handelsware, sondern Mittel, die man selbst herstellen kann. Das Wissen um sie wird- zum Teil schon seit Jahrhunderten- von Generation zu Generation weitergegeben. Ihre medizinische Wirkung beruht oft auf ihren physikalischen Eigenschaften, wie etwa der Wärmespeicherkapazität von Kartoffeln oder der schleimhautberuhigenden Wirkung von Wärme und Feuchtigkeit. Diese Erkenntnisse machen sich besonders die Anwender alternativer Verfahren zu Nutze. So stellte sich auch hier wieder ein signifikanter Unterschied in der Anwendung von Hausmitteln zwischen Nutzern und

Nichtnutzern dar. Ein weiterer signifikanter Unterschied wurde bei der Betrachtung der beiden Geschlechter deutlich. Zwei Drittel aller derjenigen, die Hausmittel anwandten, waren Frauen. Ein weiterer Aspekt war bei der Betrachtung der Altersverteilung bei den Anwendern altbewährter Hausmittel auffällig. Es zeigte sich hier nicht, wie erwartet, eine häufige Nutzung bei älteren Menschen, die mit diesen Methoden aufgewachsen waren, sondern ein häufiger Gebrauch bei jungen Menschen. Hier drängt sich wiederum die These auf, dass sich junge Menschen „Zurück zur Natur“ bewegen. Dieser Trend findet sich nicht nur bei der Anwendung von Alternativverfahren wieder, sondern auch bei der Nutzung altbewährter Hausmittel.

Die Erfassung der Anwendung von Hausmitteln stellt eine Stärke dieser Studie dar, da es sich um einen Aspekt handelt, der weder auf nationaler noch auf internationaler Ebene in Form von Studien bisher untersucht wurde. Besonders der Zusammenhang zwischen der Anwendung von Hausmitteln und der Nutzung alternativer Verfahren stellt ein bisher kaum untersuchtes Gebiet dar.

4.6. Persönliche Betrachtung der Thematik

Es konnte in dieser Studie gezeigt werden, dass Alternativverfahren von beachtlicher Bedeutung sind und sich insgesamt großer Beliebtheit erfreuen. Dennoch gibt es weiterhin keinen Konsens darüber, wie gesellschaftlich und gesundheitspolitisch mit Alternativmedizin und deren Vertretern umzugehen ist.

Naturheilkunde und Erfahrungsmedizin werden seit Beginn der Menschheitsgeschichte betrieben. Die Grundlagen naturärztlichen Denkens gehen auf Hippokrates vor mehr als 2000 Jahren zurück. Die Benediktiner kennen eigene Gesundheitsregeln, wobei deren Heilpflanzenzusammenstellung von Anis bis Zwiebel reicht. Dem hippokratischen Postulat von der Heilkraft der Natur verleiht Paracelsus zu Beginn der Neuzeit bedeutende Impulse. Heute erscheinen die Übergänge zwischen der Schulmedizin, der allgemein anerkannten Naturheilkunde, den alternativen Heilverfahren und der Paramedizin fließend.

Die Frage, in wie weit alternative Therapien dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, führt zu Uneinigkeiten zwischen Vertretern der Schulmedizin und der Alternativmedizin. 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. Die beträchtliche finanzielle Belastung für den Einzelnen und die Gesellschaft darf hier ebenfalls nicht außer Acht gelassen werden. Da in dem Bereich der Alternativmedizin noch immer zu wenige Wirksamkeitsnachweise vorhanden sind, sollten deren Anhänger auf diesem Gebiet weiter forschen, um die Anerkennung zu erlangen, die ihnen zusteht. Die ersten Schritte in diese Richtung sind bereits getan. In Deutschland wurden die ersten Ergebnisse der weltweit größten Studie zur Wirksamkeit der Akupunktur „gerac“ (German Acupuncture Trials) in einem Presseinfo veröffentlicht. Die kontrollierte randomisierte Studie konnte zeigen, dass sowohl die Akupunktur nach den Regeln der Traditionellen Chinesischen Medizin als auch die so genannte Sham-Akupunktur, bei der an Nicht-Akupunkturstellen gestochen wird, besser gegen chronische Kreuz- und Kniebeschmerzen wirken als die leitlinienbasierte konservative Standardtherapie

(Trampisch, 2004). Eine weitere randomisierte Untersuchung aus Deutschland konnte ebenfalls einen positiven Effekt auf den Schmerz und die Gelenkfunktion bei Osteoarthritis des Knies durch die Behandlung mit Akupunktur feststellen, wobei die Akupunktur besser war als keine Therapie, aber nicht besser als Sham-Akupunktur (Witt et al., 2005). Studien zur Akupunkturbehandlung von Migräne und Kopfschmerzen konnten zeigen, dass Akupunktur und Sham-Akupunktur wirksamer sind als keine Behandlung (Linde et al., 2005; Melchart et al., 2005¹). Auch ein Cochrane-Review fasst die Akupunktur bei ideopathischen Kopfschmerzen als wirksam auf (Melchart et al., 2005²). Ein weiterer Cochrane-Review über Akupunktur bei chronischem Asthma konnte allerdings nicht genug Hinweise auf positive Effekte bei dieser Indikation feststellen (McCarney et al., 2005¹). Bezüglich der Homöopathie konnten zwei systematische Reviews gefunden werden, welche beide die Homöopathie als evidenz-basierte Therapieform nicht empfehlen (Ernst, 2002; McCarney et al., 2005²). Eine Studie, in der Patienten mit chronischen Kopfschmerzen in einem Krankenhaus für Traditionelle Chinesische Medizin behandelt wurden, konnte einen positiven Effekt der Therapie gegenüber keiner Behandlung zeigen (Melchart et al., 2004). Insgesamt jedoch sind die Qualität und Menge an Wirksamkeitsnachweisen auf dem Gebiet der Alternativmedizin nicht überzeugend. Es besteht ein dringender Bedarf an gut geplanten, groß angelegten, randomisierten Studien, um die Wirksamkeit von alternativen Verfahren zu untersuchen.

Wichtig ist es auch, dass ein Dialog zwischen Schul- und Alternativmedizin entsteht, um letztendlich nur *eine* Medizin zu schaffen. Das Hauptinteresse dieser *einen* Medizin sollte dem kranken Mensch gelten, dessen Leiden es gilt, effizient, das heißt mit effektivem Kosten-/ Nutzen- Aufwand, zu heilen oder zu lindern.

5. Zusammenfassung

In einer bevölkerungsbezogenen Studie wurden 1001 Personen aus der Lübecker Bevölkerung mittels computergestützter Telefoninterviews zur Inanspruchnahme alternativmedizinischer Methoden befragt. Ziel der Studie war die Erfassung der Determinanten der Inanspruchnahme alternativer Verfahren. Des Weiteren wurden Informationen zu den Kosten und der Zahlungsbereitschaft erfragt. Zusätzlich fand eine Erhebung von Daten zur Lebens- und Gesundheitseinstellung, sowie zum Gesundheitsverhalten statt. Darüber hinaus wurden Angaben zu aktuellen Erkrankungen und der daraus resultierenden gesundheitsbezogenen Lebensqualität erhoben. Anhand dieser Daten war es möglich, die Verbreitung alternativmedizinischer Verfahren in der Lübecker Bevölkerung zu erfassen. Im Rahmen der Telefoninterviews wurden noch weitere Daten erhoben, die jedoch Inhalt einer anderen Dissertationsarbeit sind.

Insgesamt wurden 1001 Personen befragt, was einer Teilnahmerate von 46,8% entspricht. 62,8% der Befragten waren weiblich, der Altersmedian betrug 48 Jahre.

Von den teilnehmenden Personen litten 796 (79,6%) aktuell oder in den letzten 12 Monaten an mindestens einer Erkrankung. Die am häufigsten genannten Erkrankungen waren chronische Schmerzen, Herz- Kreislauf- Erkrankungen, Erkältungen mit Fieber und Allergien. Anwender alternativer Verfahren berichteten von einer weitaus stärkeren Beeinträchtigung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität als Nichtanwender.

Die hier vorliegende Untersuchung konnte zeigen, dass 42,3% der Lübecker Bevölkerung bereits alternative Therapieformen in Anspruch genommen hatten. Die Anwender von alternativmedizinischen Heilverfahren hatten eine bessere Schulbildung als die Nichtnutzer und waren meist mittleren Alters.

Die alternativen Behandlungsmethoden wurden größtenteils, in 36,3% der Fälle zur Behandlung von chronischen Schmerzen beansprucht. Zu einem kleineren Teil erfolgte das alternative Verfahren zur Behandlung von Erkältungen, zur allgemeinen Stärkung sowie zur Therapie akuter Schmerzen. Drei Methoden, nämlich Akupunktur mit 34,5%, Homöopathie mit 27,3% und Phytotherapie mit 9,7%, machten die überwiegende Mehrheit aller angewandten Alternativverfahren aus.

Die durchschnittlichen Kosten für eine Einzel- bzw. eine Gesamtbehandlung beliefen sich auf 30 bzw. 300 EUR mit Unterschieden zwischen den alternativen Methoden. Mehr als die Hälfte der Testpersonen wäre aber bereit, mehr Geld für alternative Therapien auszugeben, um ihre Lebensqualität zu steigern.

Ein Vergleich von Anwendern und Nichtanwendern zeigt, dass Nutzer alternativer Verfahren ein besonders ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein und –verhalten haben, welches sich in den verschiedensten Aspekten wieder finden lässt. So rauchen sie weniger, ernähren sich gesünder und treiben mehr Sport. Außerdem verwenden Nutzer alternativer Verfahren häufiger Nahrungsergänzungsmittel oder Naturprodukte, mit denen sie positiv auf ihre Gesundheit einwirken. Im Krankheitsfall greifen sie häufiger auf altbewährte Hausmittel zurück.

Die Inanspruchnahme von Alternativverfahren ist also unter der Lübecker Bevölkerung weit verbreitet. Diese Nutzung alternativer Verfahren ist mit hohen Kosten und daraus resultierenden möglichen Problemen verbunden. Anwender sind meist mittleren Alters und gebildet und unterscheiden sich hinsichtlich psychosozialer Charakteristika von Nichtnutzern alternativmedizinischer Therapieverfahren.

6. Verzeichnisse

6.1. Literaturverzeichnis

Abbot N, Ernst E: Patients opinions about complementray medicine. *Forsch Komplementärmed* 4, 164-8 (1997)

Adams J, Sibbritt D, Easthope G, Young A: The profile of women who consult alternative health practitioners in Australia. *Med J Aust* 179, 297-300 (2003)

Al-Windi A: Determinants of complementary alternative medicine (CAM) use. *Complement Ther Med* 12, 99-111 (2004)

Astin J: Why patients use alternative medicine. Results of a national study. *JAMA* 279, 1548-53 (1998)

Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL: Complementary and alternative medicine use among adults: United States 2002. *Adv Data* 343, 1-19 (2004)

Bensoussan A, Lewith G: Complementary medicine research in Australia: a strategy for the future. *MJA* 181, 331-3 (2004)

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* 4, 277-9 (1998)

Bernstein J, Shuval J: Nonconventional medicine in Israel: consultation patterns of the Israeli population and attitudes of primary care physicians. *Soc Sci Med* 44, 1341-8 (1997)

Bullinger M, Kirchberger I: Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Hogrefe, Göttingen (1998)

Bullock M, Pheley A, Kiresuck T, Lenz S, Culliton P: Characteristics and complaints of patients seeking therapy at a hospital-based alternative medicine clinic. *J Altern Complement Med* 3, 31-7 (1997)

- Burge S, Albright T: Use of Complementary and Alternative Medicine Among Family Practice Patients in South Texas. *Am J Public Health* 92, 1614-16 (2002)
- Burkhard B: Kostenentwicklung im Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung unkonventioneller Verfahren. *Versicherungsmedizin* 2, 47-50 (1993)
- Cassileth B, Lusk E, Guerry D, Blake A, Walsh W, Kascius L, Schultz D: Survival and quality of life among patients receiving unproven as compared with conventional cancer therapy. *New Engl J Med* 324, 1180-5 (1991)
- Choi B: Computer assisted telephone interviewing (CATI) for health surveys in public health surveillance: methodological issues and challenges ahead. *Chronic Dis Can* 25, 21-7 (2004)
- Dixon A, Riesberg A, Weinbrenner S, Saka O, Le Grand J, Busse R: Complementary and alternative medicine in the UK and Germany - Research and evidence on supply and demand. Anglo-German Foundation for the Study of Industrial Society, London (2003)
- Druss B, Rosenheck R: Association between use of unconventional therapies and conventional medical services. *JAMA* 282, 651-6 (1999)
- 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* 280, 1569-75 (1998)
- Eisenberg D, Kessler R, Foster C, Norlock F, Calkins D, Delbanco T: Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs and pattern of use. *N Engl J Med* 328, 246-52 (1993)
- Eisenberg D, Kessler R, Van Rompay M, Kaptchuk T, Wilkey S, Apple S, Davis R: Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: results from a national survey. *Ann Intern Med* 135, 344-51 (2001)

- Ernst E: A systematic review of systematic reviews of homeopathy. *Br J Clin Pharmacol* 54, 577 (2002)
- Ernst E, Fugh-Berman A: Complementary and alternative medicine: what is it all about? *Occup Environ Med* 59, 140-4 (2002)
- Ernst E, Resch K, Mills S: Complementary medicine - a definition. *Br J Gen Pract* 45, 506 (1995)
- Ernst E, White A: The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complement Ther Med* 8, 32-6 (2000)
- Factor-Litvak P, Cushman L, Kronenberg F, Wade C, Kalmuss D: Use of complementary and alternative medicine among women in New York City: a pilot-study. *J Altern Complement Med* 7, 659-66 (2001)
- Fischer R, Meyer N, Weikunat R, Crispin A, Schotten K, Überla K: Bevölkerungsbezogenes Gesundheitsmonitoring in Bayern mit computerassistierten Telefoninterviews. *Gesundheitswesen* 63, 123-9 (2001)
- Foster D, Phillips R, Hamel M, Eisenberg D: Alternative medicine use in older Americans. *J Am Geriatr Soc* 48, 1560-5 (2000)
- Freivogel K, Gerhard I: Komplementärmedizinische Therapien und Patientenzufriedenheit - eine Befragungsstudie. *Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd* 8, 137-42 (2001)
- Furnham A, Bhagrath R: A comparison of health beliefs and behaviours of clients of orthodox and complementary medicine. *Br J Clin Psychol* 32, 237-46 (1993)
- 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* 1, 347-59 (1995)
- Greenfield T, Midanik L, Rogers J: Effects of telephone versus face-to-face interview modes on reports of alcohol consumption. *Addiction* 95, 277-84 (2000)

- Güthlin C, Lange O, Walach H: Measuring the effects of acupuncture and homeopathy in general practice: An uncontrolled prospective documentation approach. *BMC Public Health* 4, 6 (2004)
- Häder S: Telefonstichproben. In: ZUMA How-to-Reihe 6, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim (2000)
- Haltenhof H, Schumm A, Bühler K: Komplementärmedizin im Urteil von Studierenden der Medizin: Eine Befragung in Vorklinik und Klinik. *Forsch Komplementarmed* 5, 284-91 (1997)
- Härtel U, Volger E: Inanspruchnahme und Akzeptanz klassischer Naturheilverfahren und alternativer Heilmethoden - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd* 11, 327-34 (2004)
- Hentschel C, Kohnen R, Hauser G, Lindner M, Ernst E, Hahn E: Entscheidungen zur Komplementärmedizin: sachorientiert oder irrational. *Dtsch Med Wochenschr* 121, 1553-60 (1996)
- Hinz A, Klaiberg A, Schumacher J, Brähler E: Zur psychometrischen Qualität des Lebensqualitätfragebogens Nottingham Health Profile (NHP) in der Allgemeinbevölkerung. *Psychother Psych Med* 53, 353-8 (2003)
- Huber R, Koch D, Beiser I, Zschocke I, Luedtke R: Experience and attitudes towards CAM - a survey of internal and psychosomatic patients in a German university hospital. *Altern Ther Health Med* 10, 32-6 (2004)
- Kelly JP, Kaufman DW, Kelley K, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA: Recent trends in use of herbal and other natural products. *Arch Intern Med* 165, 281-6 (2005)
- Kelner M, Wellman B: Who seeks alternative health care? A profile of the users of five modes of treatment. *J Altern Complement Med* 3, 127-40 (1997)

- Koch A: Wenn "mehr" nicht gleichbedeutend mit "besser" ist: Ausschöpfungsquoten und Stichprobenverzerrungen in allgemeinen Bevölkerungsumfragen. ZUMA-Nachrichten 42, 66-90 (1998)
- Kohler M, Ziese T: Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Robert-Koch-Institut, Berlin (2004)
- Lampert T, Burger M: Rauchgewohnheiten in Deutschland - Ergebnisse des telefonischen Bundes- Gesundheitssurveys 2003. Gesundheitswesen 66, 511-7 (2004)
- Lee G, Charn T, Chew Z, Ng T: Complementary and alternative medicine use in patients with chronic diseases in primary care is associated with perceived quality of care and cultural beliefs. Fam Pract 21, 654-60 (2004)
- Linde K, Streng A, Jurgens S, Hoppe A, Brinkhaus B, Witt C, Wagenpfeil S, Pfaffenrath V, Hammes MG, Weidenhammer W, Willich SN, Melchart D: Acupuncture for patients with migraine: a randomized controlled trial. JAMA 293, 2118-25 (2005)
- MacLennan A, Wilson D, Taylor A: Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. Lancet 347, 569-73 (1996)
- Marstedt G, Moebus S: Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Robert-Koch-Institut, Berlin (2002)
- McCarney RW, Brinkhaus B, Lasserson TJ, Linde K: Acupuncture for chronic asthma. The Cochrane Database of Systematic Reviews (2005)¹
- McCarney RW, Linde K, Lasserson TJ: Homeopathy for chronic asthma. The Cochrane Database of Systematic Reviews (2005)²
- Melchart D, Hager S, Hager U, Liao J, Weidenhammer W, Linde K: Treatment of patients with chronic headaches in a hospital for traditional Chinese medicine in

- Germany. A randomised, waiting list controlled Trial. *Complement Ther Med* 12, 71-8 (2004)
- Melchart D, Linde K, Berman B, White A, Vickers A, Allais G, Brinkhaus B: Acupuncture for idiopathic headache. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2005)²
- Melchart D, Streng A, Hoppe A, Brinkhaus B, Witt C, Wagenpfeil S, Pfaffenrath V, Hammes M, Hummelsberger J, Irnich D, Weidenhammer W, Willich SN, Linde K: Acupuncture in patients with tension-type headache: randomised controlled trial. *BMJ* 331, 376-82 (2005)¹
- Menniti-Ippolito F, Gargiulo L, Bologna E, Forcella E, Raschetti R: Use of unconventional medicine in Italy: a nation-wide survey. *Eur J Clin Pharmacol* 58, 61-4 (2002)
- 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* 64, 329-36 (2002)
- Niemann S: Using CATI in survey research by telephone. *Soz Praventivmed* 48, 327-8 (2003)
- Oldendick R, Coker A, Wieland D, Raymond J, Probst J, Schell B, Stoskopf C: Population-based survey of complementary and alternative medicine usage, patient satisfaction, and physician involvement. *South Med J* 93, 375-81 (2000)
- 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* 92, 1653-6 (2002)
- Paltiel O, Avitzour M, Peretz T, Cherny N, Kaduri L, Pfeffer R, Wagner N, Soskolne V: Determinants of the use of complementary therapies by patients with cancer. *J Clin Oncol* 19, 2439-48 (2001)

- Paterson C: Complementary practitioners as part of the primary health care team: consulting patterns, patient characteristics and patient outcomes. *Fam Pract* 14, 347-54 (1997)
- Pschyrembel: Wörterbuch Naturheilkunde und alternative Heilverfahren mit Homöopathie, Psychotherapie und Ernährungstherapie. Walter de Gruyter, Berlin (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* 92, 1598-600 (2002)
- Reuband K, Blasius J: Face-to-face, telefonische und postalische Befragungen. Ausschöpfungsqouten und Antwortmuster in einer Großstadtstudie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 48, 296-318 (1996)
- Schäfer T, Riehle A, Wichmann H, Ring J: Alternative medicine and allergies: Prevalence, patterns of use, and costs. *Allergy* 75, 694-700 (2002)
- Schäfer T, Riehle A, Wichmann H, Ring J: Alternative medicine and allergies: Life satisfaction, health locus of control, and quality of life. *J Psychosom Res* 55, 543-6 (2003)
- Schneider B, Hanisch J, Weiser M: Complementary medicine prescription patterns in Germany. *Ann Pharmacother* 38, 502-7 (2004)
- 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* 54, 1114-23 (1999)
- Shinto L, Calabrese C, Morris C, Sinsheimer S, Bourdette D: Complementary and alternative medicine in multiple sclerosis: survey of licensed naturopaths. *J Altern Complement Med* 10, 891-7 (2004)

- Sommer J, Bürgi M, Theiss R: Verbreitungsmuster alternativer Heilmethoden in der Schweiz - Eine empirische Untersuchung. *Forsch Komplementarmed* 3, 289-99 (1996)
- STERN: Alternative Medizin: Pflanzliche Medizin. 3, 57-68 (2004)
- Thomas K, Carr J, Westlake L, Williams B: Use of non-orthodox and conventional health care in Great Britain. *BMJ* 302, 207-10 (1991)
- Tindle HA, Davis RB, Phillips RS, Eisenberg DM: Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. *Altern Ther Health Med* 11, 42-9 (2005)
- Trampisch HA: Akupunktur sticht Standardtherapie aus. Nadeln wirken besser gegen Kreuz- und Knieschmerz. Erste Ergebnisse der gerac-Studien. *Presse-Info, Ruhr-Universität Bochum* Nr. 308 (2004)
- Tribskorn A, Drosner M: „Alternativ-medizinische“ Behandlungsmethoden in der Beurteilung von Allergikern und chronisch Hautkranken. *H+G Zeitschrift für Hautkrankheiten* 64, 487-94 (1989)
- Vas J, Mendez C, Perea-Milla E, Vega E, Panadero M, Leon J, Borge M, Gaspar O, Sanchez-Rodriguez F, Aguilar I, Jurado R: Acupuncture as a complementary therapy to the pharmacological treatment of osteoarthritis of the knee: randomised controlled trial. *BMJ* 329, 1216 (2004)
- Weinberger M, Oddone E, Samsa G, Landsman P: Are health related quality of life measures affected by the mode of administration? *J Clin Epidemiol* 49, 135-40 (1996)
- Wiegand E: Marktforschung in Deutschland 2003. ADM Jahresbericht 2003. Arbeitskreis deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V., (2003)

- Witt C, Brinkhaus B, Jena S, Linde K, Streng A, Wagenpfeil S, Hummelsberger J, Walther HU, Melchart D, Willich SN: Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee: a randomised trial. *Lancet* 366, 136-43 (2005)
- Wolsko P, Eisenberg D, Davis R, Ettner S, Phillips RS: Insurance coverage, medical conditions, and visits to alternative medicine providers. Results of a national survey. *Arch Intern Med* 162, 281-7 (2002)
- Yamashita H, Tsukayama H, Sugishita C: Popularity of complementary and alternative medicine in Japan: a telephone survey. *Complement Ther Med* 10, 84-93 (2002)
- Zollman C, Vickers A: ABC of complementary medicine. Users and practitioners of complementary medicine. *BMJ* 319, 836-8 (1999)
- Zschocke I, Stein B, Tannò S, Beckmann S, Augustin M: Psychosocial characterization of patients with atopic dermatitis in conventional versus alternative-medical therapy. *Forsch Komplementärmed* 6, Suppl 2, 22-5 (1999)

6.2. Abkürzungsverzeichnis

ALTERNAT	Projektname im Programm Interviewer Suite®
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
CATI	Computer assisted telephone interview
DÄGfA	Deutsche Ärztesgesellschaft für Akupunktur
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IGEL	Individuelle Gesundheitsleistung
INT99	Vollständigkeitsfrage im Programm Interviewer Suite
KI	Konfidenzintervall
NHP	Nottingham Health Profile (gesundheitsbezogener Lebensqualitätfragebogen)
NSAID	Nonsteroidal anti- inflammatory drugs (=NSAR: Nichtsteroidale Antirheumatika)
n.s.	nicht signifikant
OR	Odds ratio
SF 36	Short form 36 (Lebensqualitätfragebogen 36 Punkte umfassend)
SPSS	Statistical Package for the Social Science; inzwischen: Statistical Product and Service Solutions
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
WHO	World Health Organization
ZUMA	Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen

6.3. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Aufstellung alternativer therapeutischer Verfahren (Auswahl).....	10
Tabelle 2:	Ablehnungsgründe	29
Tabelle 3:	Demografische Basisdaten von Nutzern und Nichtnutzern alternativmedizinischer Verfahren.....	31
Tabelle 4:	Derzeitige Situation bei Nichtberufstätigkeit	34
Tabelle 5:	Gesundheitsverhalten von Nutzern und Nichtnutzern alternativ- medizinischer Verfahren.....	35
Tabelle 6:	Erkrankungen in den letzten 12 Monaten	37
Tabelle 7:	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	39
Tabelle 8:	Lineare Regressionsanalyse für die Lebensqualität von Nutzern gegenüber Nichtnutzern alternativmedizinischer Verfahren	40
Tabelle 9:	Aufschlüsselung der Kosten für Behandlung, Präparat und Kurs	44
Tabelle 10:	Kosten einer Einzelbehandlung in € nach Verfahren aufgeschlüsselt	45
Tabelle 11:	Kosten der Gesamtbehandlung in € nach Verfahren aufgeschlüsselt	46
Tabelle 12:	Seltenere Gründe für die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln	50
Tabelle 13:	Vor- und Nachteile von computerassistierten, standardisierten Telefoninterviews	64
Tabelle 14:	Verhältnis zwischen Frauen und Männern bei Nutzern alternativer Verfahren	66
Tabelle 15:	Die drei am häufigsten alternativmedizinisch behandelten Erkrankungen im internationalen Vergleich.....	76

6.4. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Verwendung der Telefonnummern	13
Abbildung 2:	Beispiel einer Sprungbedingung	20
Abbildung 3:	Einschluss der Studienteilnehmer	27
Abbildung 4:	Versicherungsstatus von Nutzern und Nichtnutzern alternativer Verfahren	33
Abbildung 5:	Anteile angewandter alternativmedizinischer Verfahren	42
Abbildung 6:	Inanspruchnahme, potentielle Inanspruchnahme und Ablehnung alternativer Verfahren	43
Abbildung 7:	Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse nach Verfahren aufgeschlüsselt	47
Abbildung 8:	Linearer Zusammenhang zwischen dem Alter der Konsumenten und der Einnahme natürlicher Präparate	49
Abbildung 9:	Am häufigsten angewandte Hausmittel	52
Abbildung 10:	Linearer Zusammenhang des Alters in Jahren mit der Anwendung von Hausmitteln	53
Abbildung 11:	Zusammenhang zwischen Schulabschluss und Anwendung von Hausmitteln	54
Abbildung 12:	Gegenüberstellung von Nutzern und Nichtnutzern alternativer Verfahren im Gebrauch von Hausmitteln, Vitaminen und Naturprodukten	55
Abbildung 13:	Anteil von Face- to- Face- und Telefoninterviews in Prozent (Zahlen aus dem ADM Jahresbericht 2003).....	60
Abbildung 14:	Inanspruchnahme alternativer Verfahren weltweit.....	73

6.5. Veröffentlichungen

Groenewold M, Bucker B, Kohlhammer Y, Schäfer T: Costs, quality of life and health-behaviour in CAM: Results of a telephone survey of 1001 adults in Germany. 12th Annual Symposium on Complementary Health Care, University of Exter, UK, Poster- Präsentation (2005)

Groenewold M, Bucker B, Kohlhammer Y, Schäfer T: Costs, quality of life and health-behaviour in CAM: Results of a telephone survey of 1001 adults in Germany. Focus on Alternative and Complementary Therapies 10, 22-23 (2005)

Groenewold M, Bucker B, Kohlhammer Y, Schäfer T: Costs, quality of life and health-behaviour in Complementary Alternative Medicine (CAM): Results of a telephone survey of 1001 adults in Germany. Complement Ther Med. Eingereicht.

7. Danksagung

Herrn Prof. Dr. Torsten Schäfer danke ich für die Überlassung des Themas und die Betreuung während der Doktorarbeit.

Frau Ann- Katrin Otto danke ich besonders für Hilfe und Tipps in verschiedensten Bereichen, in denen ich nicht weiterwusste.

Ich danke Dr. Yvonne Kohlhammer, die bei SPSS– spezifischen Problemen immer ein offenes Ohr hatte und gerne weiterhalf.

Herrn Stefan Preuße von der Firma VOXCO GmbH danke ich, da er stets bei Problemen bezüglich der Fragebogenprogrammierung zur Stelle war weiterhelfen konnte.

Außerdem geht ein herzlicher Dank an meine Freundin und Kommilitonin Britta Bückler für die gemeinsame Datenerhebung im Rahmen der Telefoninterviews. Außerdem stand sie mir immer hilfreich zur Seite, wenn es mit der Arbeit mal nicht weiter voran ging.

Meiner Familie und meinen engsten Freunden danke ich für die Unterstützung während des gesamten Studiums und für die Zeit, die sie mit Korrekturlesen verbracht haben. Des Weiteren geht ein besonderer Dank an meine Eltern, ohne deren Hilfe die Erstellung der Dissertation in einem zusätzlichen Semester nicht möglich gewesen wäre.

Außerdem danke ich allen an der Erhebung teilgenommenen Bürgern von Lübeck für ihre Mitarbeit bei der Datenerhebung und Offenheit der Forschung gegenüber.

8. Anhang

8.1. Fragebogen

Auf den folgenden Seiten sind alle Fragen des Fragebogens mit Codierungen und Sprüngen im Originaltext wiedergegeben.

1. **(INT01)** Bitte folgende Telefonnummer wählen

Okay, Verbindung	01 /LASTQ
Keine Antwort nach 8x Klingeln	30 /END
Besetzt	31 /END
Schnelles besetzt	32 /END
Möglicherweise nicht funktionierende Nummer	33 /END
Leitungen sind besetzt	34 /END
AB/ Ansage bestätigt Privatanschluss	35 /END
AB/ Ansage unsicher, ob Privatanschluss	36 /END
Anschluss vorübergehend nicht erreichbar	37 /END
Fax/ Modem	38 /END
Kein Anschluss unter dieser Nummer	70 /END
Rufnummer existiert nicht mehr/ hat sich geändert	71 /END
Kein privater Anschluss	72 /END
2. **(INT02)** Guten Tag/ Guten Abend, mein Name ist \$I vom Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck. Wir führen hier in Lübeck und Umgebung bei Erwachsenen eine kurze anonyme Befragung zu Alternativverfahren in der Medizin durch. Hierzu würden wir gerne aus Ihrem Haushalt eine Person befragen, die 18 Jahre oder älter ist. Trifft dies auf Sie zu? Zunächst möchte ich Sie zu ein paar allgemein gesundheitsrelevanten Themen befragen.

KP ist 18 Jahre oder älter	01
Zur Zeit kein Erwachsener zu Hause	20 /CB
ZP in gesamter Befragungszeit nicht erreichbar	73 /END
Kein Haushaltsmitglied über 18 Jahre	74 /END
ZP spricht kein Deutsch	75 /END
ZP hört schlecht	76 /END
ZP geistig nicht in der Lage	77 /END
Aufgelegt/ Abgebrochen	40 /END
Unsicher, ob privater Anschluss	41 /END
Kein privater Anschluss	72 /END
Anderes	42 /END
3. **(INT03)** Diese Befragung wird ca. 12- 13 Minuten dauern. Wären Sie bereit an dieser Befragung teilzunehmen? (Die Telefonnummer wurde zufällig und ohne Namenszuordnung ausgewählt, ausserdem findet die Speicherung sowie die Auswertung der erhobenen Daten ohne Zuordnung zur Person statt.)

Okay, fortfahren	01 /MW
Verweigerung	78
Keine Zeit, Terminabsprache	22 /CB
4. **(INT04)** Glauben Sie, dass vielleicht eine andere erwachsene Person in ihrem Haushalt bereit wäre, bei dieser Befragung mitzumachen?

Ja, wird an den Apparat geholt	01
Ja, zur Zeit aber nicht da	02 /CB
Nein	03 /ABL1
5. **(INT05)** Guten Tag/ Guten Abend, mein Name ist \$I vom Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck. Wir führen hier in Lübeck und Umgebung bei Erwachsenen eine kurze anonyme Befragung zu alternativen Methoden in der Medizin durch. Würden Sie bei dieser Befragung mitmachen?

- | | | |
|-----|--|--------------------------|
| | Okay, fortfahren | 01 /MW |
| | Verweigerung | 78 |
| | Keine Zeit, Terminabsprache | 21 /CB |
| 6. | (ABL1) Gibt es einen bestimmten Grund dafür, dass Sie nicht an der Befragung teilnehmen wollen? | |
| | Zu oft befragt | 01 |
| | Misstrauen in den Datenschutz | 02 |
| | Bezweifelt Sinn und Zweck der Befragung | 03 |
| | Kein Interesse | 04 |
| | Grundsätzlich keine Zeit | 05 |
| | Gesundheitliche Gründe | 06 |
| | Mangelnde Deutschkenntnisse | 07 |
| | Keine Angabe | 88 |
| 7. | (ABL2) Ich verstehe, dass Sie nicht an der Befragung teilnehmen möchten. Ich möchte Sie auch gar nicht länger stören. Könnten Sie mir nur bitte abschließend noch sagen, ob bei Ihnen jemals alternative Verfahren angewendet wurden bzw. ob Sie selber von Alternativverfahren Gebrauch gemacht haben? | |
| | Ja, ich habe alternative Methoden in Anspruch genommen | 01 |
| | Nein, ich habe noch nie alternative Methoden in Anspruch genommen | 02 |
| | Weiß nicht | 99 |
| | Keine Angabe | 88 |
| 8. | (MW) Geschlecht | |
| | Weiblich | 01 |
| | Männlich | 02 |
| 9. | (AL1) Wie oft treiben Sie Sport? Rad Fahren, Joggen, Schwimmen >20 Minuten | |
| | Täglich | 01 |
| | Mehrmals wöchentlich | 02 |
| | Mehrmals im Monat | 03 |
| | Seltener | 04 |
| | Nie | 05 |
| 10. | (AL2) Wie viele Tassen Kaffee/ schwarzen Tee trinken Sie gewöhnlich pro Tag? 1 Becher= 2 Tassen | |
| | Tassen | <input type="checkbox"/> |
| | Selten | 86 |
| | Nie | 87 |
| 11. | (AL3) Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag? 1 Schachtel= 20 Zigaretten | |
| | Zigaretten | <input type="checkbox"/> |
| | Nichtraucher | 99 |
| | Gelegenheitsraucher | 98 |
| | Ex-Raucher (>3 Monate) | 97 |
| | Keine Angabe | 88 |
| 12. | (BL1A-K) Wie häufig essen Sie folgende Lebensmittel? (BLOCK) | |
| | Frisches Obst und Gemüse | |
| | Müsli | |
| | Süßigkeiten | |
| | Vollkornbrot | |
| | Weißbrot/ helle Brötchen | |
| | Fleisch/ Wurst | |
| | Dosengerichte/ Tütensuppen | |
| | Fisch | |
| | Fast Food (Pizza, Hamburger, Döner) | |
| | Chips | |
| | Fast täglich | 01 |
| | Mehrmals in der Woche | 02 |
| | Etwa einmal in der Woche | 03 |
| | Mehrmals im Monat | 04 |
| | Einmal im Monat oder seltener | 05 |
| | Nie | 06 |
| 13. | (B12A-E) Wie häufig trinken Sie folgende Getränke? (BLOCK) | |

- | | |
|--|---------|
| Bier | |
| Rotwein | |
| Weißwein/ Sekt | |
| Hochprozentigen Alkohol/ Longdrinks | |
| Alcopops (z. B. Rigo, Smirnoff) | |
| Fast täglich | 01 |
| Mehrmals in der Woche | 02 |
| Etwa einmal in der Woche | 03 |
| Mehrmals im Monat | 04 |
| Einmal im Monat oder seltener | 05 |
| Nie | 06 |
| 14. (B13A-B) Sagen Sie mir bitte, wie häufig Sie die folgenden Medikamente einnehmen. | |
| Schlafmittel | |
| Schmerzmittel z.B. Aspirin/ Paracetamol | |
| Täglich | 01 |
| Mehrmals wöchentlich | 02 |
| Mehrmals im Monat | 04 |
| Seltener | 05 |
| Nie | 06 |
| 15. (BL3) Nehmen Sie die Antibabypille oder Hormone ein? | |
| ja | 01 |
| nein | 02 |
| 16. (ER1) Leiden Sie jetzt oder litten Sie in den letzten 12 Monaten unter irgendwelchen Beschwerden oder Erkrankungen? | |
| Asthma | 01 |
| Allergie (Heuschnupfen, Nahrungsmittel) | 02 |
| Chronische Befindlichkeitsstörungen (Unwohlsein, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Schlafstörungen) > 3 Monate | 03 |
| Erkältung mit Fieber/ Grippe | 04 |
| Gynäkologische Beschwerden (Klimakterium/ Wechseljahre, Menstruationsbeschwerden, Pilze) | 05 |
| Harnwegserkrankungen (Blasenentzündung, Nierenentzündung) | 06 |
| Hauterkrankungen (Schuppenflechte, Neurodermitis, Urticaria) | 07 |
| Herz- Kreislauf- Erkrankungen (Bluthochdruck, Herzinsuffizienz) | 08 |
| Leber- und Gallenerkrankungen (Gallenstein, Koliken) | 09 |
| Lungenerkrankungen | 16 |
| Magen- Darm- Probleme, chronisch (Durchfall, Verstopfung, Sodbrennen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen); rezidivierend ; > 3 Monate | 10 |
| Psychologische Beschwerden (Angstzustände, Depression) | 11 |
| Schmerzen, chronisch (Nacken, Kopf , Gelenke, Rücken, Bauch, Migräne); rezidivierend; > 3 Monate | 12 |
| Tumorleiden | 13 /ER2 |
| Stoffwechselerkrankung (Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen) | 14 |
| Andere (OFFEN) | 98 |
| Keine Angabe | 88 /LQ1 |
| Keine Erkrankung | 15 |
| 17. (ER2) Um was für ein Tumorleiden handelt es sich? | |
| Mamma- Ca | 01 |
| Bronchial- Ca | 02 |
| Dickdarm- Ca, Rektum- Ca | 03 |
| Hämatologisches Ca (Leukämie, Lymphom) | 04 |
| Pleuramesotheliom | 05 |
| Melanom, Basaliom | 06 |
| Pankreas- Ca | 07 |
| Leberzell- Ca, Gallenblasen- Ca | 08 |

- | | |
|------------------------------|----|
| Prostata- Ca | 09 |
| Ovarial- Ca, Endometrium- Ca | 10 |
| Schilddrüsen- Ca | 11 |
| Nierenzell- Ca | 12 |
| ZNS- Tumoren | 13 |
| Andere (OFFEN) | 98 |
| Keine Angabe | 88 |
18. **(LQ1-5)** Wie sehr fühlen Sie sich durchschnittlich auf Grund ihrer Erkrankung in folgenden Bereichen eingeschränkt?
- | | |
|---------------------------------|----|
| Körperliches Wohlergehen | |
| Psychisches Wohlergehen | |
| Umgang mit Partner und Freunden | |
| Arbeitsplatz | |
| Freizeitaktivität | |
| Sehr stark | 01 |
| Stark | 02 |
| Mäßig | 03 |
| Geringfügig | 04 |
| Gar nicht | 05 |
- Nun möchte ich Ihnen einige Fragen zu Alternativverfahren stellen. Beispiele für Alternativverfahren wären Akupunktur und Homöopathie.
19. **(AM1)** Haben Sie schon einmal so genannte alternative Verfahren in Anspruch genommen?
- | | |
|------|----------|
| Ja | 01 /AM1A |
| Nein | 02 |
20. **(AM2)** Warum nicht?
- | | |
|--|----|
| Glaube ich nicht daran | 01 |
| Schlechtes von gehört | 02 |
| Noch keinen Anlass gehabt | 03 |
| Weil es einfacher ist, eine Tablette zu nehmen | 04 |
| Ich bevorzuge Schulmedizin | 05 |
| Hat mir noch keiner angeboten/ empfohlen | 06 |
| Keine Zeit | 07 |
| Zu teuer | 08 |
| Andere (OFFEN) | 98 |
| Weiß nicht | 99 |
21. **(AM3)** Würden Sie Alternativverfahren im Krankheitsfall anwenden?
- | | |
|------------|----------|
| Ja | 01 /SM1A |
| Nein | 02 /SM1A |
| Vielleicht | 03 /SM1A |
| Weiß nicht | 99 /SM1A |
22. **(AM1A)** Wegen welcher Beschwerde wurden alternative Verfahren eingesetzt?
- | | |
|---|----|
| Asthma | 01 |
| Allergie (Heuschnupfen, Nahrungsmittel) | 02 |
| Allgemeine Stärkung | 03 |
| Chronische Befindlichkeitsstörungen (Unwohlsein, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Schlafstörungen) > 3 Monate | 04 |
| Erkältungen | 05 |
| Erkältung mit Fieber/ Grippe | 06 |
| Gynäkologische Beschwerden (Klimakterium/ Wechseljahre, Menstruationsbeschwerden, Pilze) | 07 |
| Gynäkologische Beschwerden (unter der Geburt/ während der Schwangerschaft) | 08 |
| Hauterkrankungen (Schuppenflechte, Neurodermitis, Urticaria) | 09 |
| Herz- Kreislauf- Erkrankungen (Bluthochdruck, Herzinsuffizienz) | 10 |

	Leber- und Gallenerkrankungen (Gallenstein, Koliken)	19
	Lungenerkrankungen	20
	Magen- Darm- Probleme, akut (Durchfall, Verstopfung, Sodbrennen)	11
	Magen- Darm- Probleme, chronisch (Durchfall, Verstopfung, Sodbrennen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen); rezidivierend ; > 3 Monate	12
	Psychologische Beschwerden (Angstzustände, Depression)	13
	Schmerzen, akut (Nacken, Kopf , Gelenke, Rücken, Bauch)	14
	Schmerzen, chronisch (Nacken, Kopf , Gelenke, Rücken, Bauch, Migräne); rezidivierend; > 3 Monate	15
	Tumorleiden	16
	Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Schilddrüsenerkrankung)	17
	Rauchentwöhnung	18
	Andere (OFFEN)	98
	Keine Angabe	88 /LQ1
23. (AM4)	Welche Verfahren haben Sie in Anspruch genommen? (Nennen Sie mir bitte zunächst die Verfahren, die Sie am häufigsten angewendet haben)	
	Akupunktur	01
	Bachblütentherapie	02
	Bioresonanz	03
	Eigenbluttherapie	04
	Fasten/ Diät	05
	Homöopathie	06
	Kinesiologie	07
	pflanzliche Therapie (Phytotherapie)	08
	Reiki	09
	Schröpfen	10
	TCM (QiGong, Tai Chi)	11
	Yoga	12
	Autogenes Training	13
	Andere (OFFEN)	98
	Weiß nicht	99
24. (AM5)	Aus welcher Motivation heraus haben Sie sich für das alternative Verfahren entschieden?	
	Alternativmedizin ist natürlicher	01
	Alternativmedizin ist sicherer	02
	Alternativmedizin hat weniger Nebenwirkungen	03
	Schulmedizin brachte keine befriedigenden Ergebnisse	04
	Ich bin enttäuscht von der Schulmedizin	05
	Ich möchte alle Möglichkeiten ausprobieren	06
	Mein Arzt interessiert sich nicht genug für meinen Fall	07
	Mein Arzt versteht mein Problem nicht	08
	Mein Arzt nimmt sich nicht genug Zeit	09
	Der Rat meines Arztes	10
	Versuch vor Anwendung der Schulmedizin	11
	Möglichst wenige Medikamente	12
	Zufall	13
	Weitere (OFFEN)	98
	Weiß nicht	99
25. (AM6)	Wer hat Sie auf das alternative Verfahren aufmerksam gemacht?	
	Familie, Freunde, Bekannte	01
	Hausarzt	02
	Facharzt	03
	Heilpraktiker	04
	Rundfunk	05
	Zeitungen	06
	Infomaterial (Prospekte)	07

	Internet	08
	Selbst	09
	Andere (OFFEN)	98
	Weiß nicht	99
26. (AM7)	Wo haben Sie sich über das alternative Verfahren genauer informiert?	
	Familie, Freunde, Bekannte	01
	Hausarzt	02
	Facharzt	03
	Heilpraktiker	04
	Rundfunk, Fernsehen	05
	Zeitungen	06
	Infomaterial (Prospekte)	07
	Internet	08
	Beipackzettel	09
	Bücher	11
	Andere (OFFEN)	98
	gar nicht	10
27. (VA-C1)	Die nächsten Fragen beziehen sich auf ihre Erfahrungen mit ... Wegen welcher Erkrankung oder Beschwerde wurde angewendet?	
	Asthma	01
	Allergie (Heuschnupfen, Nahrungsmittel)	02
	Allgemeine Stärkung	03
	Chronische Befindlichkeitsstörungen (Unwohlsein, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Schlafstörungen) > 3 Monate	04
	Erkältungen	05
	Erkältung mit Fieber/ Grippe	06
	Gynäkologische Beschwerden (Klimakterium/ Wechseljahre, Menstruationsbeschwerden, Pilze)	07
	Gynäkologische Beschwerden (unter der Geburt/ während der Schwangerschaft)	08
	Hauterkrankungen (Schuppenflechte, Neurodermitis, Urticaria)	09
	Harnwegserkrankungen	21
	Herz- Kreislauf- Erkrankungen (Bluthochdruck, Herzinsuffizienz)	10
	Leber- und Gallenerkrankungen (Gallenstein, Koliken)	19
	Lungenerkrankungen	20
	Magen- Darm- Probleme, akut (Durchfall, Verstopfung, Sodbrennen)	11
	Magen- Darm- Probleme, chronisch (Durchfall, Verstopfung, Sodbrennen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen); rezidivierend ; > 3 Monate	12
	Psychologische Beschwerden (Angstzustände, Depression)	13
	Schmerzen, akut (Nacken, Kopf , Gelenke, Rücken, Bauch)	14
	Schmerzen, chronisch (Nacken, Kopf , Gelenke, Rücken, Bauch, Migräne); rezidivierend; > 3 Monate	15
	Tumorleiden	16
	Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Schilddrüsenerkrankung)	17
	Rauchentwöhnung	18
	Andere (OFFEN)	98
	Keine Angabe	88
28. (VA-C2)	Wer hat ...bei Ihnen durchgeführt?	
	Hausarzt	01
	Facharzt	02
	Heilpraktiker	03
	Selbst	04
	Kurs	05
	Andere (OFFEN)	98

29. (VA-C3)[Sprung zu VA-C11 if not (VA-C2=01) AND NOT (VA-C2=01) AND NOT (VA-C2=03) AND NOT (VA-C2=98)] Sind Sie über die Anwendung der Alternativverfahren aufgeklärt worden?
- | | |
|------------|-----------|
| Ja | 01 |
| Nein | 02 VA-C11 |
| Weiß nicht | 99 |
30. (VA-C4)Sagen Sie mir bitte, ob Sie zu folgenden Punkten aufgeklärt wurden:
Wirkungsweise
- | | |
|------------|----|
| Ja | 01 |
| Nein | 02 |
| Weiß nicht | 99 |
31. (VA-C5)Sagen Sie mir bitte, ob Sie zu folgenden Punkten aufgeklärt wurden:
Durchführung des Verfahrens
- | | |
|------------|----|
| Ja | 01 |
| Nein | 02 |
| Weiß nicht | 99 |
32. (VA-C6) Sagen Sie mir bitte, ob Sie zu folgenden Punkten aufgeklärt wurden:
Erfolgsaussichten
- | | |
|------------|----|
| Ja | 01 |
| Nein | 02 |
| Weiß nicht | 99 |
33. (VA-C7) Sagen Sie mir bitte, ob Sie zu folgenden Punkten aufgeklärt wurden:
Mögliche Nebenwirkungen
- | | |
|------------|----|
| Ja | 01 |
| Nein | 02 |
| Weiß nicht | 99 |
34. (VA-C8) Sagen Sie mir bitte, ob Sie zu folgenden Punkten aufgeklärt wurden:
Mögliche Risiken
- | | |
|------------|----|
| Ja | 01 |
| Nein | 02 |
| Weiß nicht | 99 |
35. (VA-C9) Wurden Sie noch zu anderen Inhalten aufgeklärt?
- | | |
|------------|----|
| Ja (OFFEN) | 01 |
| Nein | 02 |
| Weiß nicht | 99 |
36. (VA-C10) Empfinden Sie die Aufklärung insgesamt als ausreichend?
- | | |
|------------|----|
| Ja | 01 |
| Nein | 02 |
| Teilweise | 03 |
| Weiß nicht | 99 |
37. (VA-C11) Wann haben Sie sich erstmals in die alternative Behandlung begeben?
- | | |
|---------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> Wochen | 03 |
| <input type="checkbox"/> Monate | 02 |
| <input type="checkbox"/> Jahre | 01 |
| Weiß nicht | 99 |
38. (VA-C12) Über welchen Zeitraum insgesamt wurde ... angewendet?
- | | |
|---------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> Tage | 04 |
| <input type="checkbox"/> Wochen | 03 |
| <input type="checkbox"/> Monate | 02 |
| <input type="checkbox"/> Jahre | 01 |
| Weiß nicht | 99 |
39. (VA-C13) Wie oft wurde ... angewendet?
- | | |
|--|----|
| <input type="checkbox"/> mal pro Tag | 04 |
| <input type="checkbox"/> mal pro Woche | 03 |
| <input type="checkbox"/> mal pro Monat | 02 |
| <input type="checkbox"/> mal pro Jahr | 01 |

- | | | |
|--------------|---|------------|
| | Weiß nicht | 99 |
| 40. (VA-C14) | Haben Sie unter der Anwendung von ... Nebenwirkungen bemerkt? | |
| | Ja | 01 |
| | Nein | 02 /VA-C16 |
| | Möglicherweise | 03 |
| | Weiß nicht | 99 /VA-C16 |
| 41. (VA-C15) | Um was für Nebenwirkungen handelt es sich? | |
| | Vegetative Überreaktion (Schwitzen, Schwindel, Übelkeit, Kollaps) | 01 |
| | Blutungen/ Hämatome | 02 |
| | Infektion | 03 |
| | Hautallergische Reaktionen (Ausschlag) | 04 |
| | Schwere allergische Reaktionen (anaphylaktischer Schock, Asthmaanfall) | 05 |
| | Wechselwirkungen | 06 |
| | Verstärkung der Beschwerden | 07 |
| | Gastrointestinale NW | 08 |
| | Taubheitsgefühl an der Einstichstelle | 09 |
| | Fieber | 10 |
| | Andere (OFFEN) | 98 |
| 42. (VA-C16) | Werden Sie auch derzeit noch mit ... behandelt? | |
| | Ja | 01 /VA-C20 |
| | Nein | 02 |
| 43. (VA-C17) | Haben Sie sich nach der Beendigung der alternativen Maßnahmen (ggf. wieder) in andere Behandlung begeben? | |
| | Ja | 01 /VA-C19 |
| | Nein | 02 |
| 44. (VA-C18) | Zu wem? | |
| | Hausarzt | 01 |
| | Facharzt | 02 |
| | Heilpraktiker | 03 |
| | Andere (OFFEN) | 98 |
| 45. (VA-C19) | Wie beurteilen Sie den Gesamterfolg der ...? | |
| | Sehr gut | 01 |
| | Eher gut | 02 |
| | Ohne Effekt | 03 |
| | Eher schlecht | 04 |
| | Sehr schlecht | 05 |
| 46. (VA-C20) | [Sprung zu VA-C21 if VA-C16=02] Wie beurteilen Sie den derzeitigen Erfolg von ...? | |
| | Sehr gut | 01 |
| | Eher gut | 02 |
| | Ohne Effekt | 03 |
| | Eher schlecht | 04 |
| | Sehr schlecht | 05 |
| 47. (VA-C21) | Wie hoch waren/ werden die Kosten (in €) einer Einzelbehandlung für ...? | |
| | Weiß nicht | 99 |
| | Betrag (OFFEN) | 02 |
| | Es waren keine Kosten entstanden | 03 /VB-C1 |
| | Ich weiß nicht, was auf mich zukommt | 04 /VA-C23 |
| | Keine Angabe | 88 /VA-C23 |
| 48. (VA-C22) | Wie hoch waren/ werden die Kosten (in €) der Gesamtbehandlung für ...? | |
| | Weiß nicht | 99 |
| | Betrag (OFFEN) | 02 |
| | Es waren keine Kosten entstanden | 03 |
| | Ich weiß nicht, was auf mich zukommt | 04 |
| | Keine Angabe | 88 |
| 49. (VA-C23) | Hat die Krankenkasse die Kosten für ... übernommen? | |

- | | | |
|--------------|---|---------------|
| | Ja | 01 |
| | Nein | 02 /VB-C1 |
| | Selbst durchgeführt | 03 /VB-C1 |
| | Weiß nicht | 04 /VB-C1 |
| | Keine Angabe | 99 /VB-C1 |
| 50. (VA-C24) | Vollständig oder teilweise? | |
| | Vollständig | 01 /VB-C1 |
| | Teilweise | 02 |
| | Weiß nicht | 99 /VB-C1 |
| | Keine Angabe | 88 /VB-C1 |
| 51. (VA-C25) | Zu welchem Teil (in Prozent) ? | |
| | Teil (OFFEN) | 02 |
| | Weiß nicht | 99 |
| 52. (KN1) | [Sprung zu AM8 if (NOT VA21=02) AND (NOT VA22=02) AND (NOT VB21=02) AND (NOT VB22=02) (NOT VC21=02) AND (NOT VC22=02)] 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 zahlen. | |
| | Trifft zu | 01 |
| | Trifft nicht zu | 02 /KN2 |
| | Weiß nicht | 99 /KN2 |
| 53. (KN 1A) | Wie viel wären Sie bereit für den erreichten Erfolg zu bezahlen? | |
| | Betrag (OFFEN) | 02 |
| | Weiß nicht | 99 |
| 54. (KN2) | Beurteilen Sie bitte folgende Aussage:
Die Behandlung war ihr Geld wert, aber ich würde nicht noch mehr Geld bezahlen. | |
| | Trifft zu | 01 |
| | Trifft nicht zu | 02 |
| | Weiß nicht | 99 |
| 55. (KN3) | Beurteilen Sie bitte folgende Aussage:
Ich empfinde die Behandlung als grundsätzlich übersteuert. | |
| | Trifft zu | 01 |
| | Trifft nicht zu | 02 |
| | Weiß nicht | 99 |
| 56. (KN4) | Beurteilen Sie bitte folgende Aussage:
Für eine dauerhafte Heilung wäre ich bereit, auch mehr Geld zu bezahlen. | |
| | Trifft zu | 01 |
| | Trifft nicht zu | 02 /AM8 |
| | Weiß nicht | 99 /AM8 |
| 57. (KN4A) | Wie viel wären Sie bereit für eine dauerhafte Heilung zu bezahlen? | |
| | Betrag (OFFEN) | 02 |
| | Weiß nicht | 99 |
| 58. (AM8) | Würden Sie alternative Verfahren erneut anwenden? | |
| | Ja, auf jeden Fall | 01 |
| | Ja, möglicherweise | 02 |
| | Nein, eher nicht | 03 |
| | Nein, auf keinen Fall | 04 |
| | Weiß nicht | 99 |
| 59. (AM9) | Wie hat sich die Anwendung der alternativen Verfahren auf Ihre Einstellung zur alternativen Medizin im Allgemeinen ausgewirkt? | |
| | Ich schätze die alternative Medizin jetzt besser ein als vorher | 01 |
| | Ich schätze die alternative Medizin jetzt schlechter ein als vorher | 02 |
| | Hat sich nicht verändert | 03 |
| | Weiß nicht | 99 |
| 60. (SC1A-B) | Waren oder sind Sie wegen ... in schulmedizinischer/herkömmlicher Behandlung? | |
| | Ja | 01 |
| | Nein | 02 /SC1B /SC5 |

61. **(SC2A-B)** Wer hat Ihr/ Ihre ... behandelt?
- | | |
|----------------|----|
| Hausarzt | 01 |
| Facharzt | 02 |
| Andere (OFFEN) | 98 |
62. **(SA1A-B)** Fand die schulmedizinische Behandlung Ihrer/ Ihres ... parallel zur alternativen Therapie statt?
- | | |
|----------------|---------------|
| Ja | 01 |
| Nein | 02 /SC1B /SC5 |
| Teilweise | 03 |
| Möglicherweise | 04 |
| Weiß nicht | 99 |
63. **(SA2A-B)** Haben Sie Ihren behandelnden Arzt darüber informiert, dass sie neben schulmedizinischen Verfahren auch alternative Verfahren in Anspruch nehmen? (...)
- | | |
|------------|----|
| Ja | 01 |
| Nein | 02 |
| Weiß nicht | 99 |
| Teilweise | 03 |
64. **(SA3A-B)** Wie war Ihr behandelnder Arzt dem von Ihnen verwendeten Alternativverfahren gegenüber eingestellt? (...)
- | | |
|--------------------------------------|----|
| Er führt es selber durch | 01 |
| Er hat es empfohlen/ mich überwiesen | 02 |
| Er befürwortet es | 03 |
| Er lehnt es ab | 04 |
| Er interessiert sich nicht dafür | 05 |
| Weiß nicht | 99 |
65. **(SC3A-B)** Wie lange wurden Sie mit schulmedizinischen Methoden behandelt bis Sie mit dem alternativen Verfahren begonnen haben? (...)
- | | |
|---------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> Tage | 04 |
| <input type="checkbox"/> Wochen | 03 |
| <input type="checkbox"/> Monate | 02 |
| <input type="checkbox"/> Jahre | 01 |
| Weiß nicht | 99 |
66. **(SC4A-B)** Wie beurteilen Sie den Gesamterfolg der schulmedizinischen/herkömmlichen Maßnahmen?
- | | |
|---------------|----|
| Sehr gut | 01 |
| Eher gut | 02 |
| Ohne Effekt | 03 |
| Eher schlecht | 04 |
| Sehr schlecht | 05 |
67. **(SC5)** [Sprung zu AM10 if (SC1A=02 AND SC1B=02) OR (SC1A=02 AND SC1B=WR)] Wie hat sich die Anwendung der Schulmedizin auf Ihre Einstellung zur Schulmedizin im Allgemeinen ausgewirkt?
- | | |
|--|----|
| Ich schätze die Schulmedizin jetzt besser ein als vorher | 01 |
| Ich schätze die Schulmedizin jetzt schlechter ein als vorher | 02 |
| Meine Einstellung hat sich nicht verändert | 03 |
| Weiß nicht | 99 |
| Anderes | 98 |
68. **(SA4A-C)** [Sprung zu SA5 if NBR==1/ 2] Wie beurteilen Sie den Erfolg der ... im Vergleich zu schulmedizinischen Verfahren?
- | | |
|--|----|
| Größer als der Erfolg der schulmedizinischen Maßnahmen | 01 |
| Genauso groß wie der Erfolg der schulmedizinischen Maßnahmen | 02 |
| Keiner als der Erfolg der schulmedizinischen Maßnahmen | 03 |
| Nicht vergleichbar | 04 |
| Weiß nicht | 99 |
69. **(SA5)** Konnten Sie durch die Anwendung der alternativen Verfahren auf herkömmliche, von Ihnen vorher benötigte Therapieverfahren verzichten?
- | | |
|----|----|
| Ja | 01 |
|----|----|

- | | |
|--|---------------|
| Nein | 02 |
| Teilweise | 03 |
| Weiß nicht | 99 |
| Zuvor keine Therapie | 05 |
| 70. (SM1A-B) [Sprung zu AM10 if ER1=15 or AM1=1] Waren Sie wegen Ihrer <er1:1 bzw. 2> in schulmedizinischer/ herkömmlicher Behandlung? | |
| Ja | 01 |
| Nein | 02 /SM1B /SM4 |
| 71. (SM2A-B) Wer hat Ihr/ Ihre <er1:1 bzw. 2> behandelt? | |
| Hausarzt | 01 |
| Facharzt | 02 |
| Andere (OFFEN) | 98 |
| 72. (SM3A-B) Wie beurteilen Sie den Gesamterfolg der schulmedizinischen/ herkömmlichen Maßnahmen? <er1:1 bzw. 2> | |
| Sehr gut | 01 |
| Eher gut | 02 |
| Ohne Effekt | 03 |
| Eher schlecht | 04 |
| Sehr schlecht | 05 |
| 73. (SM4) [Sprung zu AM10 if SM1A=02 or (SM1A=02 AND SM1B=02)] Wie hat sich die Anwendung der schulmedizinischen Maßnahmen auf Ihre Einstellung zur schulmedizinischen Medizin im Allgemeinen ausgewirkt? | |
| Ich schätze die Schulmedizin jetzt besser ein als vorher | 01 |
| Ich schätze die Schulmedizin jetzt schlechter ein als vorher | 02 |
| Meine Einstellung hat sich nicht verändert | 03 |
| Weiß nicht | 99 |
| Anderes (OFFEN) | 98 |
| 74. (AM10) Inwieweit denken Sie, ist der Glaube an die Methode wichtig für den Erfolg eines Heilverfahrens? Vergleichen Sie bitte alternative und schulmedizinische Verfahren. | |
| Bei beiden Verfahren gleich wichtig | 01 |
| Bei alternativen Verfahren wichtiger | 02 |
| Bei schulmedizinischen Verfahren wichtiger | 03 |
| Bei beiden völlig unwichtig | 04 |
| Weiß nicht | 99 |
- Ich würde Ihnen jetzt gerne noch Fragen zu Ihrem Gesundheitsverhalten stellen.
- | | |
|--|---------|
| 75. (AL4) Nehmen Sie Vitaminpräparate oder Spurenelemente ein? Wenn ja, welche? | |
| Multi- Vitamine | 01 |
| Vitamin A | 02 |
| Vitamin C | 03 |
| Vitamin E | 04 |
| Biotin | 05 |
| Spurenelemente (Kombinationspräparat) | 06 |
| Calcium | 07 |
| Magnesium | 08 |
| Eisen | 09 |
| Zink | 10 |
| Andere (OFFEN) | 98 |
| Keine | 11 /AL6 |
| 76. (AL5) Warum nehmen Sie diese Produkte zu sich? | |
| Um fit/ jung zu bleiben | 01 |
| Gegen Muskelkrämpfe | 02 |
| Um das Immunsystem zu stärken | 03 |
| Für Haut und Nägel | 04 |
| Auf Rat meines Arztes | 05 |

	Weil es gesund ist	06
	Weil ich mich sonst ungesund ernähre	07
	Weil es schmeckt	08
	Um meinen Vitaminhaushalt ausreichend zu decken	09
	Osteoporoseprophylaxe	10
	Weiß nicht	99
	Andere (OFFEN)	98
77. (AL6)	Nehmen Sie natürliche Produkte zu sich, um gesund zu bleiben? (beispielsweise Tees oder Heilkräuter?) Wenn ja, welche?	
	Gesundheitstees (z.B. grüner Tee, Pfefferminztee, Blasentee)	01
	Heilkräuter (ätherische Öle)	02
	Leinsamen (ausserhalb von Brot)	03
	Lebertran	04
	Weizenkleie/ Gerstenschrot	05
	Kieselerde	06
	Andere (OFFEN)	98
	Keine	07
78. (AL7)	Haben Sie sich in Ihrem Leben schon einmal aus gesundheitlichen Gründen besonders ernährt z.B. eine Diät eingehalten?	
	Ja	01
	Nein	02 /AL8
79. (AL7A)	Warum?	
	Allergie	01
	Diabetes	02
	Gicht	03
	Zöliakie, Sprue	04
	Entschlackung, Entgiftung	05
	Gewichtsreduktion	06
	Andere (OFFEN)	98
80. (AL8)	Was für Hausmittel wenden Sie bei sich oder der Familie gelegentlich an?	
	Aromalampe	01
	ätherische Öle	02
	Erkältungsbad	03
	Fasten/ Diät	04
	Fliederbeersaft mit Zitrone	05
	Heilerde	06
	Heiße Milch mit Honig	07
	Heiße Zitrone	08
	Inhalation/ Einreiben	09
	Kirschkernkissen/ Getreidekissen	10
	Kräuterbonbons (Salbei)/ Kräuteranwendungen	11
	Kühlkissen	12
	Quark	13
	Rotlicht/ Wärmelampe	14
	Salzstangen und Cola	15
	Salze	16
	Schwitzkur/ Sauna	17
	Tee	18
	Trockenobst	19
	Wickel/ Umschläge	20
	Warmes Bier	21
	Wärmflasche	22
	Zwieback	23
	Zwiebel aufs Ohr	24
	Zwiebelsaft	25
	Andere (OFFEN)	98

	Keine	26
81. (AL10A)	Leben Sie mit einem festen Partner zusammen?	
	Ja	01
	Nein	02
82. (AL10B)	Welchen Familienstand haben Sie?	
	Verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend	01
	Verheiratet, von Ehepartner getrennt lebend	02
	Ledig, ohne festen Partner	03
	Ledig, , in fester Partnerschaft	04
	Geschieden	05
	Verwitwet	06
	Keine Angabe	88
83. (KI1)	Haben Sie Kinder?	
	Ja	01
	Nein	02 /AL11
	Keine Angabe	88 /AL11
84. (KI2)	Sind bei Ihren Kindern schon einmal alternative Verfahren angewandt worden? (KEINE Hausmittel)	
	Ja	01
	Nein	02 /AL11
	Weiß nicht	99 /AL11
85. (KI3)	Welche Verfahren wurden angewendet?	
	Akupunktur	01
	Bachblütentherapie	02
	Bioresonanz	03
	Eigenbluttherapie	04
	Fasten/ Diät	05
	Homöopathie	06
	Kinesiologie	07
	pflanzliche Therapie (Phytotherapie)	08
	Reiki	09
	Schröpfen	10
	TCM (QiGong, Tai Chi)	11
	Andere (OFFEN)	98
	Weiß nicht	99
86. (KI4A-C)	Bei welcher Beschwerde wurde bei Ihren Kindern eingesetzt?	
	Allergie (Heuschnupfen, Nahrungsmittel)	01
	Asthma	02
	Allgemeine Stärkung	03
	Chronische Befindlichkeitsstörung (Unwohlsein, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Schlafstörungen); rezidivierend; > 3 Monate	04
	Chronische Entzündungen (Mittelohr, Nebenhöhlen)	05
	Erkältung	06
	Erkältung mit Fieber/ Grippe	07
	Gynäkologische Beschwerden (Menstruationsbeschwerden, Pilze)	08
	Hauterkrankung (Schuppenflechte, Neurodermitis, Urticaria, Ekzem)	09
	Harnwegserkrankungen	21
	Herz- Kreislauf- Erkrankungen (Bluthochdruck, Herzinsuffizienz)	10
	Kinderkrankheiten	11
	Leber-/ Gallenerkrankungen (Steine, Koliken)	19
	Lungenerkrankungen	20
	Magen- Darm- Probleme, akut (Durchfall, Verstopfung, Sodbrennen)	12
	Magen- Darm- Probleme, chronisch (Durchfall, Verstopfung, Sodbrennen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen); rezidivierend; > 3 Monate	13
	Psychologische Beschwerden (Angstzustände, Depression)	14

	Schmerzen, akut (Nacken, Kopf , Gelenke, Rücken, Bauch)	15
	Schmerzen, chronisch (Nacken, Kopf , Gelenke, Rücken, Bauch), rezidivierend; > 3 Monate	16
	Tumorleiden	17
	Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)	18
	Andere (OFFEN)	98
	Keine Angabe	88
	Weiß nicht	99
87. (AL11)	Jetzt haben wir es fast geschafft. Zum Abschluss brauche ich nur noch ein paar allgemeine Angaben von Ihnen. Wie alt sind Sie ?	
	<input type="checkbox"/> Jahre	99
	keine Angabe	88
88. (AL12)	In welcher Krankenkasse sind Sie versichert?	
	Gesetzliche Krankenversicherung	
	Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)	01
	Ersatzkrankenkasse (Barmer, DAK, TKK...)	02
	Betriebs-, Innungskrankenkasse	03
	Private Krankenkasse	
	Vollversicherung	04
	Zusatzversicherung (gesetzlich oder Beihilfe bei Zusatz)	05
	Andere	06
	Gar nicht	07
	Weiß nicht	99
	Keine Angabe	88
89. (AL13)	Welchen Schulabschluss haben Sie?	
	Keinen	01
	Hauptschul-/ Volksschulabschluss	02
	Realschulabschluss (Mittlere Reife)	03
	Abschluss polytechnische Oberschule 10.Klasse (vor 1965: 8.Klasse)	04
	Fachhochschulreife	05
	Allgemeine Hochschulreife (Abitur)	06
	Fachgebundene Hochschulreife	07
	Anderen	08
	Noch keinen	09
	Keine Angabe	88
90. (AL14)	Sind Sie zur Zeit berufstätig?	
	Ja	01
	Nein	02 /AL16
	Keine Angabe	88 /INT99
91. (AL15)	Was ist Ihre regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit?	
	Teilweise/ stundenweise berufstätig (<15 Std. pro Woche)	01 /INT99
	Teilzeitberufstätig (15-34 Std. pro Woche)	02 /INT99
	Voll berufstätig	03 /INT99
	Andere (OFFEN)	98 /INT99
	Keine Angabe	88 /INT99
92. (AL16)	Was trifft auf Ihre derzeitige Situation zu?	
	In Schulausbildung	01 /INT99
	In Hochschulausbildung	02 /INT99
	Altershalber in Rente	03 /INT99
	Vorzeitig in Rente	04 /INT99
	Arbeitslos/ arbeitssuchend	05 /INT99
	Hausfrau/ Hausmann	06 /INT99
	Wehr-/Zivildienst, freiwilliges soziales Jahr	07 /INT99
	Umschulung, Arbeitsförderungsmaßnahme	08 /INT99

Anderes (OFFEN)

09 /INT99

Keine Angabe

88 /INT99

93. (INT99) Das war dann auch meine letzte Frage. Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für diese Befragung genommen haben. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag/ Abend. Auf Wiederhören.
Vollständig

55 /END

8.2. Lebenslauf

PERSÖNLICHE DATEN

·Name	Mareike Groenewold
·Geburtstag	10. Juli 1980
·Geburtsort	Aurich, Ostfriesland
·Staatsangehörigkeit	Deutsch
·Familienstand	Ledig

SCHULBILDUNG

·1986-1990	Grundschule, Pewsum
·1990-1992	Orientierungsstufe, Pewsum
·1992-1999	Johannes-Althusius-Gymnasium, Emden
·09.07.1999	Allgemeine Hochschulreife

AUSBILDUNGSDATEN

·ab Oktober 1999	Studium der Medizin, Universität zu Lübeck
·21.09.2001	Ärztliche Vorprüfung
·29.08.2002	Erstes Staatsexamen
·07/ 2003- 10/ 2003	Entwicklung des Befragungsinstrumentes
·01/ 2004- 05/ 2004	Durchführung der Telefoninterviews
·06.09.2004	Zweites Staatsexamen
·09/ 2004– 03/ 2005	Datenauswertung und Schreiben der Doktorarbeit
·04/ 2005– 07/ 2005	1. Terial des Praktischen Jahres (Chirurgie im General Hospital Letterkenny, Irland)
·08/ 2005– 11/ 2005	2. Terial des Praktischen Jahres (Innere Medizin im Westküstenklinikum Heide, Schleswig-Holstein)
·12/ 2005– 03/ 2006	3. Terial des Praktischen Jahres (Dermatologie im Universitäts-Spital Zürich, Schweiz)
·05/ 2006	Drittes Staatsexamen

PRAKTIKA

·02– 04/ 2000	Krankenpflegepraktikum (Hans-Susemihl-Krankenhaus, Emden)
·08/ 2000	Krankenpflegepraktikum (Hans-Susemihl-Krankenhaus, Emden)
·02– 03/ 2002	Famulatur Allgemeinmedizin (Praxis, Pewsum)
·09/ 2002	Famulatur Gastroenterologie (Hans-Susemihl-Krankenhaus, Emden)
·02– 03/ 2003	Famulatur Dermatologie/ Allergologie (Klinikum Oldenburg)
·09– 10/ 2003	Famulatur Chirurgie/ Unfallchirurgie (Praxis, Emden)
·08/ 20003	Famulatur Pädiatrie (Kreiskrankenhaus Aurich)

Hinte, im April 2006

Mareike Groenewold