

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

Entwicklung eines bedarfsgerechten Komplementärmedizincurriculums
für die interprofessionelle Ausbildung von Gesundheitsfachberufen –
Ergebnisse zweier Querschnittstudien

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
- Aus der Sektion Medizin -
vorgelegt von
Chizoba Linda Weber
aus Aachen
Lübeck 2021

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser
2. Berichterstatter: Prof. Dr. phil. Matthias Bethge

Tag der mündlichen Prüfung: 8.6.2022

Zum Druck genehmigt: Lübeck, den 8.6.2022

- Promotionskommission der Sektion Medizin -

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	8
1.1	Relevanz von KM in der Behandlung von Patient*innen	8
1.2	KM und konventionelle Medizin.....	9
1.3	Studierende und Lehre zu KM.....	10
1.4	Fragestellung und Zielsetzung	13
2	Material und Methoden	14
2.1	Studienbeschreibung	14
2.2	Studierende.....	14
2.2.1	Fragebogenentwicklung	14
2.2.2	Rekrutierung	17
2.3	Patient*innen	20
2.3.1	Fragebogenentwicklung	20
2.3.2	Rekrutierung	21
2.4	Statistische Analyse	22
2.4.1	Studierende	23
2.4.2	Patient*innen	25
3	Ergebnisse.....	27
3.1	Studierende.....	27
3.1.1	Beschreibung der Stichprobe	27
3.1.2	Bekanntheit, Nutzung, Einstellung	32
3.1.3	KM im Beruf.....	34
3.1.4	KM in der Lehre.....	37
3.1.5	Einflussfaktoren auf die Einstellung zu KM und die Zufriedenheit mit dem Lehrangebot	40
3.2	Patient*innen	44
3.2.1	Beschreibung der Stichprobe	44
3.2.2	Bekanntheit, Nutzung, Interesse	45
3.2.3	KM in der Behandlung.....	47
3.2.4	Einflussfaktoren auf Interesse an, die Einstellung zu und Anwendung von KM	49
4	Diskussion	55
4.1	Fragestellung.....	55
4.2	Methodik.....	55
4.3	Ergebnisse	57
4.3.1	Studierende	57
4.3.2	Patient*innen	59
4.3.3	Implikationen für die Entwicklung komplementärmedizinischer Curricula in der Ausbildung von Gesundheitsberufen.....	62
4.4	Schlussfolgerung.....	63
5	Zusammenfassung	64

6	<i>Literatur</i>	65
7	<i>Anhang</i>	75
7.1	Fragebogen Studierende	75
7.2	Aufklärungsbogen Patient*innen	85
7.3	Fragebogen Patient*innen	88
7.4	Ethikvotum: Erstantrag Juli 2017	94
7.5	Ethikvotum: Amendment Juni 2018	95
7.6	Publikationen und Kongressbeiträge	96
8	<i>Danksagung</i>	97

Abkürzungsverzeichnis

2SLS	<i>Two-Stage-Least-Squares</i>
AIC	<i>Akaike-Information-Criterion</i>
IPE	<i>interprofessional Education</i>
KM	<i>Komplementärmedizin</i>
Max	<i>Maximum</i>
MFT	Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V.
Min	<i>Minimum</i>
MW	Mittelwert
NKLM	<i>Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin</i>
o. J	<i>ohne Jahr</i>
OLS	<i>Ordinary Least Squares</i>
PCO-Syndrom	<i>Polyzystische Ovarialsyndrom</i>
PKV	<i>private Krankenversicherung</i>
PROMs	<i>patient-reported outcome measures</i>
R ² / R2	<i>McFaddens Pseudo R2</i>
UKSH	<i>Universitätsklinikum Schleswig-Holstein</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1 Lehrveranstaltungen, die besucht wurden, um Studierende zu rekrutieren und zu befragen	19
Tabelle 2.2 Ambulanzen und Praxen, die besucht wurden, um Patient*innen zu rekrutieren und zu befragen.....	22
Tabelle 2.3 Abkürzungslegende von KM-Verfahren, die in den Studierenden- und Patient*innenfragebögen Erwähnung finden	23
Tabelle 3.1 Rücklauf der Studierendenfragebögen nach Studiengang und Anteil an allen Studierendenfragebögen	27
Tabelle 3.2 Soziodemographische Angaben der Gesamtgruppe der Studierenden	28
Tabelle 3.3 Soziodemographische Angaben der Gruppe der Humanmedizinstudierenden...	29
Tabelle 3.4 Soziodemographische Angaben der Gruppe der Pflegestudierenden	30
Tabelle 3.5 Soziodemographische Angaben der Gruppe der Physiotherapiestudierenden...	31
Tabelle 3.6 KM-Verfahren, die den Studierenden bekannt sind.....	32
Tabelle 3.7 Nutzungshäufigkeit verschiedener KM-Verfahren durch die Studierenden	33
Tabelle 3.8 Beschwerden, die die Studierenden mit KM behandeln	34
Tabelle 3.9 Gründe der Studierenden für das Interesse an KM	35
Tabelle 3.10 KM-Verfahren, von denen die Studierenden erwarten, sie im späteren Beruf zu nutzen.....	36
Tabelle 3.11 Von den Studierenden empfundene Relevanz theoretischer Kenntnisse von KM für die jeweilige Profession	36
Tabelle 3.12 Von Studierenden empfundene Relevanz praktischer Kenntnisse von KM für die jeweilige Profession	37
Tabelle 3.13 Formen von Lehrveranstaltungen in denen die Studierenden Lehre zu KM erfahren haben	38
Tabelle 3.14 Von den Studierenden gewünschte Verbesserungen des bestehenden Lehrangebots zu KM	39
Tabelle 3.15 Einstellung der Studierenden gegenüber einer Interprofessionalisierung des Lehrangebots zu KM	39
Tabelle 3.16 Zustimmung der Studierenden zur Aussage: Teamarbeit verbessert die Qualität der Patientenversorgung	40
Tabelle 3.17 Einflussfaktoren auf die Einstellung der Studierenden zu KM und ihre Zufriedenheit mit dem Lehrangebot.....	41

Tabelle 3.18 Rücklauf der Patient*innenfragebögen nach Befragungsort und Anteil an allen Patient*innenfragebögen	44
Tabelle 3.19 Soziodemographische Angaben der Gesamtgruppe der Patient*innen	44
Tabelle 3.20 KM-Verfahren, die den Patient*innen bekannt sind.....	45
Tabelle 3.21 Nutzungshäufigkeit verschiedener KM-Verfahren durch die Patient*innen	46
Tabelle 3.22 Beschwerden, die die Patient*innen mit KM behandeln	47

1 Einleitung

In den letzten Jahren ist die Popularität von Komplementärmedizin (KM) immer weiter gestiegen (Johansen et al., 2016; Linde et al., 2012) und hat darüber hinaus, als Teil der ärztliche Approbationsordnung, an Bedeutung gewonnen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020). KM beinhaltet Behandlungen und Verfahren, die zusätzlich zu konventionellen Therapien angewandt werden können. Sie sollen die konventionellen Maßnahmen, umgangssprachlich „schulmedizinische“ Maßnahmen, unterstützen und dem Patienten eine ganzheitliche Behandlung bieten. KM kann eine Vielzahl von Verfahren, Mitteln und Techniken beinhalten. Von rein pflanzlichen Stoffen über Heilbehandlungen mit Wasseranwendung, beispielsweise Wassertreten oder Bäder, bis hin zu manueller Therapie, im Sinne von Osteopathie und Massagen, Akupunktur oder Entspannungstechniken, wie Meditation und Autogenes Training, reichen können (Linde et al., 2012). Der Begriff „Alternativmedizin“ beschreibt nicht die Ergänzung konventioneller Verfahren, wie in der KM, sondern den vollständigen Ersatz dieser Maßnahmen (*Pschyrembel Online | Alternativmedizin*, o. J.). Aus diesem Grund werden der Begriff „Alternativmedizin“ und die dazugehörigen Techniken und Verfahren in dieser Arbeit nicht berücksichtigt.

1.1 Relevanz von KM in der Behandlung von Patient*innen

Patient*innen haben ein wachsendes Bedürfnis nach einem ganzheitlichen Therapieangebot, das sich nicht nur auf konventionelle, sondern auch auf komplementärmedizinische Verfahren stützt (Linde et al., 2012). Der überwiegende Teil der deutschen Bevölkerung steht KM offen gegenüber (*Naturheilmittel* 2010, o. J.). So scheint es zum Beispiel in der Krankenhausbehandlung eine steigende Nachfrage nach KM als Teil der Therapie zu geben (Fewell & Mackrodt, 2005; Widmer et al., 2006). Auch bei niedergelassenen Ärzt*innen in allgemeinmedizinischen Praxen ist die Versorgung mit KM in den letzten Jahren deutlich gestiegen. In britischen allgemeinmedizinischen Praxen wurde ein Anstieg in der Bereitstellung komplementärmedizinischer Behandlungsverfahren von 12,5 % im Jahr 1995 auf 50 % im Jahr 2001 beobachtet (Lewith et al., 2002). Neben Ärzt*innen machen auch Arbeitende in der Pflege immer häufiger die Erfahrung, dass Patient*innen explizit nach KM fragen und sich Beratung für die Erweiterung ihrer konventionellen Behandlung wünschen, ohne dass ihre Ausbildung entsprechende Module enthalte (Buchan et al., 2012).

In einer Studie über den Gebrauch von KM und Alternativmedizin unter Kindern und Erwachsenen in den USA aus dem Jahr 2007 wurden Daten aus mehreren Gesundheitsbefragungen im Bereich KM und Alternativmedizin ausgewertet und gemittelt. Es zeigte sich, dass vier von zehn Erwachsenen innerhalb von zwölf Monaten KM in Anspruch nahmen. Sie behandelten damit am häufigsten muskuloskelettale Beschwerden, wie Rücken-, Nacken- und Gelenkschmerzen (Barnes et al., 2008). Typische Patient*innen, die KM in Anspruch nehmen, sind weiblich, mittleren Alters und nutzen KM aufgrund einer chronischen Erkrankung, zur Gesundheitsförderung oder, um mehr über die eigene Gesundheit zu erfahren (Kennedy et al., 2015). Die typische KM-Nutzerin hat einen höheren Bildungsgrad und nutzt KM darüber hinaus zur Behandlung von Depressionen, Schlafstörungen, gastrointestinalen Beschwerden und Kopfschmerzen/Migräne (Frass et al., 2012).

Mit der steigenden Popularität von KM und dem wachsenden Interesse der Patient*innen danach, wird es auch für medizinisches Fachpersonal immer wichtiger, eine Beratungskompetenz auf diesem Gebiet zu erlangen. Sie sollten verschiedene Verfahren kennen und fähig sein, diese kritisch gegeneinander abzuwägen und den Patient*innen eine zur Erkrankung/ den Beschwerden passende Behandlung zu empfehlen. KM zu fördern und für medizinisches Personal in Ausbildung und Studium eine Möglichkeit zu schaffen, sich Wissen darüber anzueignen, sind dafür essentiell.

1.2 KM und konventionelle Medizin

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist bestrebt, KM in das nationale Gesundheitssystem zu integrieren (World Health Organization, 2013b). Häufig besteht derzeit noch eine Trennung zwischen KM und konventioneller Medizin (Hibbeler, 2006). Die beiden Strömungen existieren parallel und es scheint, als müssten sich sowohl Patient*innen als auch Behandler*innen entscheiden, welcher Strömung sie folgen wollen (Willich et al., 2004). Dadurch kann es passieren, dass sich Patient*innen, die eher KM zugeneigt sind, bei Behandler*innen der konventionellen Medizin finden. Haben diese Behandler*innen der konventionellen Medizin wenig oder kein Wissen und Interesse an KM, ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Patient*innen sich bei ihnen gut aufgehoben und adäquat behandelt fühlen geringer (Willich et al., 2004). Als Konsequenz weichen Patient*innen auf Heilpraktiker*innen aus, die ihnen die gesuchte, vermeintlich ganzheitliche Therapie, bieten. Dadurch ist jedoch nicht sichergestellt, dass die Patient*innen eine gute Behandlung erfahren. Für die Zulassung zur behördlichen Heilpraktiker*innenprüfung müssen in Deutschland folgende Bedingungen erfüllt sein: ein

Mindestalter von 25 Jahren, deutsche Staatsangehörigkeit, ein Hauptschulabschluss, sowie ein gutes Gesundheits- und polizeiliches Führungszeugnis (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, o. J.). Eine fundierte medizinische Ausbildung ist nicht notwendig, ebenso wenig der Besuch eines standardisierten Kurses für Heilpraktiker*innen vor Ablegen der Prüfung (Kattge et al., 2017). Dadurch ergeben sich Gefahren für das Wohl der Patient*innen, da Heilpraktiker*innen die Patient*innengesundheit nicht so fundiert untersuchen und bewerten können wie universitär ausgebildete Ärzt*innen (Maibach-Nagel, 2017). Diese Aspekte verdeutlichen, wie wichtig es ist, medizinisches Fachpersonal in KM auszubilden, um Barrieren abzubauen und die Integration von KM in das nationale Gesundheitssystem zu fördern.

1.3 Studierende und Lehre zu KM

In einer Studie von Jocham et al. wurde beschrieben, dass Studierende ein Bedürfnis haben, etwas über KM zu lernen, da sie konventionelle Medizin als unvollständig und nicht ausreichend zur Behandlung von Patient*innen erachteten. Sie hofften, durch zusätzliche KM-Verfahren, wie zum Beispiel Homöopathie oder Akupunktur, die konventionelle Medizin zu bereichern und Patient*innen ganzheitlich behandeln zu können (Jocham et al., 2017).

Darüber hinaus empfinden es Medizinstudierende als wichtig, die Fragen der Patient*innen über KM beantworten und passende Verfahren empfehlen und vereinzelt selbst durchführen zu können (Chaterji et al., 2007). Ihr Hauptinteresse besteht in der Erlangung einer Beratungskompetenz, um eine ganzheitliche Behandlung gewährleisten zu können. Dies entspricht den Zielen der WHO bezüglich der Förderung von KM (World Health Organization, 2013b, 2013a).

Seit der Aktualisierung der Ärztlichen Approbationsordnung im Jahr 2002 ist KM als Querschnittsbereich 12 „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ Teil des Pflichtcurriculums für Medizinstudierende (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020). Eine Empfehlung der spezifischen zu erlangenden Kompetenzen gab der Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) des Medizinischen Fakultätentages der Bundesrepublik Deutschland e.V. (MFT) aus dem Juli 2015 (Medizinischer Fakultätentag, 2015).

Während der erste NKLM empfehlenden Charakter hatte, ist die im April 2021 erschienene Version, der NKLM 2.0, als Vorbereitung und Test für den im Jahr 2025 zu erwartenden NKLM 3.0 zu sehen. Dieser soll dann als verbindliche Planungsgrundlage für über drei Viertel der

Kerncurricula des Medizinstudiums gelten und legt genau dar, welche Kompetenzen die Studierenden in den einzelnen Teilgebieten am Ende ihres Studiums erlangt haben sollen (Medizinischer Fakultätentag, 2021a).

Der NKLM 2.0 definiert Kompetenz als eine Kombination aus Wissen, Fähigkeiten und Haltungen. In der Lehre sollte dies durch eine Verbindung von psychomotorischen, affektiven und kognitiven Lernzielen umgesetzt werden. Er sieht für Medizinstudierende am Ende ihres Studium eine Handlungs- und Begründungskompetenzen entsprechend Kompetenzniveau zwei vor. Studierende sollten Kenntnis verschiedener KM-Verfahren haben, sie erklären und Zusammenhänge herstellen, sie in den klinisch-wissenschaftlichen Kontext einordnen und datenbasiert bewerten können (Medizinischer Fakultätentag, 2021b).

Studienergebnisse aus den Jahren 2008 und 2017 haben gezeigt, dass Art und Umfang, in welchen KM an deutschen Universitäten gelehrt wird, sehr heterogen sind (Kusak et al., 2008; Stock-Schröer et al., 2017). KM wird in 90-minütigen Vorlesungen bis hin zu ganzen Themenwochen mit Selbsterfahrung und großem praktischen Anteil gelehrt.

An der Universität zu Lübeck wird der curriculare Anteil der Naturheilverfahren am Querschnittsbereich 12 „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ in einer 90-minütigen Vorlesung im Rahmen des Blockpraktikums evidenzbasierte und soziale Medizin unterrichtet. Diese Einheit vermittelt einen ersten Überblick über KM, die Bedeutung von evidenzbasierten Verfahren und präsentiert Ansätze, wie KM in den späteren Praxis- oder Klinikalltag integriert werden kann. Durch Format und Zeitvorgabe für diese Unterrichtseinheit werden die Möglichkeiten der Studierenden zu Diskussionen, Selbsterfahrung und Erfahrungsaustausch über KM beschränkt. Lediglich eine praktische manualmedizinische Tastübung gibt den Studierenden Gelegenheit zur Selbsterfahrung. Der Unterricht ist interprofessionell und wird von Humanmedizin- und Pflegestudierenden besucht.

Die WHO sieht interprofessionelle Lehre (interprofessional education, IPE) als wichtige Strategie zur Verbesserung des Gesundheitssystems an (World Health Organization, 2010). „Interprofessionell“ ist Lehre laut WHO, wenn Studierende mindestens zwei unterschiedlicher Fachrichtungen von- und miteinander lernen (World Health Organization, 2010).

Das Wahlfach „Komplementäre und Integrative Medizin“ an der Universität zu Lübeck ist ebenfalls interprofessionell gestaltet und kann von Studierenden der Humanmedizin, aber auch anderer Studiengänge (Pfleger, Hebammenwissenschaft und Ergotherapie/ Logopädie) besucht werden. In diesem Wahlfach erhalten Studierende Einblick in verschiedene Teilbereiche, wie zum Beispiel traditionelle chinesische Medizin/ Akupunktur, Neuraltherapie

oder Manuelle Medizin/-Therapie. Neben theoretischen Kenntnissen gibt es die Möglichkeit zur Selbsterfahrung in praktisch ausgerichteten Seminaren (Carstens Stiftung, 2019).

Ein systematisches Review ergab, dass Medizinstudierende, innerhalb der medizinnahen Studiengänge, KM am kritischsten gegenüberstehen. Nur 10 % von ihnen berichteten von einer Konsultation bei Komplementärmediziner*innen. Unter den Pflegestudierenden berichteten 44,7 % von der Inanspruchnahme einer komplementärmedizinischen Beratung (Frass et al., 2012). Studien zeigten außerdem eine Verbindung zwischen dem Wissensstand zu und der Aufgeschlossenheit gegenüber KM (Abbott et al., 2011; Klafke, Homberg, et al., 2016). Daraus lässt sich ableiten, dass aufgrund der Heterogenität in Art und Umfang der Lehre zu KM an deutschen Universitäten, ein Unterschied und oftmals Mangel an Wissen darüber besteht, der die Aufgeschlossenheit und positive Einstellung zu KM negativ beeinflussen kann. In einer saudi-arabischen Studie von 2018 fanden die Autoren heraus, dass Studierende, die einen Kurs zu KM besucht haben, eher geneigt waren, KM zu nutzen. Darüber hinaus beeinflusste der Kursbesuch ihre Zufriedenheit mit ihrem Wissen über KM positiv (Albadr et al., 2018).

Um dem angehenden medizinischen Fachpersonal gute Lehre in KM bieten zu können, ist es einerseits wichtig, zu erfahren, wie Studierende KM gegenüberstehen, was sie besonders interessiert, welche Erfahrungen sie selbst gemacht haben und in welcher Form sie über KM lernen wollen. Andererseits ist es ebenso wichtig, zu wissen, was die zukünftigen Patient*innen für Erwartungen und Bedürfnisse bezüglich KM haben. Diese beiden Aspekte gilt es in der Curriculumsgestaltung zu berücksichtigen.

Den Studierenden ist es darüber hinaus wichtig, mögliche Gefahren einer Behandlung mit KM abwägen und Patient*innen gegebenenfalls vor einer bestimmten Behandlung oder einem bestimmten Verfahren warnen zu können, wenn dieses zum Beispiel nicht evidenzbasiert oder bezüglich seiner Unbedenklichkeit getestet worden ist (Flaherty et al., 2015). Eine Studie aus dem Jahr 2018 zeigte, dass Unterricht mit Selbsterfahrung und die Möglichkeit, KM-Verfahren selbst auszuprobieren die Fähigkeit der Studierenden zur kritischen Abwägung von KM-Verfahren positiv beeinflusst (Valentini et al., 2018). Zur Erlangung von Wissen über KM wünschen sich Studierende eine Kombination aus Frontalunterricht, wie Vorlesungen, und Praxiseinsätzen (Loh et al., 2013).

Bezüglich der Anwendung und Nutzung komplementärmedizinischer Verfahren gibt es starke regionale Unterschiede (Beer & Ostermann, 2003; Schwarz et al., 2008). Um ein Curriculum zu KM zu implementieren und für den regionalen Gesundheitsmarkt zu etablieren, ist es notwendig, diese regionalen Unterschiede in Anwendung, Angebot und Bedarf zu kennen.

1.4 Fragestellung und Zielsetzung

Ziel dieser Dissertationsschrift war es, Aufschluss über die Einstellungen, Erfahrungen und Zukunftsperspektiven Lübecker Studierender und Patient*innen zu KM als Ausgangspunkt eines regionalem bedarfsgerechten Curriculums in der interprofessionellen Ausbildung von Gesundheitsfachberufen zu explorieren.

2 Material und Methoden

In diesem Kapitel wird der Ablauf der Studie und die dafür genutzte Methodik beschrieben. Sowohl Studierende als auch Patient*innen wurden papierbasiert befragt.

Zunächst wird die Gruppe der Studierenden vorgestellt. Dies beinhaltet die Ein- und Ausschlusskriterien, den Stichprobenumfang, eine Erklärung der Rekrutierung der Teilnehmenden, die Fragebogenentwicklung sowie eine Darstellung der Datenerhebung. Im Anschluss erfolgt dies gleichermaßen für die Gruppe der Patient*innen.

Die Kapitel zur Datenverarbeitung sowie Datenauswertung werden im Anschluss für beide Studiengruppen gemeinsam beschreiben. Darüber hinaus werden die Berechnungen zur vergleichenden Statistik zwischen Studierenden und Patient*innen dargestellt.

2.1 Studienbeschreibung

Die Studie ist Teil eines mehrphasigen Projekts zur Entwicklung und Implementierung eines Lehrmoduls zu Naturheilverfahren und Komplementärmedizin in der Interprofessionellen Lehre. Das Projekt gliedert sich in mehrere Phasen nach dem Sechs-Stufen-Plan zur Curriculumsentwicklung von Kern (Kern et al., 2009). Dieser beginnt mit der Identifizierung von Determinanten und einer generellen Bedarfsanalyse (Stufe eins). Im folgenden Schritt werden die Bedürfnisse der Zielgruppen identifiziert (Stufe zwei). Auf Basis dieser Erhebung werden Lernziele formuliert (Stufe drei) und passende didaktische Methoden festgelegt (Stufe vier). In den letzten beiden Stufen wird das überarbeitete Wahlfach im regulären Studienbetrieb angeboten (Stufe fünf) und anschließend evaluiert (Stufe sechs).

Diese Arbeit befasst sich mit den ersten beiden Stufen der Curriculumsentwicklung nach Kern.

2.2 Studierende

2.2.1 Fragebogenentwicklung

Der Fragebogen der Studierenden kann im Anhang eingesehen werden und umfasste drei Teile. Im ersten Teil (Fragen eins bis drei) wurden Fragen zur Bekanntheit, Nutzungshäufigkeit und Einstellung der Studierenden zu KM gestellt. Auf Basis einer selektiven Literaturrecherche wurde eingegrenzt, welche KM-Verfahren in den Fragebogen mit aufgenommen wurden (Frei-Erb et al., 2014; Linde et al., 2012).

Im folgenden Teil des Fragebogens (Fragen vier bis zehn) wurden die Studierenden zu KM und dem späteren Beruf befragt. Die Studierenden gaben Auskunft darüber, welche KM-Verfahren sie erwarten, im späteren Beruf zu nutzen, wie groß ihr Interesse an KM und worin es begründet ist. Darüber hinaus wurden die Studierenden gefragt, ob sie theoretische und praktischen Kenntnisse von KM für ihren späteren Beruf als wichtig empfinden. Die Auswahl an Professionen orientierte sich an den an der Universität zu Lübeck angebotenen gesundheitsberuflichen Studiengängen zum Zeitpunkt der Erhebung (Universität zu Lübeck, 2021).

Es wurden darüber hinaus Daten zur Lehre in KM und den Zukunftsperspektiven erhoben (Fragen elf bis 18). Die Studierenden wurden befragt, in welcher Form sie in ihrem Studium bisher Lehre in KM erfahren haben. Orientiert wurde sich bei der Auswahl der Antwortoptionen an Studien zur Lehre in KM (Kusak et al., 2008; Stock-Schröer et al., 2017). Darüber hinaus wurde erhoben, wie zufrieden die Studierenden mit der stattfindenden Lehre sind und, welche Elemente sie sich zur Verbesserung der Lehre wünschen würden. Außerdem wurden sie zu ihrer Einstellung bezüglich eines interprofessionellen Wahl- beziehungsweise Pflichtfachs zu KM und zu ihrer Zustimmung zu der Aussage „Teamarbeit verbessert die Qualität der Patientenversorgung“ befragt.

Abschließend (Frage 23 bis 27) wurden die soziodemographischen Daten der Studierenden erhoben. Darüber hinaus hatten sie die Möglichkeit für Freitextanmerkungen.

Für eine Erhebung des Studiengangs Physiotherapie wurden außerdem vier Fragen zum Bewegungsablauf (Fragen 19 bis 22) hinzugefügt. Die Ergebnisse dieser Fragen wurden mit in die Gesamtdatenbank für die Studierenden aufgenommen, sie werden jedoch nicht im Rahmen dieser Dissertationsschrift ausgewertet.

Die einzelnen Fragen, Erklärungen zum Fragebogen und das Layout wurden einfach, eindeutig und relevant formuliert und in eine dramaturgisch gute Reihenfolge gebracht (Malhotra, 2006; Porst, 2009, 2013).

Im Rahmen der strukturierten Konsensfindung wurden diese Fragen anschließend den verantwortlichen wissenschaftlichen Kooperationspartnern am UKSH Campus Lübeck aus der Sektion Forschung und Lehre in der Pflege des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie, dem Bereich Forschung in der Physiotherapie der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie und dem Institut für Allgemeinmedizin vorgelegt. Vor dem Hintergrund der vorher durch die interprofessionellen Kooperationspartner festgelegten Schwerpunkte, wurde der Fragebogen angepasst, weiterentwickelt und erneut zur Beurteilung an die Kooperationspartner gegeben.

Anschließend wurde der Fragebogen mit 35 Studierenden der Universität zu Lübeck im Alter von 18 bis 35 Jahren pilotiert. Die Studierenden gehörten den Studiengängen Psychologie, Humanmedizin, Informatik, Mathematik in Medizin und Lebenswissenschaften sowie Medical Life Sciences an. Sie wurden gebeten den Fragebogen unter Anwendung der Think-Aloud-Technik, einer Methode der empirischen Sozialforschung, auszufüllen. Teilnehmende der Pilotierung waren angehalten, beim Ausfüllen einer Vorversion des Fragebogens ihre Gedanken laut zu äußern (Reegen, 2020). Diese Gedanken, Anmerkungen und Beobachtungen wurden protokolliert und ausgewertet. Anschließend wurden diese Informationen verwendet, um den Fragebogen in Inhalt und Gestaltung zu optimieren.

Durch die Studierenden wurde rückgemeldet, dass der Fragebogen zu lang und einige Fragen nicht eindeutig seien. Darüber hinaus fehlte der Mehrheit der Teilnehmenden der Pilotierungsgruppe eine Definition zu komplementärmedizinischen Verfahren, um einen Teil der Fragen adäquat beantworten zu können. Daher wurde der Fragebogen von 27 auf 24 Items gekürzt. Die Frage nach bekannten KM-Verfahren wurde präzisiert zu KM-Verfahren, die beschrieben werden können. Darüber hinaus wurden Erklärungen zu speziellen KM-Verfahren hinzugefügt und die Antwortoptionen für vor dem Studium absolvierte Ausbildungen ergänzt.

Die überarbeitete Version des Fragebogens wurde erneut den interprofessionell zusammengesetzten Kooperationspartner*innen vorgelegt. Aufgrund des Feedbacks wurden die Skalenniveaus bei einigen Fragen angepasst, um präzisere Abstufungen zu ermöglichen.

Die zweite Pilotierungsgruppe der Studierenden umfasste 20 Teilnehmende aus verschiedenen Semestern der Studiengänge Humanmedizin, Pflege, Psychologie, Medizinische Informatik und Mathematik in Medizin und Lebenswissenschaften. Der größte Anteil waren Studierende der Humanmedizin ($n=10$). Die Rekrutierung erfolgte aus dem Bekanntenkreis der Doktorandin direkt an der Universität und während außercurricularer Aktivitäten. Aus dieser zweiten Pilotierungsgruppe der Studierenden gab es bei der überarbeiteten Version des Fragebogens keine Anmerkungen oder Beanstandungen. Die Erläuterungen zu den verschiedenen komplementärmedizinischen Verfahren wurden als verständlich wahrgenommen, ebenso die gestellten Fragen. Der Fragebogen wurde von den Studierenden im Allgemeinen als umfangreich, jedoch noch nicht zu lang empfunden.

Nach Anpassung der Skalenniveaus wurde der Fragebogen ein letztes Mal den wissenschaftlichen Kooperationspartner*innen zur Beurteilung vorgelegt.

Auf das Aushändigen eines schriftlichen Aufklärungsblattes wurde bei den Studierenden verzichtet, da sie vor Bearbeitung des Fragebogens mündlich aufgeklärt wurden und die Möglichkeit hatten, aufkommende Fragen direkt zu stellen.

2.2.2 Rekrutierung

2.2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Zielgruppe für die Befragung waren Studierende der Universität zu Lübeck, die zum Zeitpunkt der Befragung in den Studiengängen Humanmedizin, Pflege oder Physiotherapie immatrikuliert waren.

Ausgeschlossen wurden Studierende, die das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten, nicht oder nicht mehr an der Universität zu Lübeck immatrikuliert waren oder nicht über ausreichende Deutschkenntnisse für das Ausfüllen des Fragebogens verfügten.

2.2.2.2 Stichprobenumfang

Studiengang Humanmedizin

Zum Zeitpunkt der Befragung im Januar und Februar 2018 waren an der Universität zu Lübeck ca. 1.500 Humanmedizinistudierende eingeschrieben, die sich auf sechs Jahrgänge aufteilten. Studierende der ersten fünf Studienjahre wurden in gut besuchten Lehrveranstaltungen erreicht. Humanmedizinistudierenden aus dem sechsten Studienjahr wurden aufgrund der erhöhten Mobilität im praktischen Jahr nicht befragt, da es in diesem Studienabschnitt keine regulären Lehrveranstaltungen gibt. Das Ziel war ein Rücklauf von 30 % (ca. n = 400).

Studiengang Pflege

Der duale Bachelorstudiengang Pflege besteht an der Universität zu Lübeck seit dem Wintersemester 2014/ 2015. Zum Zeitpunkt der Befragung im Wintersemester 2017/ 2018 gab es vier Jahrgänge mit initial je 40 eingeschriebenen Studierenden. Es war das Ziel, alle aktiven Studierenden zu befragen.

Studiengang Physiotherapie

Seit dem Wintersemester 2016/ 2017 besteht der Bachelorstudiengang Physiotherapie, sodass für diese Studie im Wintersemester 2017/ 2018 zwei Jahrgänge befragt werden konnten. Die Anzahl der insgesamt in diesem Studiengang eingeschriebenen Studierenden lag bei 80. Von ihnen sollten alle im Rahmen der Studie befragt werden.

2.2.2.3 Befragung

Die Befragung der studentischen Studienteilnehmer*innen erfolgte im Wintersemester 2017/ 2018 in geeigneten, das heißt möglichst gut besuchten Lehrveranstaltungen. Die Studierenden

wurden durch die Doktorandin oder betreuende wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin des UKSH Campus Lübeck persönlich angesprochen und aufgeklärt.

Die Lehrveranstaltungen wurden durch die einzelnen Kooperationspartner*innen des Projekts am UKSH Campus Lübeck (Sektion Forschung und Lehre in der Pflege des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie, Bereich Forschung Physiotherapie der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Institut für Allgemeinmedizin) ausgewählt. Dabei handelte es sich um Pflichtveranstaltungen oder Veranstaltungen, die bekanntermaßen sehr gut besucht waren. Dies ermöglichte eine umfangreiche Erhebung unter den Studierenden verschiedener Semester. Die Dozierenden der jeweiligen Lehrveranstaltungen wurden im Vorfeld persönlich oder per E-Mail um Zustimmung gebeten, die Befragung der Studierenden in den abschließenden 5 bis 10 Minuten der Lehreinheit durchzuführen. Nach Zustimmung erfolgte der Besuch der Lehrveranstaltungen durch die Doktorandin. Kurz vor Ende der Lehreinheit wurde die Studie vorgestellt. Die Studierenden wurden eingehend aufgeklärt und mit Hinweis auf eine freiwillige Teilnahme eingeladen, den papierbasierten Fragebogen auszufüllen und direkt im Anschluss wieder abzugeben.

Die folgende Tabelle stellt pro Studiengang dar, welche Lehrveranstaltungen zu welchem Zeitpunkt besucht wurden, sowie die Anzahl der zur Teilnahme eingeladenen Studierenden.

Tabelle 2.1 Lehrveranstaltungen, die besucht wurden, um Studierende zu rekrutieren und zu befragen

Humanmedizin				
FS	Veranstaltung	Datum	Uhrzeit	n_{eingeladen}
1.	Präparierkurs Donnerstag	01.02.18	13:00	100
1.	Präparierkurs Mittwoch	31.01.18	13:00	80
3.	Biochemievorlesung	30.01.18	13:00	104
5.	Mikrobiologievorlesung	24.01.18	11:45	85
7.	Klinisch-pathologische Konferenz	01.02.18	17:30	114
9.	Allgemeinmedizin Klausur	06.02.18	13:30	44
9.	Seminar Allgemeinmedizin	23.01.18	13:30	16
9.	Seminar Allgemeinmedizin	16.01.18	13:30	10
9.	Seminar Allgemeinmedizin	16.01.18	13:30	9
9.	Seminar Allgemeinmedizin	16.01.18	13:30	18
Eingeladene Humanmedizin gesamt				580
Pflege				
1.	Kernelemente professionellen pflegerischen Handelns	05.02.18	10:00	30
3.	Forschungsmethoden I	18.01.18	15:00	23
5.	Journal Club	25.01.18	11:30	25
7.	Forschungsmethoden II	14.02.18	10:00	17
Eingeladene Pflege gesamt				95
Physiotherapie				
1. Kohorte A/B	Theorie und Praxis von physiotherapeutischen Verfahren 1	18.01.18	13:45	20
1. Kohorte C/D	Theorie und Praxis von physiotherapeutischen Verfahren 1	19.01.18	13:45	19
3. Gruppe 1	Theorie und Praxis von physiotherapeutischen Verfahren 3	15.01.18	10:00	15
3. Gruppe 2	Theorie und Praxis von physiotherapeutischen Verfahren 3	15.01.18	13:00	9
Eingeladene Physiotherapie gesamt				63
Eingeladene gesamt				738

2.3 Patient*innen

2.3.1 Fragebogenentwicklung

Angelehnt an den Studierendenfragebogen, wurde im Anschluss der Fragebogen für die Patient*innen entwickelt. Eine Version des schriftlichen Aufklärungsblattes und des Fragebogens finden sich im Anhang. Die Fragen eins bis drei aus dem Studierendenfragebogen wurden für den Patient*innen Fragebogen als Fragen zwei, drei und sechs übernommen, um einen Einblick in die Bekanntheit und Nutzungshäufigkeit von KM unter Patient*innen zu erhalten und diese später miteinander vergleichen zu können. Die Frage nach dem Interesse an KM sowie nach der generellen Einstellung zu KM, im Studierendenfragebogen sind dies Fragen sechs und acht, wurden als Fragen eins und neun ebenfalls in den Patient*innenfragebogen aufgenommen.

Darüber hinaus wurden Fragen entwickelt, deren Antworten die Relevanz von KM für einzelne Professionen aus Patient*innensicht wiedergeben (Fragen vier, fünf, sieben und acht). Die Ergebnisse gaben einen Hinweis darauf in welcher Tiefe und mit welcher Bedeutung KM-Inhalte in den einzelnen Professionen gelehrt werden sollten.

Frage vier bestand aus drei Teilfragen, die Aufschluss darüber gaben, zu welcher Berufsgruppe die Behandler*innen gehörten, die bei den Patient*innen KM anwendeten. Es wurden die Berufsgruppen der befragten Studierenden aus Humanmedizin, Pflege und Physiotherapie aufgenommen. Zusätzlich konnten auch Heilpraktiker*innen ausgewählt werden. Der zweite Teil erfragte, wie Patient*innen über das angewendete Verfahren informiert wurden. Als Auswahlmöglichkeiten wurden das direkte Beratungsgespräch, Broschüren/ Flyer und der Verweis auf Internetseiten angeboten. Die Zufriedenheit mit der Beratung durch Behandler*innen wurde im dritten Teil der Frage erhoben. Die Auswahlmöglichkeiten der Professionen waren analog zum ersten Teil dieser Frage.

Für eine ganzheitliche Behandlung der Patient*innen ist es wichtig, dass die verschiedenen Behandlungen aufeinander abgestimmt sind. Daher wurden die Patient*innen aufgefordert, anzugeben, ob sie ihre Hausärzt*innen über die KM-Behandlung informierten (Frage fünf).

Anschließend (Fragen sieben und acht) gaben die Patient*innen an, welche Professionen am ehesten theoretische Kenntnisse und welche Anwendungskompetenzen in KM haben sollten. Die wählbaren Professionen waren analog zu denen in Frage vier.

Fragen zehn bis 13 bezogen sich auf soziodemographische Angaben der Patient*innen. Anschließend hatten sie die Möglichkeit für weitere Freitextanmerkungen.

Auch der Patientenfragebogen wurde pilotiert. Die Pilotierungsgruppe bestand aus 15 Mitarbeitenden des Instituts für Allgemeinmedizin des UKSH Campus Lübeck sowie

Angehörigen und Bekannten der Doktorandin, die nicht eingeschriebene Studierende der Universität zu Lübeck waren. Durch Think-Aloud Technik zeigten sich Mängel in der Formulierung bei den Fragen nach der Art der derzeitigen Beschäftigung, dem höchsten erreichten schulischen oder akademischen Abschluss und der Art der Krankenversicherung. Die Frage nach der Krankenversicherung wurde auf zwei Optionen, gesetzlich oder privat/Beihilfe, vereinfacht. Bei der Frage nach der Art der derzeitigen Beschäftigung entschied man sich lediglich zu erheben, ob die Patient*innen derzeit erwerbstätig waren oder nicht. Die Frage nach dem höchsten erreichten schulischen oder akademischen Abschluss wurde nicht in den endgültigen Fragebogen aufgenommen.

2.3.2 Rekrutierung

2.3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Studienteilnehmende für die Befragung waren Patient*innen der onkologischen Ambulanzen des UKSH Campus Lübeck sowie mit dem Institut für Allgemeinmedizin des UKSH Campus Lübeck assoziierte hausärztliche Praxen. Die Patient*innen befanden sich nicht in akut lebensbedrohlichem oder kritischem Zustand. Darüber hinaus durfte die medizinische Versorgung der teilnehmenden Patient*innen nicht durch das Ausfüllen des Fragebogens behindert oder verzögert werden.

Ausgeschlossen wurden Patient*innen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten oder nicht über ausreichende Sprachkenntnisse verfügten, um den Fragebogen auszufüllen.

2.3.2.2 Befragung

Anfänglich erfolgte die Rekrutierung über Ambulanzen des UKSH Campus Lübeck. Es nahmen die Ambulanzen für Hämatologie und Onkologie, für pulmonologische Onkologie und die Chemoambulanz der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe teil. Hier wurden zunächst die Mitarbeitenden durch eine wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin über die Studie informiert und aufgeklärt. Die Mitarbeitenden wurden gebeten, Patient*innen aktiv auf den Fragebogen hinzuweisen. Sie sollten den Patient*innen den Fragebogen mit Hinweis auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und einer schriftlichen Erklärung zur Studie aushändigen und gegebenenfalls für weitere Fragen zur Verfügung stehen. Der Rücklauf in den Ambulanzen zeigte sich in den zwei Monaten der Erhebung als

sehr gering. Aufgrund dessen wurde die Befragung der Patient*innen im Verlauf auf drei mit dem Institut für Allgemeinmedizin des UKSH Campus Lübeck assoziierte Praxen ausgeweitet. Die erste Praxis (1) hatte keine besondere Spezialisierung. Praxis 2 bot zusätzlich Homöopathie, Betriebsmedizin sowie verschiedene Therapieverfahren zur Behandlung orthopädischer Beschwerden. KM- und naturheilkundliche Verfahren wie Neuraltherapie, traditionelle chinesische Medizin, Akupunktur, chinesische Phytotherapie und westliche Naturheilverfahren wurden in Praxis 3 zusätzlich zur allgemeinmedizinischen Behandlung geboten. In jeder teilnehmenden Praxis wurde eine medizinische Fachangestellte ausgewählt, die dort als Verantwortliche für die Befragung eine Einweisung in die Studie erhielt. Ihre Aufgabe war es, Patient*innen zur Studienteilnahme einzuladen, über die Studie aufzuklären und für Fragen zur Verfügung zu stehen. Eine Überprüfung des Prozederes nach initialer Einweisung fand nicht statt. Es bestand die Möglichkeit, jederzeit per E-Mail oder Telefon Kontakt mit der Doktorandin aufzunehmen und gegebenenfalls weiteres Studienmaterial nachzufordern oder Fragen zu stellen.

In den Ambulanzen und den drei Praxen wurden insgesamt 800 Fragebögen ausgelegt. Diese wurden nach Befragungsschluss persönlich dort abgeholt.

Die folgende Tabelle zeigt, über welchen Zeitraum die Befragungen an den verschiedenen Stellen stattfanden.

*Tabelle 2.2 Ambulanzen und Praxen, die besucht wurden, um Patient*innen zu rekrutieren und zu befragen*

Ort	Dauer der Befragung	n eingeladen
Ambulanzen	25.04. – 21.06.2018	200
Praxis 1	29.06. – 13.07.2018	200
Praxis 2	30.07. – 13.08.2018	200
Praxis 3	10.09. – 27.09.2018	200
Eingeladene Patient*innen		800

2.4 Statistische Analyse

Die Daten der Fragebögen für die Studierenden und die Patient*innen wurden in zwei separaten Datenbanken in IBM SPSS Statistics Version 26 eingepflegt. Dabei wurde jeder Fragebogen fortlaufend mit einer Fragebogen-ID nummeriert. Bei den Fragebögen der Patient*innen wurde darüber hinaus pseudonymisiert angegeben, ob sie aus den Ambulanzen

oder einer der Praxen (Praxis 1,2 oder 3) stammten. Mittels deskriptiver Analysen wurden alle Fragen, ausgenommen der Freitextfragen, der Studierenden und Patient*innen ausgewertet. Darüber hinaus wurde außerdem STATA 15 für statistische Analysen einiger Forschungsfragen genutzt, auf die im Folgenden weiter eingegangen wird. Für eine bessere Übersicht finden sich in der folgenden Tabelle Abkürzungen für KM-Verfahren, die in einigen Tabellen genutzt werden. Die Verfahren Homöopathie, Akupunktur und Aromatherapie werden nicht abgekürzt.

*Tabelle 2.3 Abkürzungslegende von KM-Verfahren, die in den Studierenden- und Patient*innenfragebögen Erwähnung finden*

Verfahren	Abkürzung
Pflanzenheilkunde/ Phytotherapie	Pflanzenheilkunde
Ernährungstherapie/ Diätetik	Diätetik
Heilbehandlungen mit Wasseranwendung/ Hydro-/ Balneotherapie (z.B. Bäder, Wassertreten, Wickel)	Wasseranwendungen
Ausleitende Verfahren (z.B. Schröpfen, Blutegeltherapie)	Ausleitende Verfahren
Manuelle Medizin/ Manuelle Therapie (z.B. Osteopathie, Massagen)	Manuelle Medizin
Entspannungstechniken (z.B. Meditation, Autogenes Training)	Entspannungstechniken
Andere, und zwar:	Andere

2.4.1 Studierende

2.4.1.1 Ordinary Least Squares: Einflussfaktoren auf die Einstellung der Studierenden gegenüber KM

Um die Einflussfaktoren auf die Einstellung der Studierenden gegenüber KM darzustellen, wurde ein lineares Regressionsmodell mit dem Ordinary Least Squares (OLS)/ kleinste Quadrate-Methode Ansatz geschätzt. Diese Analyse dient dazu, Zusammenhänge zwischen Merkmalen darzustellen. Dabei werden eine abhängige/ Zielvariable und mehrere unabhängige/ Einflussvariablen definiert (Ziegler & König, 2016). Voraussetzung für die Anwendbarkeit eines linearen Regressionsmodells ist eine stetige abhängige Variable (Novustat, 2019; Ziegler & König, 2016).

Als Einflussvariablen auf die Zielvariable „Einstellung der Studierenden zu KM“ wurden soziodemographische Faktoren, wie Studiengang, Anzahl der Fachsemester, Alter,

Geschlecht und vorherige Ausbildung, identifiziert. Darüber hinaus galt in dem Modell die Anzahl der Fachsemester für die Studiengänge Pflege und Physiotherapie als Interaktionseffekt.

Die Signifikanzniveaus von 1 %, 5 % oder 10 % werden bei den entsprechenden Werten in den Tabellen gekennzeichnet.

Die Güte des Rechenmodells wird mithilfe des Akaike-Information-Criterion (AIC), log-Likelihood (Loglike) und McFaddens Pseudo R^2 (R^2 / R^2) dargestellt. Beim AIC gilt ein kleiner Wert für eine gute Anpassung des Modells an die Daten. Ein hoher Log-likelihood gibt an, dass die abhängige Variable gut durch das Modell erklärt wird. Je näher der Wert von R^2 an eins ist, statt an null, desto besser ist die Anpassung des Modells.

2.4.1.2 Logit-Modell: Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit der Studierenden mit dem Lehrangebot in KM

Die Zufriedenheit mit dem Lehrangebot in KM ging als binäre Variable (zufrieden/ unzufrieden) in die Berechnung der Einflussfaktoren ein. Da es sich bei der abhängigen Variable um eine kategoriale Variable handelte, bei der es nur begrenzte Merkmalsausprägungen geben konnte, wurde zur Analyse eine logistische Regression (Logit-Modell) durchgeführt.

Analog zur OLS Analyse zur Einstellung der Studierenden gegenüber KM wurden beim Logit-Modell ebenfalls soziodemographische Faktoren als unabhängige Variablen und Einflussfaktoren, auch die Zufriedenheit mit dem Lehrangebot zu KM, definiert. Darüber hinaus wurde untersucht, ob die Einstellung zu KM, die Anzahl beschreibbarer KM Verfahren, die subjektiv empfundene Wichtigkeit theoretischer Kenntnisse sowie praktische Fertigkeit in KM für die eigene Profession und die Zustimmung zu einer Interprofessionalisierung der Lehrveranstaltung Einfluss auf die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit dem Lehrangebot haben.

2.4.1.3 Freitextauswertung: Beschwerden, wegen derer Studierende KM Verfahren nutzen

Die Frage nach den Beschwerden, für die die Studierenden KM nutzen, konnte im Fragebogen mittels Freitextes beantwortet werden.

Zur Analyse wurden die Antworten zunächst einzeln in die Datenbank eingepflegt und anschließend nach den sechs am häufigsten genannten Beschwerden kategorisiert. Lediglich

ein- oder zweifach genannte Beschwerden wurden unter dem Punkt „sonstige Beschwerden“ zusammengefasst. Die Ergebnisse werden in einer deskriptiven Tabelle dargestellt.

2.4.2 Patient*innen

2.4.2.1 Ordinary Least Squares, Two-Stage-Least-Squares: Einflussfaktoren auf das Interesse an und die Einstellung zu KM

Das Interesse und die Einstellung wurden mittels nominalskalierten Fragen erhoben. Die Einflussfaktoren auf das Interesse und die Einstellung der Patient*innen gegenüber KM wurden mit einer linearen Regressionsanalyse mit OLS ermittelt. Eine genauere Beschreibung der OLS-Analyse findet sich in Kapitel 2.4.1.1.

Als mögliche Einflussfaktoren wurden Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit, Art der Krankenversicherung sowie der Ort der Befragung herangezogen. Da bei der Variablen „Hausarzt führt KM selbst durch“ nicht auszuschließen war, dass diese von dem Interesse und der Einstellung der Patient*innen zu KM beeinflusst wurden (umgekehrtes Kausalitätsprinzip), wurde die Analyse um die Anwendung eines Two-Stage-Least-Squares (2SLS) Verfahren erweitert. In diesem zwei-stufigen Verfahren wurde in der ersten Stufe die Variable „Hausarzt führt KM selbst durch“ auf die anderen erklärenden Variablen, sowie drei Dummy-Variablen, die die jeweiligen Praxen identifizieren, regressiert. Auf Basis dieser Regression wurden dann Werte für die Variable „Hausärzt*innen führen KM selbst durch“ prognostiziert und als erklärende Variable in der zweiten Stufe in der ursprünglichen Regression berücksichtigt.

2.4.2.2 Logit-/ Probit-Verfahren, 2SLS: Einflussfaktoren auf die Nutzung von KM

Als Einflussfaktoren auf die Nutzung von KM wurden Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Art der Krankenversicherung, sowie Interesse an und Einstellung zu KM bestimmt. Da die Nutzung eine binäre abhängige Variable ist, wurde für die Analyse ein Logit-/ Probit-Verfahren zur Berechnung der Stärke der Einflussfaktoren herangezogen.

Darüber hinaus wurde die Analyse um ein 2SLS-Verfahren (siehe Kapitel 2.4.2.1) erweitert, um bei dem Interesse an und der Einstellung zu KM eine umgekehrte Kausalität auszuschließen.

2.4.2.3 Freitextauswertung: Beschwerden, wegen derer Patient*innen KM Verfahren nutzen

Die Patient*innen wurden genauso wie die Studierenden befragt, für welche Beschwerden sie KM Verfahren nutzten. Die Antwort konnte mittels Freitext gegeben werden und wurde einzeln in die Datenbank eingetragen. Die aus der Studierendenbefragung abgeleiteten Kategorien wurden übernommen. Die Ergebnisse wurden in einer deskriptiven Tabelle dargestellt.

3 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden Die Ergebnisse der Studierendenbefragung dargestellt. Im Anschluss folgen die Ergebnisse der Patient*innenbefragung. Fehlende Werte unter zehn Prozent werden im folgenden Ergebnisteil nicht gesondert angegeben.

3.1 Studierende

3.1.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Beschreibung der Stichprobe stellt die Daten zum Rücklauf der Studierendenbefragung dar. Dabei werden die Ergebnisse der Gesamtgruppe der Studierenden und darüber hinaus die Studiengänge Humanmedizin, Pflege und Physiotherapie separat betrachtet.

3.1.1.1 Rücklauf

Die Erhebung der Daten der Gruppe der Studierenden erfolgte in verschiedenen Lehrveranstaltungen. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle dargestellt. Insgesamt betrug der Rücklauf 92,1 % ($n_{\text{Studierende}} = 680$). Der größte Anteil der Fragebögen (77,1 %, $n_{\text{Humanmedizin}} = 524$) wurde von Medizinstudierenden ausgefüllt. Der höchste Rücklauf wurde mit 98,4 % ($n_{\text{Pflege}} = 94$) bei den Pflegestudierenden erzielt.

Tabelle 3.1 Rücklauf der Studierendenfragebögen nach Studiengang und Anteil an allen Studierendenfragebögen

Studiengang ($n_{\text{eingeladen}}$)	Rücklauf in % (n)	Anteil an allen Studierendenfragebögen in %
Humanmedizin (580)	90,3 (524)	77,1
Pflege (95)	98,9 (94)	13,8
Physiotherapie (63)	98,4 (62)	9,1
Gesamt (738)	92,1 (680)	100,0

3.1.1.2 Soziodemographie der Gesamtgruppe der Studierenden

Der Besuch der verschiedenen Lehrveranstaltungen ergab einen Fragebogenrücklauf von 698. Von diesen befragten Studierenden gaben 18 Teilnehmende keinen Studiengang an oder waren in anderen Studiengängen als Humanmedizin, Pflege oder Physiotherapie

eingeschrieben. Sie werden in den Ergebnissen in der Darstellung der Ergebnisse nicht berücksichtigt.

Unter den Studierenden waren 68,5 % (n= 478) weiblich und 28,4 % männlich (n= 198). Das Durchschnittsalter aller Befragten lag bei 24 Jahren, wobei die Altersspanne 18 bis 41 Jahre betrug.

77,1 % (n= 524) der Befragten waren Studierende der Humanmedizin, 13,8 % (n= 94) Studierende der Pflege und 9,1 % (n= 62) Studierende der Physiotherapie.

Etwa ein Drittel (37,1 %) absolvierte vor dem Studium eine Ausbildung. Am häufigsten wurden die Ausbildungen zu Rettungsassistent*innen (15,9 %, n= 108) und Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (8,5 %, n= 58) genannt.

Die Tabelle zu der Soziodemographie der Studierenden fasst die Merkmale dieser Gesamtstichprobe zusammen.

Tabelle 3.2 Soziodemographische Angaben der Gesamtgruppe der Studierenden

Soziodemografische Angabe			
		MW	Min – Max
Alter in Jahren		24,1	18 - 41
		% (n)	
Geschlecht	• Weiblich	68,5 (478)	
	• Männlich	28,4 (198)	
Studiengang	• Humanmedizin	77,1 (524)	
	• Pflege	13,8 (94)	
	• Physiotherapie	9,1 (62)	
	• Andere	0,2 (2)	
Ausbildung vor dem Studium	• Ja	37,1 (252)	
	• Nein	61,9 (421)	
Art der Ausbildung vor dem Studium	• Rettungsassistent*innen	15,9 (108)	
	• Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	8,5 (58)	
	• Andere	8,2 (56)	

3.1.1.3 Soziodemographie: Studiengang Humanmedizin

Es nahmen 524 Humanmedizinistudierende an der Befragung teil. Das Durchschnittsalter betrug 24 Jahre und 67,2 % (n= 352) der Befragten waren weiblich.

Da die Befragung im Wintersemester 2017/ 2018 stattfand, wurden fast ausschließlich Studierende der ungeraden Semester befragt. Mit 28,8 % (n= 151) war das erste Semester am stärksten repräsentiert, gefolgt vom dritten Semester mit 18,3 % (n= 96) und dem siebten Semester mit 13,5 % (n= 71).

Von den 42,7 % (n= 224) der Humanmedizinistudierenden, die vor ihrem Studium eine Ausbildung absolviert haben, hatten 19,8 % (n= 104) eine Ausbildung im Rettungsdienst und 10,5 % (n= 55) eine Ausbildung in der Pflege abgeschlossen. Unter den sonstigen abgeschlossenen Berufsausbildungen fanden sich unter anderem Medizinisch-technische Laboratoriumsassistent*innen und Biologisch-technische Assistent*innen. Die folgende Tabelle zeigt die Merkmale der Humanmedizinistudierenden.

Tabelle 3.3 Soziodemographische Angaben der Gruppe der Humanmedizinistudierenden

Soziodemografische Angabe			
		MW	Min - Max
Alter in Jahren		24,4	18 - 41
		% (n)	
Geschlecht	• Weiblich	67,2 (352)	
	• Männlich	31,5 (165)	
Semester	• 1. Semester	28,8 (151)	
	• 3. Semester	18,3 (96)	
	• 5. Semester	12,6 (66)	
	• 7. Semester	13,5 (71)	
	• 9. Semester	11,1 (58)	
	• 11. Semester	4,0 (21)	
Ausbildung vor dem Studium	• Ja	42,7 (224)	
	• Nein	56,5 (296)	
Art der Ausbildung vor dem Studium	• Rettungsassistent*innen	19,8 (104)	
	• Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	10,5 (55)	
	• Andere	14,6 (76)	

3.1.1.4 Soziodemographie: Studiengang Pflege

Vom Bachelorstudiengang Pflege wurden 94 Studierende befragt. Von ihnen waren 83,0 % (n= 78) weiblich, 17,0 % (n= 16) männlich mit einem Altersdurchschnitt von 23 Jahren.

Befragt wurden Studierende vom ersten bis einschließlich des siebten Semesters, wobei das erste Semester mit 29,8 % (n= 28) am stärksten vertreten war.

12,8 % (n= 12) der Befragten absolvierten vor ihrem Studium eine Ausbildung. Der Anteil anderer Ausbildungen überstieg mit 9,8 % (n= 9) bei den Pflegestudierenden den Anteil an Ausbildungen zu Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (2,1 %, n= 2) und Rettungsassistent*innen (1,1 %, n= 1). Mit jeweils 1,1 % (n= 1) beinhalteten die anderen Ausbildungen Studiengänge in Rechtswissenschaften, Biologie (einmal Bachelor, einmal ohne Nennung des Abschlusses), Betriebswirtschaftslehre, Wirtschaftsmathematik sowie Ausbildungen zu Segellehrer*innen, Bank- und Industriekaufmänner/-frauen.

Die Tabelle stellt die erwähnten Merkmale dar.

Tabelle 3.4 Soziodemographische Angaben der Gruppe der Pflegestudierenden

Soziodemografische Angabe			
		MW	Min – Max
Alter in Jahren		23,2	21 - 33
		% (n)	
Geschlecht	• Weiblich	83,0 (78)	
	• Männlich	17,0 (16)	
Semester	• 1. Semester	29,8 (28)	
	• 3. Semester	24,5 (23)	
	• 5. Semester	26,6 (25)	
	• 7. Semester	18,1 (17)	
Ausbildung vor dem Studium	• Ja	12,8 (12)	
	• Nein	85,1 (80)	
Art der Ausbildung vor dem Studium	• Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	2,1 (2)	
	• Rettungsassistent*innen	1,1 (1)	
	• Andere	9,8 (9)	

3.1.1.5 Soziodemographie: Studiengang Physiotherapie

Insgesamt wurden 62 Studierende der Physiotherapie in verschiedenen Lehrveranstaltungen befragt. Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 23 Jahre. Von ihnen waren 77,4 % (n= 48) weiblich.

Der Studiengang wurde im Wintersemester 2016/ 2017 an der Universität zu Lübeck eingeführt, so dass zum Zeitpunkt der Befragung zwei Kohorten den Studiengang begonnen hatten. Somit konnten nur Studierende des ersten (62,9 %, n= 39) und dritten (37,1 %, n= 23) Semesters befragt werden. Von den Befragten absolvierten 25,8 % vor Beginn ihres Studiums eine Ausbildung. In der folgenden Tabelle werden die Merkmale aufgeführt.

Tabelle 3.5 Soziodemographische Angaben der Gruppe der Physiotherapiestudierenden

Soziodemografische Angabe			
		MW	Min - Max
Alter in Jahren		23	21 - 40
		% (n)	
Geschlecht	• Weiblich	77,4 (48)	
	• Männlich	21,0 (13)	
Semester	• 1. Semester	62,9 (39)	
	• 3. Semester	37,1 (23)	
Ausbildung vor dem Studium	• Ja	25,8 (16)	
	• Nein	72,6 (45)	
Art der Ausbildung vor dem Studium	• Rettungsassistent*innen	4,8 (3)	
	• Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	1,6 (1)	
	• Medizinische Fachangestellte	1,6 (1)	
	• Medizinisch-technische Radiologie-assistent*innen	1,6 (1)	
	• Operationstechnische Assistent*innen	1,6 (1)	
	• Andere	14,5 (9)	

3.1.2 Bekanntheit, Nutzung, Einstellung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Gesamtstichprobe der Studierenden Frage für Frage dargestellt und einzelne Ergebnisse hervorgehoben.

3.1.2.1 KM-Verfahren, die den Studierenden bekannt sind

Die Tabelle bietet einen Überblick darüber, welche KM-Verfahren den Studierenden bekannt sind.

Mit 15,2 % (n= 530) ist Akupunktur das Verfahren, das von den meisten Studierenden in der Selbsteinschätzung beschrieben werden konnte, gefolgt von Entspannungstechniken (z. B. Meditation, Autogenes Training) mit 14,7 % (n= 511). Am seltensten konnten Aromatherapie (6,1 %, n= 211) sowie ausleitende Verfahren (z. B. Schröpfen, Blutegeltherapie, 5,4 %, n= 189) von den Studierenden beschrieben werden.

Tabelle 3.6 KM-Verfahren, die den Studierenden bekannt sind

Verfahren	Bekanntheit unter Studierenden in % (n)	Anteil an allen Verfahren in %
Akupunktur	80,9 (530)	15,2
Entspannungstechniken	78,0 (511)	14,7
Diätetik	73,3 (480)	13,8
Manuelle Medizin	72,7 (476)	13,7
Homöopathie	71,5 (468)	13,4
Pflanzenheilkunde	55,7 (365)	10,5
Wasseranwendungen	34,8 (228)	6,5
Aromatherapie	32,2 (211)	6,1
Ausleitende Verfahren	28,9 (189)	5,4
Andere	4,3 (28)	0,8

3.1.2.2 Nutzungshäufigkeit verschiedener KM-Verfahren durch die Studierenden

Die Studierenden wurden gebeten, anzugeben wie häufig sie KM nutzen. Ihnen wurden fünf Antworten vorgegeben. Für eine übersichtlichere Darstellung wurden die Antwortmöglichkeiten „einmal die Woche“ und „einmal in drei Wochen“ zu „mindestens einmal im Monat“ und die Antwortmöglichkeiten „einmal in zwölf Monaten“ und „seltener als einmal in zwölf Monaten“ zu

„bis einmal in zwölf Monaten“ zusammengefasst. Die Antwortmöglichkeit „nie“ wurde nicht nachträglich kategorisiert.

Der Anteil Studienteilnehmer*innen, der angegeben hat, „nie“ spezifische KM-Verfahren zu nutzen, war bei ausleitenden Verfahren (91,3 %, n= 621), Akupunktur (86,5 %, n= 588) und Aromatherapie (85,4 %, n= 581) am höchsten.

Mindestens einmal im Monat nutzen die teilnehmenden Studierenden Entspannungstechniken (23,6 %, n= 161), Manuelle Medizin 18,2 % (n= 124) und Pflanzenheilkunde (15,6 %, n= 115).

Tabelle 3.7 Nutzungshäufigkeit verschiedener KM-Verfahren durch die Studierenden

Verfahren	Nutzungshäufigkeit in % (n)		
	Mind. 1x im Monat	Bis 1x in 12 Monate	Nie
Entspannungstechniken	23,6 (161)	28,7 (195)	44,7 (304)
Manuelle Medizin	18,2 (124)	37,8 (257)	41,2 (280)
Pflanzenheilkunde	15,6 (115)	21,2 (144)	59,7 (406)
Diätetik	15,0 (102)	20,3 (138)	60,9 (414)
Homöopathie	11,1 (75)	24,6 (167)	62,6 (425)
Wasseranwendungen	3,6 (25)	16,3 (111)	75,4 (513)
Aromatherapie	3,1 (21)	6,6 (46)	85,4 (581)
Akupunktur	0,9 (6)	8,3 (56)	86,5 (588)
Ausleitende Verfahren	0,1 (1)	3,6 (25)	91,3 (621)
Andere	1,3 (9)	0,7 (5)	31,6 (215)

3.1.2.3 Beschwerden, die die Studierenden mit KM behandeln

Die folgende Tabelle stellt deskriptiv dar, für welche Beschwerden die teilnehmenden Studierenden KM nutzten. Da es sich um eine Freitextfrage handelte, wurden anhand der am häufigsten genannten Einzelantworten Kategorien gebildet, um die Ergebnisse übersichtlicher darstellen zu können. Die Kategorie „Beschwerden des Bewegungsapparates“ beinhaltet Rückenschmerzen, Verspannungen und andere orthopädische Beschwerden. Stress, Schlafstörungen und andere psychische Beschwerden wurden in der Kategorie „psychisches Wohlbefinden“ zusammengefasst.

Die drei Anlässe für die, die teilnehmenden Studierenden am ehesten KM gebrauchten waren Beschwerden des Bewegungsapparates (41,1 %, n= 287), psychisches Wohlbefinden (20,6 %, n= 144) und Infekte der oberen Atemwege (18,2 %, n= 127).

Die Kategorie „sonstige Beschwerden“ (13,6 %, n= 95) beinhaltet verschiedene Beschwerden, die in den Freitextantworten vereinzelt genannt wurden. Zu diesen gehören zum Beispiel die Behandlung von Borreliose, metastasiertem Brustkrebs, Hepatitis oder Herpes.

Tabelle 3.8 Beschwerden, die die Studierenden mit KM behandeln

Beschwerde	% (n)
Beschwerden des Bewegungsapparates	41,1 (287)
Psychisches Wohlbefinden	20,6 (144)
Infekte der oberen Atemwege	18,2 (127)
Sonstige Beschwerden	13,6 (95)
Magen-Darm-Beschwerden	10,6 (74)
Kopfschmerzen	9,3 (65)
Allergien	2,4 (17)

3.1.3 KM im Beruf

3.1.3.1 Einstellung der Studierenden zu KM

Von einem Minimum von -5 (sehr negativ), über 0 (neutral) bis zu einem Maximum von 5 (sehr positiv), gaben die Studierenden ihre Einstellung gegenüber KM an. Der Mittelwert lag im positiven Bereich bei 1,5 Punkten mit einer Standardabweichung von 2,2 Punkten.

3.1.3.2 Gründe der Studierenden für das Interesse an KM

In der folgenden Tabelle sind die Beweggründe für das Interesse an KM analog zum papierbasierten Fragebogen aufgelistet.

Von allen vorgegebenen Beweggründen für das Interesse an KM wurden die Überzeugung, dass konventionelle Medizin nicht für die ganzheitliche Betrachtung des Menschen ausreiche (18,2 %, n= 402) sowie der Wunsch, Patient*innen zu KM beraten zu können (17,8 %, n= 393) am häufigsten genannt. Positive Erfahrungen im Umfeld (15,4 %, n= 340) und eigene positive Erfahrungen (13,8 %, n= 303) wurden als weitere Einflussfaktoren für das Interesse an KM angegeben.

Tabelle 3.9 Gründe der Studierenden für das Interesse an KM

Grund für das Interesse	Ja % (n)
Konventionelle Medizin ist nicht ausreichend für die ganzheitliche Betrachtung des Menschen	18,2 (402)
Wunsch, Patient*innen zu Komplementärmedizin beraten zu können	17,8 (393)
Positive Erfahrung im Umfeld	15,4 (340)
Positive, eigene Erfahrungen	13,8 (303)
Wunsch, Verfahren in der Therapie von Patientinnen und Patienten anzuwenden	12,8 (281)
Wunsch, Verfahren selbst am eigenen Körper anzuwenden	8,4 (186)
Familiäre Prägung	5,5 (121)
Komplementärmedizin als Trend	3,4 (75)
Komplementärmedizinische Verfahren als finanzielle Einnahmequelle	2,8 (62)
Andere	1,8 (40)

3.1.3.3 Relevanz von KM für den späteren Beruf aus Studierendensicht

Mit einem Mittelwert von $6,25 \pm 2,5$ von 10, wobei 10 „absolut wichtig“ entsprach, wurden KM-Verfahren unter den Studierenden als eher wichtig für ihren späteren Beruf eingestuft.

3.1.3.4 KM-Verfahren, von denen die Studierenden erwarten, sie im späteren Beruf zu nutzen

Die Antworten zu dieser Frage waren nominalskaliert und gaben Auskunft darüber, ob die Studierenden sich vorstellen können, spezifische KM-Verfahren in ihrem späteren Beruf zu nutzen. In der folgenden Tabelle werden die Ergebnisse dargestellt.

Anteilig an allen aufgelisteten KM-Verfahren wurden vor allem die Nutzung von Diätetik (16,5 %, n= 592), Manueller Medizin (15,9 %, n= 569) und Entspannungstechniken (15,0 %, n= 535) im späteren Beruf angegeben. Die Nutzung von Ausleitenden Verfahren (4,7 %, n= 167), Aromatherapie (5,7 %, n= 203) und Homöopathie (8,4 %, n= 301) wurde am wenigsten von den Studierenden erwartet.

Tabelle 3.10 KM-Verfahren, von denen die Studierenden erwarten, sie im späteren Beruf zu nutzen

KM-Verfahren	Ja in % (n)	Anteil an allen Verfahren in %
Diätetik	89,6 (592)	16,5
Manuelle Medizin	86,1 (569)	15,9
Entspannungstechniken	80,9 (535)	15,0
Pflanzenheilkunde	63,2 (418)	11,7
Akupunktur	61,6 (407)	11,4
Wasseranwendungen	55,5 (367)	10,3
Homöopathie	45,5 (301)	8,4
Aromatherapie	30,7 (203)	5,7
Ausleitende Verfahren	25,3 (167)	4,7
Andere	2,9 (19)	0,5

3.1.3.5 Von Studierenden empfundene Relevanz theoretischer Kenntnisse von KM für die jeweilige Profession

Die Befragten konnten für diese Frage bei jeder Profession angeben, ob sie die theoretische Kenntnis von KM für wichtig, eher wichtig, eher unwichtig oder unwichtig halten.

Theoretische Kenntnis über KM empfinden die Teilnehmenden für alle Professionen wichtig. Als Besonders wichtig wird diese Kenntnis für die Professionen Physiotherapie (93,7 %, n= 637) und Humanmedizin (86,0 %, n= 558) angesehen.

Die Ergebnisse werden in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 3.11 Von den Studierenden empfundene Relevanz theoretischer Kenntnisse von KM für die jeweilige Profession

Profession	Relevanz in % (n)	
	Wichtig	Unwichtig
Physiotherapie	93,7 (637)	4,5 (31)
Humanmedizin	86,0 (585)	12,6 (86)
Hebammenwissenschaft	82,9 (564)	14,3 (97)
Pflege	80,0 (544)	17,8 (121)
Ergotherapie	73,7 (501)	23,4 (159)
Logopädie	56,3 (383)	40,9 (278)

3.1.3.6 Von Studierenden empfundene Relevanz praktischer Kenntnisse von KM für die jeweilige Profession

Analog zur zuvor gestellten Frage bezüglich der empfundenen Relevanz von theoretischen Kenntnissen über KM wurden die Studierenden gefragt, für wie relevant sie die praktische Anwendung von KM für verschiedenen Professionen halten. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle zusammengetragen.

Die praktische Kenntnis von KM sehen die teilnehmenden Studierenden für alle Professionen als wichtig an. Für Physiotherapie (90,1 %, n= 613) und Hebammenwissenschaft (78,8 %, n= 536) empfanden die Befragten die praktische Kenntnis von KM am relevantesten.

Tabelle 3.12 Von Studierenden empfundene Relevanz praktischer Kenntnisse von KM für die jeweilige Profession

Profession	Relevanz in % (n)	
	Wichtig	Unwichtig
Physiotherapie	90,1 (613)	7,7 (52)
Hebammenwissenschaft	78,8 (536)	18,4 (125)
Humanmedizin	77,2 (525)	21,3 (145)
Pflege	76,2 (518)	21,4 (145)
Ergotherapie	68,9 (469)	28,1 (191)
Logopädie	52,0 (354)	44,7 (304)

3.1.4 KM in der Lehre

3.1.4.1 Zufriedenheit der Studierenden mit dem aktuellen Lehrangebot zu KM

Nahezu die Hälfte der teilnehmenden Studierenden (48,3 %, n= 337) gab an, das aktuelle Lehrangebot zu KM nicht beurteilen zu können. Knapp ein Drittel war mit der Lehre „eher unzufrieden“ (22,5 %, n= 153) bis „sehr unzufrieden“ (7,8 %, n= 53). Von den Befragten gaben 13,8 % (n= 94) an „eher zufrieden“ und 4,4 % (n= 30) „sehr zufrieden“ zu sein.

3.1.4.2 Bedürfnis der Studierenden nach Erweiterung der Lehre zu KM

Eine intensivierte Lehre zu KM in einem Wahlfach bevorzugen 58,8 % (n= 400) der befragten Studierenden. Rund ein Viertel (26,5 %, n= 180) kann sich eine erweiterte Lehre auch als Teil des Pflichtcurriculums vorstellen. Kein weiteres Lehrangebot zu KM wünschen sich 11,9 % (n= 81) der Befragten.

3.1.4.3 Formen von Lehrveranstaltungen in denen die Studierenden Lehre zu KM erfahren haben

Diese Frage ließ Mehrfachantworten zu. Die Tabelle stellt in Prozent den Anteil der einzelnen Antworten an allen möglichen Antworten dar.

Von den Befragten Studierenden konnten 45,1 % (n= 307) nicht beurteilen in welcher Form in ihrem Studiengang Lehre zu KM stattfindet. Die meisten Studierenden erfahren Lehre zu KM durch ein Wahlfach (27,2 %, n= 185) oder Seminar (19,3 %, n= 131).

Tabelle 3.13 Formen von Lehrveranstaltungen in denen die Studierenden Lehre zu KM erfahren haben

Unterrichtsverfahren	Ja % (n)
Kann ich nicht beurteilen	45,1 (307)
Wahlfach	27,2 (185)
Seminar	19,3 (131)
Es findet keine Lehre statt	15,3 (104)
Vorlesung	10,0 (68)
Praktikum	5,7 (39)

3.1.4.4 Von den Studierenden gewünschte Verbesserungen des bestehenden Lehrangebotes zu KM

Die von den Studierenden gewünschten Verbesserungen für das Lehrangebot zu KM stellt die nächste Tabelle dar. Rund je ein Drittel von ihnen wünscht sich eine Erweiterung der KM-Lehre durch ein Wahlfach (34,3 %, n= 233) oder kann den Sachverhalt nicht beurteilen (33,1 %, n= 225). Eine Ergänzung der Lehre durch Seminare können sich knapp 30 % der teilnehmenden Studierenden (29,4 %, n= 200) vorstellen.

Tabelle 3.14 Von den Studierenden gewünschte Verbesserungen des bestehenden Lehrangebots zu KM

Gewünschte Lehrveranstaltung	Ja % (n)
Wahlfach	34,3 (233)
Kann ich nicht beurteilen	33,1 (225)
Seminar	29,4 (200)
Vorlesung	20,1 (137)
Praktikum	19,0 (129)
Gar nicht	5,0 (34)
Anders	1,0 (7)

3.1.4.5 Einstellung der Studierenden gegenüber einer Interprofessionalisierung des (verpflichtenden) Lehrangebots zu KM

Einstellung zum generellen Lehrangebot zu KM

Der überwiegende Anteil der Studierenden (85,4 %, n= 581) würde eine interprofessionelle Vermittlung von KM begrüßen. Dies bezieht sich auf eine Lehrveranstaltung mit Studierenden der Humanmedizin, Pflege, Physiotherapie sowie weiterer gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge. Dem entgegen stehen 12,8 %, (n= 87), die einer interprofessionellen Ausrichtung der Lehre nicht offen gegenüberstehen. Die folgende Tabelle gibt einen aufgeschlüsselten Überblick über die prozentualen Anteile.

Tabelle 3.15 Einstellung der Studierenden gegenüber einer Interprofessionalisierung des Lehrangebots zu KM

Eine Interprofessionalisierung würde ich...	% (n)
... begrüßen	34,1 (232)
... eher begrüßen	30,3 (206)
... voll und ganz begrüßen	21,0 (143)
... eher nicht begrüßen	8,1 (55)
... nicht begrüßen	3,2 (22)
... gar nicht begrüßen	1,5 (10)

Einstellung der Studierenden gegenüber einer Interprofessionalisierung des Lehrangebots verpflichtender KM-Inhalte

Vor die Entscheidung gestellt, ob sie eine interprofessionelle oder lieber eine uniprofessionelle Lehrveranstaltung zu KM besuchen würden, sprachen sich 59,4 % (n= 404) der Befragten für

eine interprofessionelle Lehrveranstaltung aus. Von den teilnehmenden Studierenden hatten 15,7 % (n= 107) keine Präferenz. Eine uniprofessionelle Veranstaltung bevorzugten 13,1 % (n= 89). Weitere 9,4 % (n= 64) konnten die Frage nicht beurteilen.

Zustimmung der Studierenden zur Aussage: „Teamarbeit verbessert die Qualität der Patientenversorgung“

Der Aussage „Teamarbeit verbessert die Qualität der Patientenversorgung“ stimmte der überwiegende Teil der befragten Studierenden zu. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 3.16 Zustimmung der Studierenden zur Aussage: Teamarbeit verbessert die Qualität der Patientenversorgung

Zustimmung	% (n)
stimme voll und ganz zu	83,2 (566)
stimme eher zu	13,5 (92)
kann ich nicht beurteilen	0,7 (5)
stimme eher nicht zu	0,6 (4)
stimme gar nicht zu	0,1 (1)

3.1.5 Einflussfaktoren auf die Einstellung zu KM und die Zufriedenheit mit dem Lehrangebot

Die verschiedenen Faktoren, die die Einstellung zu KM und die Zufriedenheit mit den Lehrangebot beeinflussen könnten, werden in der nächsten Tabelle dargestellt.

Die Einstellung der Studierenden zu KM verhält sich gegensätzlich zu der Zufriedenheit mit dem Lehrangebot. Je positiver die Einstellung zu KM, desto unzufriedener sind die Studierenden mit der angebotenen Lehre.

Tabelle 3.17 Einflussfaktoren auf die Einstellung der Studierenden zu KM und ihre Zufriedenheit mit dem Lehrangebot

Variable	Einstellung zu KM		Zufriedenheit mit dem Lehrangebot zu KM	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Konstante	-0.7	-0.7	-1.4	-1.4
Einstellung zu Komplementärmedizin			-0.3***	-0.3***
Anzahl beschreibbarer Verfahren			-0.0	-0.0
Wichtigkeit von theoretischen Kenntnissen in der eigenen Profession			0.5**	0.5**
Wichtigkeit von praktischen Fertigkeiten in der eigenen Profession			-0.3	-0.3
Zustimmung zu interprofessioneller Veranstaltung			-0.4***	-0.4***
<i>Studium und Soziodemographie</i>				
Studiengang Pflege	0.5**	-0.3	0.2	0.2
Studiengang Physiotherapie	1.3***	1.5***	2.7***	2.6***
Anzahl Fachsemester	-0.1***	-0.1***	0.2***	0.2***
Alter	0.1	0.1	-0.0	-0.0
weibliche Studierende	1.5***	1.5***	-0.2	-0.2
(Referenz: männliche Studierende)				
<i>vorherige Ausbildung</i>				
in Pflege oder Physiotherapie	0.8***	0.7**	0.5	0.5
im Rettungswesen	-0.3	-0.3	0.1	0.1
sonstige Ausbildung	-0.5*	-0.6*	-0.5	-0.5
(Referenz: keine Ausbildung)				

	Einstellung zu KM		Zufriedenheit mit dem Lehrangebot zu KM	
Variable	(1)	(2)	(3)	(4)
<i>Interaktionseffekt</i>				
Anzahl Fachsemester X				
Studiengang Pflege		0.2**		0.0
Studiengang Physiotherapie		-0.1		0.1
Anzahl Beobachtungen	643	643	630	630
LOGLIKE	-1342.0	-1339.6	-247.0	-247.0
R2 (Bestimmtheitsmaß)	0.2	0.2		
AIC	2702.0	2701.0	522.1	526.0
Signifikanz-Niveaus: * 0,1, ** 0,05, *** 0,01				

3.1.5.1 Einstellung der Studierenden zu KM

Für den Einfluss des belegten Studiengangs und soziodemographischer Faktoren auf die Einstellung zu KM wurde die Gruppe der Medizinstudierenden als Referenz genommen. Studierende der Pflege und der Physiotherapie haben mit 0,5 ($p < 0,05$) und 1,3 Punkten ($p < 0,01$) eine signifikant bessere Einstellung zu KM als Medizinstudierende.

Mit steigender Anzahl Fachsemester sinkt die Einstellung der Studierenden zu KM unabhängig des Studiengangs, um 0,1 Punkte ($p < 0,01$). Im Geschlechtervergleich haben weibliche Studierende eine um 1,5 Punkte ($p < 0,01$) signifikant bessere Einstellung zu KM als männliche Studierende. Studierende, die vorher eine Ausbildung in der Pflege oder Physiotherapie absolvierten, haben im Vergleich zu Studierenden ohne vorherige Ausbildung eine um 0,8 Punkte ($p < 0,01$) signifikant bessere Einstellung zu KM. Mit einer vorherigen Ausbildung im Rettungsdienst ist die Einstellung zu KM, im Vergleich zu denen ohne eine solche Vorausbildung, um 0,3 Punkte schlechter. Bei Studierenden, die eine andere Ausbildung vor ihrem Studium absolviert haben, zeigt sich eine um 0,5 Punkte ($p < 0,1$) schlechtere Einstellung zu KM.

3.1.5.2 Zufriedenheit mit dem Lehrangebot

Studierende, die theoretische Fertigkeiten in KM für die eigene Profession für wichtig erachteten, waren mit dem Lehrangebot signifikant zufriedener (0,5 Punkten, $p < 0,05$) als Studierende, die praktische Fertigkeiten als wichtig für ihre Profession ansahen. Bei Ihnen lag der Wert bei -0,3 Punkten. Die Befürwortung eines interprofessionellen Curriculums ist mit einer signifikanten Unzufriedenheit mit dem aktuellen Lehrangebot von -0,4 Punkten ($p < 0,01$) verbunden.

Der Einfluss des belegten Studiengangs und soziodemographischer Faktoren auf die Zufriedenheit mit dem angebotenen Curriculum wird mit der Gruppe der Medizinstudierenden als Referenz dargestellt. Entgegen der Einstellung steigt mit jedem Semester die Zufriedenheit mit dem Lehrangebot um 0,2 Punkte ($p < 0,01$). Die Zufriedenheit mit dem Lehrangebot zeigte sich bei den weiblichen Studierenden um -0,2 Punkte geringer als bei den männlichen. Studierende, die vorher eine Ausbildung in der Pflege oder Physiotherapie absolvierten, haben im Vergleich zu Studierenden ohne vorherige Ausbildung eine um 0,5 Punkte höhere Zufriedenheit mit dem angebotenen Curriculum. Studierende mit einer vorherigen Ausbildung im Rettungsdienst sind im Vergleich zu denen ohne rettungsdienstliche Ausbildung um 0,1 Punkte zufriedener mit dem Lehrangebot. Studierende, die andere Ausbildungen vor ihrem Studium absolviert haben, haben eine um 0,5 Punkte geringere Zufriedenheit mit dem Lehrangebot.

3.1.5.3 Einfluss der Anzahl an Fachsemestern

Die Anzahl der Fachsemester als Interaktionseffekt hat bei Pflegestudierenden mit 0,2 Punkten ($p < 0,05$) einen signifikant positiven Effekt auf die Einstellung zu KM. Medizinstudierende gelten hier als Referenzgruppe. Bei Physiotherapiestudierenden konnte kein signifikanter Einfluss der Anzahl der Fachsemester festgestellt werden, ebenso wenig in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Lehrangebot.

3.2 Patient*innen

3.2.1 Beschreibung der Stichprobe

3.2.1.1 Rücklauf

Der Rücklauf der Fragebögen aus den Praxen war sehr unterschiedlich. In Praxis 2 war er mit 7 % am geringsten. Praxis 3 lieferte den höchsten Rücklauf mit 47 %. Die Tabelle zeigt den Rücklauf aufgeschlüsselt nach Befragungsort.

*Tabelle 3.18 Rücklauf der Patient*innenfragebögen nach Befragungsort und Anteil an allen Patient*innenfragebögen*

Ort der Befragung (n _{eingeladen})	Rücklauf in % (n)	Anteil an allen Patient*innenfragebögen in %
Ambulanzen (200)	16 (32)	14,5
Praxis 1 (200)	40 (80)	36,4
Praxis 2 (200)	7 (14)	6,4
Praxis 3 (200)	47 (94)	42,7
Gesamt (800)	27,5 (220)	100,0

3.2.1.2 Soziodemographie

Insgesamt konnten 220 Patient*innenfragebögen ausgewertet werden. Die Ergebnisse zu den soziodemografischen Faktoren werden in der folgenden Tabelle abgebildet. Das mittlere Lebensalter der Teilnehmenden betrug 55,7 Jahre und 75,5 % (n= 166) der Befragten waren weiblichen Geschlechts. Eine Erwerbstätigkeit gaben 57,7 % (n= 127) an. Versichert waren 88,6 % (n= 195) gesetzlich und 9,5 % (n= 21) privat oder über die Beihilfe.

*Tabelle 3.19 Soziodemographische Angaben der Gesamtgruppe der Patient*innen*

Soziodemografische Angabe			
		MW	Min – Max
Alter in Jahren		55,7	19 - 86
		% (n)	
Geschlecht	• Weiblich	75,5 (166)	
	• Männlich	24,1 (53)	

		% (n)
Erwerbsstatus	• Erwerbstätig	57,7 (127)
	• Nicht erwerbstätig	40,9 (90)
Art der Krankenversicherung	• Gesetzlich	88,6 (195)
	• Privat/ Beihilfe	9,5 (21)

3.2.2 Bekanntheit, Nutzung, Interesse

3.2.2.1 KM-Verfahren, die den Patient*innen bekannt sind

Die nächste Tabelle stellt dar, welche KM-Verfahren die Patient*innen beschreiben konnten. Manuelle Medizin konnte von 80,2 % (n= 170) der Patient*innen beschrieben werden. Das zweitbekannteste Verfahren mit 75,5 % (n= 160) war Akupunktur, gefolgt von Diätetik mit 71,2 % (n= 151). Am unbekanntesten waren Aromatherapie (25,5 %, n= 54) und ausleitende Verfahren (30,2 %, n= 64).

*Tabelle 3.20 KM-Verfahren, die den Patient*innen bekannt sind*

Verfahren	Ja % (n)	Anteil an allen Verfahren in %
Manuelle Medizin	80,2 (170)	15,8
Akupunktur	75,5 (160)	14,8
Diätetik	71,2 (151)	14,0
Pflanzenheilkunde	61,3 (130)	12,2
Entspannungstechniken	58,5 (124)	11,5
Homöopathie	58,5 (124)	11,5
Wasseranwendung	36,8 (78)	7,2
Ausleitende Verfahren	30,2 (64)	5,9
Aromatherapie	25,5 (54)	5,0
Andere	10,8 (23)	2,1

3.2.2.2 Nutzungshäufigkeit verschiedener KM-Verfahren durch die Patient*innen

Die folgende Tabelle stellt, sortiert nach der mindestens monatlichen Nutzung, dar, mit welcher Häufigkeit die Patient*innen ihre Beschwerden mit KM behandelten. Wie auch bei den

Studierenden, wurden den Patient*innen fünf Antworten vorgegeben, die für eine übersichtlichere Darstellung in die drei Kategorien „mindestens einmal im Monat“, „bis einmal in 12 Monaten“ und „nie“ zusammengefasst wurden.

In der Kategorie „nie“ hatten die KM-Verfahren ausleitende Verfahren (47,7 %, n= 105), Aromatherapie (47,3 %, n= 104) und Wasseranwendungen (43,5 %, n= 96) den größten Anteil. Entspannungstechniken (27,2 %, n= 60), Homöopathie (25,4 %, n= 56), Diätetik (24,1 %, n= 53) und Manuelle Medizin (24,1 %, n= 53) gehörten zu den KM-Verfahren, die durch die teilnehmenden Patient*innen mindestens einmal im Monat genutzt wurden.

*Tabelle 3.21 Nutzungshäufigkeit verschiedener KM-Verfahren durch die Patient*innen*

Verfahren	Nutzungshäufigkeit in % (n)		
	Mind. 1x im Monat	Bis 1x in 12 Monaten	Nie
Entspannungstechniken	27,2 (60)	14,6 (32)	30,9 (68)
Homöopathie	25,4 (56)	24,5 (54)	23,6 (52)
Diätetik	24,1 (53)	16,9 (37)	28,6 (63)
Manuelle Medizin	24,1 (53)	38,2 (84)	15,5 (34)
Pflanzenheilkunde	21,8 (48)	36,4 (51)	26,4 (58)
Akupunktur	14,5 (32)	25,5 (56)	32,7 (72)
Aromatherapie	7,7 (18)	7,7 (17)	47,3 (104)
Andere	6,4 (14)	1,0 (2)	12,7 (28)
Wasseranwendungen	5,5 (12)	13,2 (29)	43,5 (96)
Ausleitende Verfahren	4,5 (10)	11,3 (25)	47,7 (105)

3.2.2.3 Beschwerden, die die Patient*innen mit KM behandeln

Die Kategorien, die aus der Analyse derselben Frage im Studierendenfragebogen abgeleitet wurden, kamen auch bei der Analyse der Patient*innen zum Einsatz, um die Ergebnisse besser vergleichen zu können. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Ergebnisse der kategorisierten Antworten.

Die häufigsten spezifischen Anlässe wegen derer die teilnehmenden Patient*innen KM verwendeten, waren Beschwerden des Bewegungsapparates (51,4 %, n= 113) und für ihr psychisches Wohlbefinden (17,3 %, n= 38). Rund ein Drittel (30,9 %, n= 68) der Freitextantworten wurde unter „sonstige Beschwerden“ gruppiert. Diese Anlässe KM zu nutzen

wurden nur vereinzelt genannt, zum Beispiel gegen Laktoseintoleranz, polyzystisches Ovarsyndrom (PCO-Syndrom) oder Nagelbettentzündungen.

*Tabelle 3.22 Beschwerden, die die Patient*innen mit KM behandeln*

Beschwerde	Nutzung in (n)
Beschwerden des Bewegungsapparates	51,4 (113)
Sonstige Beschwerden	30,9 (68)
Psychisches Wohlbefinden	17,3 (38)
Infekte der oberen Atemwege	13,6 (30)
Magen-Darm-Beschwerden	10,5 (23)
Kopfschmerzen	5,9 (13)
Allergien	4,1 (9)

3.2.2.4 Interesse der Patient*innen an KM

Die Patient*innen bewerteten ihr Interesse an KM als Teil ihrer Behandlung im Mittel mit $7,6 \pm 2,6$ Punkten, einem Minimum von 0 und einem Maximum von 10.

3.2.2.5 Einstellung der Patient*innen zu KM

Auf einer Skala von - 5 „sehr negativ“ bis 5 „sehr positiv“ gaben die Befragten ihre Einstellung zu KM an. Der Mittelwert betrug $3,1 \pm 2,1$ Punkte, mit einem Minimum von -3 und einem Maximum von 5.

3.2.3 KM in der Behandlung

3.2.3.1 Berufsgruppe der Behandler*innen, die bei den Patient*innen KM anwenden

Diese Frage gab Aufschluss darüber, von welcher Berufsgruppe die befragten Patient*innen am ehesten eine Behandlung mit KM erfahren.

Über die Hälfte der Befragten wird von ihren Ärzt*innen behandelt (52,3 %, n= 115), gefolgt von Physiotherapeut*innen (42,3 %, n= 93). Rund ein Viertel der Befragten wendet KM-Verfahren selbstständig an (6,8 %, n= 59). Heilpraktiker*innen als Behandler*innen wurden von 18,6 % (n= 41) genannt. Die kleinste Gruppe stellen Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (2,7 %, n= 6) dar.

3.2.3.2 Zufriedenheit der Patient*innen mit der Beratung zu KM durch die Behandler*innen

Auf einer fünfstufigen Skala konnten die Patient*innen angeben, wie zufrieden sie mit der Beratung durch ihre Behandler*innen sind. Für eine übersichtliche Darstellung wurden die Antworten in drei Kategorien, „zufrieden“, „unzufrieden“ und „kann ich nicht beurteilen“ zusammengefasst.

Die teilnehmenden Patient*innen waren mit den Beratungen durch Ärzt*innen (52,2 %, n= 115) und Physiotherapeut*innen (43,6 %, n= 96) am zufriedensten. Rund 16 % (n= 36) konnten die Beratung durch Gesundheits- und Krankenpflegerinnen nicht beurteilen.

*Tabelle 3.23 Zufriedenheit der Patient*innen mit der Beratung zu KM durch die Behandler*innen*

Verfahren	Zufriedenheit in % (n)		
	zufrieden	unzufrieden	kann ich nicht beurteilen
Ärzt*innen	52,2 (115)	5,0 (11)	7,3 (16)
Physiotherapeut*innen	43,6 (96)	2,7 (6)	4,5 (10)
Heilpraktiker*innen	18,6 (41)	1,8 (4)	10,9 (24)
Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	5,0 (11)	11,4 (25)	16,4 (36)
Andere	6,3 (14)	0,9 (2)	7,3 (16)

3.2.3.3 Information an Hausärzt*innen über eine Behandlung der Patient*innen mit KM

Diese Frage gab Aufschluss darüber, ob die Teilnehmenden ihre Hausärzt*innen über die Anwendung von KM-Verfahren informiert haben.

Der Großteil der Befragten (37,1 %, n= 75) gab an, dass das KM-Verfahren von ihren Hausärzt*innen selbst angeboten wurde. Rund ein Viertel habe ihre Hausärzt*innen nicht darüber informiert (26,2 %, n= 53). Ein weiteres Viertel (25,2 %, n= 51) hat von der Information ihrer Hausärzt*innen abgesehen. Von den Befragten wurden 11,4 % (n= 23) von ihren Hausärzt*innen weiterverwiesen.

3.2.3.4 Von den Patient*innen bevorzugte Informationsquelle zu KM und erwartete Profession der Behandler*innen

*Bevorzugte Informationsquelle der Patient*innen für Informationen zu KM*

Bei dieser Frage konnten die Patient*innen angeben, von wem sie Informationen zu KM erwarteten. Die Tabelle gibt einen Überblick über die Ergebnisse.

Die Mehrheit der Befragten erwartet am ehesten ärztliche Informationen zu KM (67,7 %, n= 149). Mit Abstand folgt die Information durch Heilpraktiker*innen (5,5 %, n= 12) und Physiotherapeut*innen, sowie die Information über entsprechende Internetseiten (2,3 %, n= 5).

*Tabelle 3.24 Bevorzugte Informationsquelle der Patient*innen für Informationen zu KM*

Informationsquelle	% (n)
Ärzt*innen	67,7 (149)
Heilpraktiker*innen	5,5 (12)
Durch entsprechende Internetseiten	2,3 (5)
Physiotherapeut*innen	2,3 (5)
Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	0,9 (2)
Andere	0,9 (2)

*Von Patient*innen erwartete Berufsgruppe der Anwender*innen von KM-Verfahren*

Die Befragten gaben darüber hinaus an, von welcher Berufsgruppe sie am ehesten die Anwendung von KM-Verfahren erwarteten.

Die Mehrheit erwartet eine ärztliche Anwendung (61,4 %, n= 135). Ein Anteil von 10,5 % (n= 23) erwartet die Anwendung von KM-Verfahren durch Physiotherapeut*innen und 5,5 % (n= 12) durch Heilpraktiker*innen. Eine Anwendung von KM durch Gesundheits- und Krankenpfleger*innen erwarteten 1,4 % (n= 3) der teilnehmenden Patient*innen.

3.2.4 Einflussfaktoren auf Interesse an, die Einstellung zu und Anwendung von KM

3.2.4.1 Einflussfaktoren auf das Interesse der Patient*innen an KM

Die folgende Tabelle stellt mit einem OLS Modell dar, welchen Einfluss die erklärenden Variablen Alter, Geschlecht, Art der Krankenversicherung und Durchführung von KM durch den

Hausarzt, auf die abhängige Variable Interesse haben. Die Ergebnisse beider Stufen dieses Modells sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Im Vergleich zum OLS Modell ist der Effekt der Hausärzt*innen, wenn diese KM-Verfahren selbst durchführen im 2SLS Modell deutlich stärker, was für eine Verzerrung des Effekts im OLS Modell aufgrund einer umgekehrten Kausalität spricht. Da hiervon auch die Effekte aller anderen Variablen betroffen sind, werden im Folgenden die Ergebnisse des 2SLS Modells betrachtet.

Wenn Hausärzt*innen das KM-Verfahren selbst durchführen, steigert dies das Interesse der Patient*innen an KM um 2,5 Punkte ($p < 0,01$). Patient*innen im Alter von 35 bis 49 Jahren haben ein um 2,0 Punkte ($p < 0,01$) höheres Interesse an KM als Patient*innen unter 35 Lebensjahren ($p < 0,01$). Das Interesse weiblicher Patientinnen ist um 1,0 Punkte höher ($p < 0,01$) als das männlicher Patienten. Die Art der Krankenversicherung, gesetzlich oder privat/Beihilfe, hat keinen signifikanten Einfluss auf das Patient*inneninteresse an KM.

Im Vergleich zu Praxis 1 und den Ambulanzen (Referenz) haben die Patient*innen der Praxen 2 und 3 häufiger erfahren, dass die Hausärzt*innen das KM-Verfahren selbst durchgeführt haben (0,5 Punkte; $p < 0,01$).

Tabelle 3.25 Einflussfaktoren auf das Interesse der Patient*innen an KM

	OLS	OLS	2SLS	
Variable			1st Stage	2nd Stage
Konstante	5.3***	4.8***	0.2	4.5***
Alter				
Referenz: <35				
35-49	2.0***	2.0***	-0.0	2.0***
50-65	0.8	0.9*	-0.1	1.0*
über 65	1.0	1.2	-0.1	1.3*
weiblich	1.1**	1.1***	0.0	1.0***
erwerbstätig	0.8	0.6	-0.0	0.5
PKV	0.6	0.3	0.1	0.1
durchgeführt von Hausärzt*innen		1.6***		2.5***

	OLS	OLS	2SLS	
Variable			1st Stage	2nd Stage
Praxen				
Praxis 1			0.0	
Praxis 2			0.5***	
Praxis 3			0.5***	
<i>Referenz: Ambulanzen</i>				
R2 (Bestimmtheitsmaß in %)	10.2	18.5	25.4	15.6
Anzahl Beobachtungen	206	206	206	206
Minimum Eigenwert Statistik			21.7	
Signifikanz-Niveaus: * 0,1 , ** 0,05 , *** 0,01 .				

3.2.4.2 Einflussfaktoren auf die Einstellung der Patient*innen zu KM

Die folgende Tabelle stellt den Einfluss verschiedener Variablen auf die Einstellung von Patient*innen zu KM dar. Der erste Teil der Tabelle behandelt soziodemographische Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit sowie Art der Krankenversicherung und darüber hinaus, ob Hausärzt*innen das KM Verfahren selbst durchgeführt haben. Auch in dieser Tabelle wurde ein 2SLS-Modell verwendet, um darzustellen, dass die abhängige Variable „Einstellung zu KM“ Einfluss auf die erklärende Variable „Durchführung von KM durch die Hausärzt*innen“ haben kann, im Sinne einer umgekehrten Kausalität.

Die Tabelle zeigt mit OLS und 2SLS, welche unabhängigen Variablen die Einstellung der Patient*innen gegenüber KM beeinflussen.

Patient*innen im Alter von 35 bis 49 Jahren haben auf einem Signifikanzniveau von 5 % eine um 1,2 Punkte ($p < 0,01$) positivere Einstellung zu KM als Patient*innen unter 35 Lebensjahren. In Bezug auf das Geschlecht ist die Einstellung zu KM von Frauen gegenüber der von Männern um 1,3 Punkte höher ($p < 0,01$).

Auch hier ist im Vergleich zum OLS Modell der Effekt der Hausärzt*innen, wenn diese KM Verfahren selbst durchführen, im 2SLS Modell deutlich stärker, was für eine Verzerrung des Effekts im OLS Modell aufgrund einer umgekehrten Kausalität spricht, wovon Effekte aller Variablen betroffen sind. Daher werden im Folgenden nur die Ergebnisse des 2SLS-Modells betrachtet.

Es zeigt sich, dass, wenn Hausärzt*innen das KM Verfahren selber durchführen, die Einstellung von Patient*innen zu KM um 2,1 Punkte ($p < 0,01$) höher ist. Auch in dieser Tabelle

ist aufgegriffen, dass Patient*innen aus den Praxen 2 und 3 signifikant ($p < 0,01$) häufiger die Anwendung von KM-Verfahren von ihren Hausärzt*innen erfahren (0,5 Punkte). Die Ambulanzen dienten als Referenz.

Tabelle 3.26 Einflussfaktoren auf die Einstellung der Patient*innen zu KM

	OLS	OLS	2SLS	
Variable			1st Stage	2nd Stage
Konstante	1.0*	0.7	0.7***	0.4
Alter				
Referenz: <35				
35-49	1.3**	1.2**	-0.0	1.2**
50-65	0.6	0.6	-0.1	0.7
über 65	0.8	0.9	-0.1	1.1*
weiblich	1.3***	1.3***	0.0	1.3***
erwerbstätig	0.6*	0.5	-0.0	0.4
PKV	0.6	0.4	0.1	0.2
HA selbst durchgeführt		1.0***		2.1***
Praxen				
Praxis 1			0.0	
Praxis 2			0.5***	
Praxis 3			0.5***	
Referenz: Ambulanzen				
Anzahl Beobachtungen	211	211	211	211
R2 (Bestimmtheitsmaß in %)	11.4	16.1	26.3	9.5
Minimum Eigenwert Statistik			22.7	
Signifikanz-Niveaus: * 10 %, ** 5 %, *** 1 %.				

3.2.4.3 Einflussfaktoren auf die Anwendung von KM durch die Patient*innen

In der folgenden Tabelle wird dargestellt, welche Faktoren einen Einfluss auf die Anwendung von KM durch Patient*innen haben. Dies beinhaltet sowohl die eigenständige Anwendung als auch die Anwendung durch Behandler*innen. Die Analyse erfolgte durch ein OLS sowie durch ein 2SLS Modell. Im 2SLS Modell wird in der Tabelle lediglich die zweite Stufe dargestellt. Die

Ergebnisse in dieser Tabelle erlauben eine Schlussfolgerung, ob ein spezifischer Faktor einen positiven oder negativen Effekt auf die KM-Nutzung hat.

Als unabhängige Variablen bzw. Einflussfaktoren wurden das Alter, das Geschlecht, der Erwerbsstatus, die Art der Krankenversicherung, sowie das Interesse und die Einstellung zu KM herangezogen.

Die durch die OLS und 2SLS Modelle dargestellten Effekte weisen deutliche Unterschiede auf. Die Effektausprägung ist im 2SLS Modell deutlich stärker. Dies spricht für eine Verzerrung des Effekts im OLS Modell. Da auch andere Variablen betroffen sind, werden im Folgenden nur die Ergebnisse des 2SLS Modell betrachtet.

Tabelle 3.27 Einflussfaktoren auf die Anwendung von KM durch die Patient*innen

Methode	OLS	OLS	2SLS (2nd Stage)	OLS	2SLS (2nd Stage)
Variable	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Konstante	0.7*	0.6	-0.3	-0.4	-2.1***
Alter					
Referenz: <35					
35-49	0.3	-0.0	-0.5**	-0.2	-0.7***
50-65	-0.0	-0.2	-0.3	-0.2	-0.3
über 65	-0.3	-0.5	-0.5*	-0.4	-0.5
weiblich	0.1	-0.2	-0.6***	-0.0	-0.4*
erwerbstätig	-0.2	-0.3	-0.4	-0.4	-0.4
PKV	0.7*	0.6*	-0.0	0.7	0.1
Einstellung		0.2***	0.6***		
Interesse				0.2***	0.5***
Anzahl Beobachtungen	212	211	211	206	206
Signifikanz-Niveaus: * 10 %, ** 5 %, *** 1 %.					

Ein Alter zwischen 35 und 49 Jahren hat im Vergleich zu den unter 35-Jährigen einen negativen Einfluss auf die Nutzung von KM. Auch die anderen Alterskategorien haben im Vergleich zur Referenzgruppe der unter 35-Jährigen einen negativen Einfluss auf die KM-Nutzung. Ebenfalls einen negativen Einfluss hat, bei gleichen Voraussetzungen für Einstellung, Alter,

Krankenversicherung und Erwerbstätigkeit, ein weibliches Geschlecht gegenüber dem männlichen.

Die Einstellung zu KM, abgebildet mit einem positiven Wert im 2SLS von 0,6 Punkten ($p < 0,01$), hat einen positiven Effekt auf die Nutzung von KM. Ein positiver Einfluss auf die Nutzung findet sich mit 0,5 Punkten ($p < 0,01$) auch durch ein Interesse an KM.

4 Diskussion

4.1 Fragestellung

Ziel dieser Arbeit war es, Aufschluss darüber zu erlangen, wie die Einstellung, Erfahrung und das Interesse Studierender und Patient*innen aus der Region Lübeck bezüglich komplementärmedizinischer Verfahren als Teil der Behandlung sind und die Bedarfe Studierender und Patient*innen zu vergleichen. Mit den Ergebnissen der Befragung konnte die Fragestellung beantwortet werden. Für die Ableitung von konkreten Veränderungen und Optimierungen für das bestehende Wahlfach „Komplementäre und Integrative Medizin“ und die curriculare Veranstaltung zu KM in Lübeck legt diese Arbeit eine Basis.

Die Fragestellung dieser Dissertationsschrift hat in der heutigen Zeit eine hohe Relevanz, da KM im Gesundheitssystem für eine ganzheitliche Behandlung von Patient*innen immer weiter an Bedeutung gewinnt (Johansen et al., 2016; Linde et al., 2012). Eine Repräsentation in den Curricula medizinischer Ausbildungen scheint aktuell sinnvoll (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020; Medizinischer Fakultätentag, 2015) und eine Überarbeitung des Lehrangebotes notwendig (Stock-Schröer et al., 2017), um Studierende zu befähigen, Patient*innen in diesem Bereich kompetent zu beraten und zu behandeln. Vor dem Hintergrund des für das Jahr 2025 erwarteten NKLM 3.0, der verbindliche Planungsgrundlage für 80% des humanmedizinischen Kerncurriculums sein wird (Medizinischer Fakultätentag, 2021a), erscheint diese Studie umso relevanter. Die Orientierung an dem im April 2021 aktualisierten NKLM 2.0 stellt einen notwendigen vorbereitenden Schritt zur Anpassung und Weiterentwicklung bestehender Curricula dar.

Die starke Regionalität (Beer & Ostermann, 2003; Schwarz et al., 2008) in der Nutzung von KM, begründet die lokale Ausrichtung auf die Region Lübeck.

4.2 Methodik

Bei dieser Arbeit handelt sich um eine Querschnittstudie, die Studierende und Patient*innen quantitativ befragte. Ein Vorteil der gewählten Methodik war der einmalige Erhebungszeitpunkt, womit ein geringerer Personal-, Kosten- und Zeitaufwand einher ging. Darüber hinaus waren die Daten zum Zeitpunkt der Auswertung aktueller als bei einer Studie mit mehreren Erhebungsmomenten über einen längeren Zeitraum. Dies bedeutet jedoch auch, dass durch die Daten der einmaligen Erhebung kein Verlauf dargestellt werden kann und dadurch die Möglichkeit der Generalisierung eingeschränkt ist. Zur Beantwortung der Fragestellung reichte

jedoch eine einmalige Erhebung aus (Querschnittstudie, 2021; Querschnittstudie vs. Längsschnittstudie in der Abschlussarbeit, 2019).

Die Befragung der Studierenden während Lehrveranstaltungen erwies sich als gut durchführbar. Es konnte ein hoher Rücklauf erzielt werden. Dieser ist darauf zurückzuführen, dass die Studierenden direkt angesprochen und zur Studienteilnahme eingeladen wurden (Wirtschaftspsychologische Gesellschaft, 2021).

Die Befragung der Patient*innen begann zunächst in den Ambulanzen. Dort lagen die Fragebögen lediglich aus. Die Patient*innen wurden nicht aktiv zur Studienteilnahme eingeladen. Da nach ca. acht Wochen der Befragung, nur 20 Fragebögen ausgefüllt waren, wurde das Vorgehen angepasst. Drei Lehrpraxen der Universität zu Lübeck wurden als weitere Befragungsstätten hinzugezogen.

In den Praxen wurde eine verantwortliche MFA bestimmt, die sich eigenständig darum bemühte, Patient*innen die Studie näher zu bringen und sie zur Teilnahme zu motivieren. So konnte eine höhere Teilnahme erzielt werden. Der Rücklauf der Patientenfragebögen aus den Praxen wies große Variation auf. Durch dieses Ungleichgewicht könnte die Darstellung der Ergebnisse beeinflusst werden so, dass der Mittelwert/ die zentrale Aussage der größten Gruppe entspricht und die Ergebnisse kleinerer Subgruppen nicht, bzw. verzerrt abgebildet werden. Eine Angleichung des Rücklaufs der Ambulanzen und Praxen hätte durch eine konsequente persönliche Ansprache der Patient*innen erreicht werden können.

Die Unterschiede im Rücklauf der Patient*innen können auf verschiedene Aspekte zurückgeführt werden. Einerseits hatte ein Teil der Praxen eine eindeutige komplementärmedizinische Ausrichtung. Bei Patient*innen dieser Praxen war die Wahrscheinlichkeit, dass sie von vornherein eine positivere Einstellung zu KM hatten und sie genutzt haben, oder ihre Behandlung in der Praxis positiven Einfluss auf die Nutzung und Einstellung zu KM hatte, sehr groß. Dies hätte umgangen werden können, indem man mehr und unterschiedliche Praxen mit in die Befragung einbezogen hätte.

Andererseits war es abhängig von der in den Praxen/ Ambulanzen für die Befragung verantwortlichen Person, wie viele Patient*innen tatsächlich für eine Teilnahme an der Studie angesprochen wurden. Dies kann durch die persönliche Motivation, aber auch durch die Abläufe in der Praxis und das Patient*innenaufkommen beeinflusst worden sein, worin sich der unterschiedlich hohe Rücklauf begründen kann.

Die Befragung fand papierbasiert statt. Von 1950 bis 2010 ist der Papierverbrauch pro Kopf um mehr als das 7-fache pro Jahr 2010 auf 232 kg angestiegen (Greenpeace, o. J.). Es stellt sich die Frage, ob eine papierbasierter Befragung vor dem Hintergrund der weiten Verbreitung

von Internet und Smartphones sowie immer sichtbarer werdenden Folgen für die Umwelt (Cwienk, 2019), noch zeitgemäß ist. Eine Alternative wäre die Durchführung einer Online-Umfrage gewesen. Erfahrungsgemäß ist dort die Antwortrate mit 2,5 % bis 60 % jedoch deutlich geringer (Aerny Perreten et al., 2012; QuestionsPro Umfrage Software, 2021). Darüber hinaus setzt ein Online-Fragebogen voraus, dass die Teilnehmenden das Internet nutzen. Bei den unter 65-jährigen liegt die Internetnutzung zwar bei über 90 %. Von den über 65-jährigen, die häufiger als jüngere Menschen Ärzt*innen aufsuchen, nutzen jedoch nur rund 75% regelmäßig das Internet (Statistisches Bundesamt, 2020a).

Durch die persönliche papierbasierte Befragung der Studierenden konnte für diese Studie eine Rücklaufquote von über 90 % erzielt werden.

In der Pilotierung wurde getestet, ob der Fragebogen entsprechend der Intention durch die Teilnehmenden ausgefüllt werden konnte. Ein klares Layout des Fragebogens, mit kurzen, deutlich formulierten Fragen, trug darüber hinaus zu einer besseren Rücklaufquote bei (Hoddinott & Bass, 1986; Wirtschaftspsychologische Gesellschaft, 2021). Vor diesem Hintergrund ist die Limitation, dass ein nicht validiertes Instrument genutzt wurde.

4.3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studierenden- und Patient*innenbefragung diskutiert

4.3.1 Studierende

Betrachtet man alle Studiengänge in Schleswig-Holstein, besteht ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis (Statistisches Bundesamt, 2021c). Dies wird durch die Ergebnisse dieser Studie nicht abgebildet. Unter den Befragten der Studiengänge Humanmedizin, Pflege und Physiotherapie fanden sich deutlich mehr weibliche als männliche Personen. Betrachtet man die Entwicklung des Anteils weiblicher Beschäftigter in Gesundheitsberufen, fällt auf, dass ihr Anteil seit dem Jahr 2010 in nahezu allen Bereichen, vor allem in Krankenhäusern, in der Vorsorge und Rehabilitation und in der ambulanten und teil-/ stationären Pflege, angestiegen ist (Statistisches Bundesamt, 2021b). Da nur Studierende medizinischer Studiengänge befragt wurden, lässt sich das Überwiegen des Frauenanteils erklären.

Die generelle Einstellung der Studierenden zu KM zeigte eine positive Grundhaltung. Daraus kann abgeleitet werden, dass die teilnehmenden Studierenden KM offen gegenüberstehen. Zusätzlich wünschten sich Dreiviertel der Studierenden eine Intensivierung des Wahlfachs oder Erweiterung des Pflichtcurriculums. Sie beurteilten die theoretische und praktische Kenntnis

von KM für eine Reihe ausgewählter Professionen als relevant. Gemeinsam mit der generell positiven Einstellung gegenüber KM entspricht dies der Erwartung, dass eine Erweiterung und Diversifizierung der Lehre zu KM von den Studierenden begrüßt und positiv aufgefasst wird (Jocham et al., 2017).

Die Heterogenität in der Bekanntheit von KM-Verfahren kann durch eine Stärkung der Lehre und durch eine Interprofessionalisierung der Unterrichtseinheiten angeglichen werden. Durch das Wissen, wer aus einem Behandlungsteam gute Kenntnisse über ein bestimmtes Verfahren hat, ist eine eventuelle Weiterverweisung der Patient*innen zielgerichtet möglich.

Ein Drittel der Studierenden konnte nicht beantworten, in welcher Form KM-Verfahren in ihrem Studiengang gelehrt wurden. Dies kann darin begründet sein, dass KM in dieser Begrifflichkeit nicht expliziter Teil des Studiengangs ist. Im Studienverlaufsplan Wintersemester 2017/ 2018 des dualen Studiengangs Physiotherapie an der Uni Lübeck fand keine Erwähnung, dass in der Beschreibung speziell auf KM ausgerichtet ist (*Studienverlaufsplan_2017_18__2_.pdf*, o. J.). Auch im Studienverlaufsplan Wintersemester 2016/ 2017 des Pflegestudiengangs wird eine Lehrveranstaltung zu KM nicht explizit aufgeführt (*Studienverlaufsplan_Pflege_UzL_20160704_GKP.pdf*, o. J.). In der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Pflegeberufe des Bundesgesundheitsministeriums wird KM ebenfalls nicht genannt (Erfüllungsaufwand, o. J.). Hier stellt sich nun die Frage, ob KM tatsächlich nicht in diesen Studiengängen vorkommt. Zu vermuten ist eher, dass KM-Inhalte zwar gelehrt werden, der Bezug dazu jedoch nicht deutlich hergestellt wird und es an Begriffsdefinitionen mangelt.

Für den Studiengang Humanmedizin ist KM Teil des Pflichtcurriculums und wird im Block Sozialmedizin im Querschnittsbereich 12 „Rehabilitation, physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ gelehrt (Universität zu Lübeck, o. J.). Es ist möglich, dass ein Teil der Studierenden zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Lehre in KM erfahren hat, da dieses Fach an der Universität zu Lübeck erst im vierten Studienjahr gelehrt wird. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass auch im Humanmedizinstudium eine mangelnde Begriffsdefinition von KM besteht und die Studierenden den Bezug zu KM bei einzelnen vorgestellten Verfahren nicht herstellen konnten.

Die geringe Zufriedenheit der Studierenden mit dem Lehrangebot zu KM und der sehr hohe Anteil an Studierenden, die diese Frage nicht beurteilen können, sprechen dafür, dass etwas verändert werden sollte. Es wäre erstens sinnvoll die Bekanntheit von KM-Angeboten zu steigern, damit Studierende es als Teil ihres Curriculums wahrnehmen und/ oder ein entsprechendes Wahlfach als gutes Ergänzungsangebot erkennen. Zweitens sollte die Art, wie KM gelehrt wird mehr auf die Wünsche und Bedürfnisse der Studierenden zugeschnitten

werden. Die Ergebnisse zur aktuell stattfindenden Lehre zeigen, dass KM hauptsächlich durch Seminare und Wahlfächer vermittelt wird. Für eine bessere Curriculumsgestaltung wäre die Hinzunahme von Vorlesungen und vor allem von praktischen Anteilen sinnvoll. Auch vor dem Hintergrund, dass ein großer Teil der Studierenden die praktische Kenntnis von KM für den späteren Beruf für wichtig erachtet, würde die Erweiterung der Lehre um praktische Anteile die Erfahrung der Studierenden bereichern.

Die Ergebnisse zeigen, dass Studierende einer Interprofessionalisierung offen gegenüberstehen. Dies kann zum Anlass genommen werden, das Lehrangebot zu KM studiengangsübergreifend anzubieten. IPE fördert den Austausch zwischen Angehörigen verschiedener Studiengänge. So kann sie den Grundstein für ein besseres späteres Zusammenwirken im Beruf legen. Dies bietet die Chance das Gesundheitssystem weiter zu stärken und zu verbessern (World Health Organization, 2010). Durch die Implementierung von IPE können Studierende verschiedener Fachrichtungen von- und miteinander lernen und erlangen mehr Verständnis für und Einblick in die Arbeit und den Aufgabenbereich anderer Professionen (Carney et al., 2019). Sie sind besser in der Lage einzuschätzen, was Behandler*innen anderer Fachbereiche zur Behandlung eines Patient*innen beitragen können. Es hat sich gezeigt, dass vor allem Medizinstudierende einen unzureichenden Überblick über die Kompetenzen anderer medizinischer Berufsgruppen haben (Woermann et al., 2016). IPE bietet für Studierende außerdem die Möglichkeit, sich selber in ihren Rollen besser einzufinden und selbstsicherer zu werden (Darlow et al., 2015). Das interprofessionelle Umfeld schult die professionelle Kommunikation und hilft den Studierenden sich mit ihrer beruflichen Rolle zu identifizieren (Goldie, 2012).

4.3.2 Patient*innen

Die Stichprobe der Patient*innen entspricht in der geschlechtlichen Zusammensetzung nicht den in Deutschland zu erwartenden nahezu gleichen Anteilen von männlichen und weiblichen Personen (Statistisches Bundesamt, 2020b). Die Ursache ist auf den Ort der Befragung zurückzuführen. Ein Teil der Befragung fand in hausärztlichen Praxen statt, die von weiblichen Patientinnen häufiger, siebenmal pro Jahr, als von männlichen, ca. viermal pro Jahr, aufgesucht werden (Rebscher, 2016). Die Häufigkeit von Krebserkrankungen in Deutschland ist bei beiden Geschlechtern ähnlich hoch (Deutsche Krebsgesellschaft, 2014). In einer der drei Ambulanzen, Chemoambulanz der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, werden nur weibliche Patientinnen behandelt. In der geschlechtlichen Zusammensetzung der Gruppe

der Patient*innen spielt dies jedoch, aufgrund des sehr geringen Rücklaufs in den Ambulanzen, nur eine untergeordnete Rolle.

Das Durchschnittsalter der Patient*innen liegt deutlich über dem der deutschen Bevölkerung von 44,5 Lebensjahren (Statista, 2020). Dies war zu erwarten, wenn man bedenkt, dass die Befragungen in Ambulanzen und Praxen stattfanden. Laut statistischen Bundesamt besuchen rund 20 % der über 45-jährigen mindestens einmal monatlich Arzt*innen aufgrund von gesundheitlichen Beschwerden. Dem gegenüber stehen rund 10 % der unter 45 jährigen (Statista, 2010). Das Interesse der Patient*innen an KM ist hoch. Dreiviertel von ihnen erwarten beim hausärztlichen Besuch, auch über KM-Verfahren informiert zu werden oder sie angeboten zu bekommen (Henzen et al., 2016).

Studien haben ein erhöhtes Interesse an KM bei Menschen mittleren Alters sowie weiblichen Patientinnen bewiesen (Frass et al., 2012; Kennedy et al., 2015; Zollman & Vickers, 1999). Bei diesen Gruppen würde man eine häufigere Nutzung von KM-Verfahren erwarten. Dies konnte diese Studie aufgrund eines unausgewogenen Geschlechtsverhältnisses und überwiegend weiblicher Teilnehmerinnen nicht uneingeschränkt bestätigen. Dass weibliches Geschlecht oder ein mittleres Alter das Interesse an KM signifikant positiv beeinflussen, konnte in dieser Studie widerlegt werden.

Laut einer Erhebung der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2012 sind die am häufigsten genutzten KM-Verfahren Naturheilmittel, Naturheilverfahren, homöopathische Medizin und Entspannungstechniken (Linde et al., 2012). Die Ergebnisse dieser Studie weichen davon leicht ab. Entspannungstechniken wurden von den Befragten deutlich weniger genutzt, dafür Akupunktur und Manuelle Medizin deutlich häufiger.

KM kann von Ärzt*innen, Pflegepersonal, Physiotherapeut*innen und Heilpraktiker*innen angeboten werden. Neben der selbstständigen Anwendung waren es insbesondere Ärzt*innen und Physiotherapeut*innen, die die Patient*innen komplementärmedizinisch behandelten. Beratung erhielten die Patient*innen jedoch hauptsächlich durch Ärzt*innen. Die Zufriedenheit mit der Beratung durch Gesundheits- und Krankenpfleger*innen zeigte Verbesserungsbedarf. Dies kann darin begründet sein, dass wenig KM-Inhalte gelehrt wurden oder in der Ausbildung oder im Studium nicht deutlich genug als solche hervorgehoben wurden (Erfüllungsaufwand, o. J.; Little, 2013; *Studienverlaufsplan_2017_18__2_.pdf*, o. J.; *Studienverlaufsplan_Pflege_UzL_20160704_GKP.pdf*, o. J.). Der Mangel an Wissen zu KM hat einen Mangel an Beratungs- und Anwendungskompetenz bei Gesundheits- und Krankenpfleger*innen zur Folge (Chang & Chang, 2015; Jong et al., 2015). Der steigenden Popularität von KM bei Patient*innen und den zunehmenden Einsatzmöglichkeiten und

Vorteilen im klinischen Kontext (Dunger & Schnell, 2012; Klafke, Mahler, et al., 2016; Ortiz et al., 2014), können Angehörige von Pflegeberufen nicht gerecht werden.

Es kann davon ausgegangen werden, dass der Grundstein für eine gute Beratung und Behandlung von Patient*innen bereits während des Studiums der späteren Behandler*innen durch gut gestaltete Lehrveranstaltungen zu KM gelegt wird. Im wissenschaftlichen Umfeld des Studiums wird zusätzlich die kritische Auseinandersetzung mit Therapieverfahren, Studien und Studiendaten geschult. Im Studiengang Pflege wird zum Beispiel in Seminaren erlernt, sich kritisch mit der Behandlung von Patient*innen auseinanderzusetzen und sich dabei von evidenzbasierten Methoden leiten zu lassen (Balzer, 2018). Im Journal Club lernen Pflegestudierende verschiedene Studientypen kennen und wie man diese kritisch bewertet (Rahn, 2018). Dadurch sind die Studierenden im späteren Beruf eher in der Lage, Behandlungsmethoden zu evaluieren und eine gemeinsame informierte Entscheidung mit den Patient*innen zu treffen.

Der aktualisierte NKLM 2.0 aus dem Jahr 2021 gibt für Humanmedizinstudierende auf dem Gebiet der Physikalischen Medizin und Naturheilkunde bestimmte Kompetenzniveaus vor. Nach Abschluss des Studiums sollen Studierende überwiegend „Faktenwissen“ zu KM-Verfahren besitzen und dieses benennen und beschreiben können (Kompetenzstufe 1). Häufiger noch wird von den Studierenden nach Abschluss des Studiums ein „Handlungs- und Begründungswissen“ verlangt. Die Studierenden sollen „Sachverhalte und Zusammenhänge erklären, in den klinisch-wissenschaftlichen Kontext einordnen und datenbasiert bewerten“ können (Medizinischer Fakultätentag, 2021b). Dass die durch den NKLM gesteckten Kompetenzziele durch die Studierenden am Ende der Ausbildung wirklich erreicht werden und sie sich sicher genug fühlen, ihr Wissen in der Praxis anzuwenden, ist nicht garantiert (Weber et al., 2016).

Die Hauptquelle der Patient*innen für Informationen zu KM sind bisher die behandelnden Ärzt*innen. Die Beratung von Angehörigen anderer Berufsgruppen im medizinischen Bereich spielt nur eine untergeordnete Rolle, da die Beratungskompetenz oder die Selbstsicherheit in der beruflichen Rolle fehlt, um Patient*innen adäquat zu KM zu beraten zu können. (Chang & Chang, 2015; Jong et al., 2015; Weber et al., 2016). Um KM mehr in das reguläre Gesundheitssystem zu integrieren (World Health Organization, 2013b), sollten auch Behandler*innen anderer Berufsgruppen Beratungskompetenz zu KM haben.

Das Internet als Quelle medizinischer Informationen hat an Relevanz gewonnen und ermöglicht Patient*innen, sich selbstständig und schnell über Symptome, Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten zu informieren (Tonsaker et al., 2014). Für die befragten

Patient*innen ist das Internet als Informationsquelle zu KM jedoch kaum relevant. Eine Studie hat gezeigt, dass Patient*innen die Vertrauenswürdigkeit und Unabhängigkeit von Internetquellen in Frage stellen. Dieses Misstrauen bezieht sich auch auf offizielle Internetseiten von Interessengruppen oder Konzernen, bei denen die Patient*innen politische oder wirtschaftliche Interessen vermuten (Quintana et al., 2001).

4.3.3 Implikationen für die Entwicklung komplementärmedizinischer Curricula in der Ausbildung von Gesundheitsberufen

Die medizinische Behandlung von Patient*innen stützt sich auf evidenzbasierte Therapien und Verfahren. Das sichert die Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit einer Behandlung. Die Bundesärztekammer nennt evidenzbasierte Versorgung ein wichtiges Qualitätsmerkmal für ein krankheitsorientiertes Zentrum (Bundesärztekammer, 2015). Auf dem Gebiet der KM gibt es bereits etablierte, evidenzbasierte Verfahren wie zum Beispiel Akupunktur oder Massagen zur Behandlung von Schmerzen (Kreutzkamp, 2019). Daneben gibt es jedoch auch etablierte, nicht evidenzbasierte Verfahren, wie Homöopathie. Bei dieser konnte die Wirksamkeit oder der Wirkmechanismus bisher nicht durch Studien belegt werden (Lübbbers & Endruscheit, 2021). Trotz fehlender Evidenz wird dieses Verfahren jedoch von vielen der gesetzlichen Krankenkasse übernommen (BARMER, 2021; DAK - Gesundheit, o. J.; Techniker Krankenkasse, o. J.). Um den Qualitätskriterien der Bundesärztekammer gerecht zu werden, muss auf dem Gebiet der KM noch mehr Forschung zur Evidenz der verschiedenen Verfahren und Anwendungsgebiete erfolgen. Zur Messung der Effektivität einer Behandlung bietet es sich an, neben der Meinung medizinischen Fachpersonals auch patient-reported outcome measures (PROMs) zu quantifizieren. PROMs dienen zur Messung des subjektiven Krankheitsempfindens von Patient*innen (Kingsley & Patel, 2017). Die Daten werden meist mit Hilfe von Fragebögen erhoben, sie können generell ausgerichtet, wie der EQ-5D, der eine Reihe verschiedener Beschwerden und Behandlungen zum Gesundheitsstatus eines Menschen abfragt (EuroQol Research Foundation, 2017). Es finden sich jedoch auch eine große Zahl Fragebögen, die auf spezifische Erkrankungen, Beschwerden oder Operationen abzielen sind (Centre for Health Services and Policy Research, o. J.). Für ein mehr patient*innen- und weniger krankheitszentriertes Gesundheitssystem ist die Anwendung von PROMs ein wichtiges Instrument. Es hilft, Patient*innen ganzheitlicher zu verstehen und gibt Einblick in das allgemeine Patientenwohl, sowie die subjektiv empfundene Lebensqualität. Es wird davon ausgegangen, dass bis zum Jahr 2035 beinahe 11.000 Hausärzt*innensitze unbesetzt bleiben („Gesundheitszentren für Deutschland“, 2021a). Gleichzeitig wird ein Anstieg

des Patient*innenaufkommens um ein Viertel erwartet („Gesundheitszentren für Deutschland“, 2021b). Darüber hinaus wird die Anzahl der Patient*innen durch den demographischen Wandel ansteigen (Statistisches Bundesamt, 2021a). Vor diesem Hintergrund ist eine Umstrukturierung der ärztlichen Versorgung dringend notwendig. Die Schaffung finanzieller Anreize, Flexibilisierung der Beschäftigung und Werben für das Fachgebiet der Allgemeinmedizin können als Teil der Lösung angesehen werden („Gesundheitszentren für Deutschland“, 2021b). Außerdem sollten die Kompetenzgebiete anderer medizinischer Berufe gestärkt und erweitert werden, so dass sie Aufgaben übernehmen können, die zuvor ärztlichem Personal vorbehalten waren („Gesundheitszentren für Deutschland“, 2021b). Hier ist es wichtig, die Ausbildung der Studierenden zu verbessern, so dass sie sich am Ende ihres Studiums kompetent und sicher fühlen, Patient*innen adäquat zu beraten und zu behandeln. Durch Zusammenschluss verschiedener medizinischer Disziplinen in Primärversorgungszentren kann auf lokaler und kommunaler Ebene die Patientenversorgung gewährleistet werden („Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“, 2021).

4.4 Schlussfolgerung

Erste Schritte zur Stärkung der Rolle von KM im Gesundheitssystem und der individuellen Behandlung von Patient*innen wurden bereits unternommen. Es sollten jedoch weitere Studien zur Lehrsituation und den Erfahrungen, Interessen und Bedürfnissen der Studierenden angefertigt werden. Zur Ergänzung bedarf es außerdem regionaler Befragungen nach den Interessen, Erfahrungen und Bedürfnissen der Patient*innen, wodurch wichtige Anhaltspunkte für die Gestaltung des Lehrangebots zu KM gefunden werden können.

Für eine Normalisierung von KM als Teil des regulären Gesundheitssystems bedarf es ausgebreiteter Aufklärung unter Patient*innen und medizinischem Fachpersonal. Es muss kommuniziert werden, dass es keine Entweder-oder-Entscheidung zwischen konventioneller Medizin und KM sein muss, sondern, dass beide Richtungen am besten in gegenseitiger Ergänzung wirken können und gemeinsam zu einer ganzheitlichen und guten Behandlung von Patient*innen beitragen.

Ein Curriculum zu KM sollte interprofessionell gestaltet sein und den Studierenden Möglichkeiten zur Selbsterfahrung und zum Austausch geben.

5 Zusammenfassung

Komplementärmedizin (KM) kann zusätzlich zu konventioneller Medizin angewandt werden. Als Teil einer ganzheitlichen Behandlung hat ihre Bedeutung über die Jahre zugenommen.

Die WHO setzt sich für eine Integration von KM in das Gesundheitssystem ein. Dafür ist eine Weiterentwicklung der Ausbildung medizinischen Fachpersonals nötig. In der ärztlichen Approbationsordnung und dem nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) ist KM bereits fester Bestandteil. Der Umfang in der Lehre dazu stattfindet variiert jedoch stark und kann das Interesse der Studierenden negativ beeinflussen.

Diese Arbeit gibt Aufschluss über die Einstellungen, Erfahrungen und das Interesse Studierender und Patient*innen aus der Region Lübeck bezüglich KM als Teil der Behandlung. Dies soll Ausgangspunkt für die Entwicklung eines regional bedarfsgerechten Curriculums zu KM in medizinischer Ausbildung sein.

Es wurde je ein Fragebogen für Studierende und Patient*innen entwickelt. Im Rahmen strukturierter Konsensfindung mit wissenschaftlichen Kooperationspartnern anderer Institute wurden sie evaluiert und pilotiert. Patient*innen wurden in den Ambulanzen und Lehrpraxen des UKSH Campus Lübeck, Studierende während Lehrveranstaltungen befragt.

Mittels IBM SPSS Statistics 26 wurden die Daten verarbeitet und deskriptive Statistiken angefertigt. Für Ordinary-Least-Squares und Two-Stage-Least-Squares Analysen wurde STATA 15 verwendet.

Studierende haben eine positive Einstellung zu KM. Sie sehen es als Faktor für eine ganzheitliche Behandlung und sind unzufrieden mit der angebotenen Lehre. Sie stehen einer Erweiterung und Interprofessionalisierung der Lehre offen gegenüber. Der Bekanntheitsgrad von KM-Verfahren ist bei Studierenden und Patient*innen ähnlich hoch. Patient*innen erfahren die Beratung und Behandlung überwiegend von ihren Ärzt*innen und sind damit zufrieden. Die Hausärzt*innen werden meist über die Behandlung mit KM in Kenntnis gesetzt oder wenden sie selbst an.

KM als Teil der medizinischen Versorgung muss in Lehrplänen deutlicher hervorgehoben werden, so dass Studierende besser verstehen was es beinhaltet und wie man es einsetzt. Während des Studiums sollte mehr Gelegenheit zur Selbsterfahrung sein, damit Studierende nicht nur auf theoretische Kenntnis zurückgreifen können und KM besser als Teil der Behandlung zu verstehen. Eine Interprofessionalisierung der Lehre sollte angestrebt werden, da es Studierende unterstützt sich in ihrer beruflichen Rolle einzufinden. Darüber hinaus erlangen die Studierenden bessere Kenntnis über die Fähigkeiten und Arbeitsbereiche anderer Gesundheitsfachberufe.

6 Literatur

- Abbott, R. B., Hui, K.-K., Hays, R. D., Mandel, J., Goldstein, M., Winegarden, B., Glaser, D., & Brunton, L. (2011). Medical Student Attitudes toward Complementary, Alternative and Integrative Medicine. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine : eCAM*, 2011. <https://doi.org/10.1093/ecam/nep195>
- Aerny Perreten, N., Domínguez-Berjón, M. F., Astray Mochales, J., Esteban-Vasallo, M. D., Blanco Ancos, L. M., & López Pérez, M. Á. (2012). [Response rates in three opinion surveys performed through online questionnaires in the health setting]. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 477–479. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.016>
- Albadr, B. O., Alrukban, M., Almajed, J., Alotaibi, K., Alangari, A., Bawazir, A., & Aljasser, A. (2018). Attitude of Saudi medical students towards complementary and alternative medicine. *Journal of Family & Community Medicine*, 25(2), 120–126. https://doi.org/10.4103/jfcm.JFCM_98_17
- Balzer, K. (2018). *Der komplexe Fall: Pflege nach den Prinzipien der evidenzbasierten Praxis (WiPV2)*. Modulhandbuch ab WS 2018/2019. [https://www.uni-luebeck.de/index.php?id=11402&tx_webparser_pi1\[modulid\]=2072](https://www.uni-luebeck.de/index.php?id=11402&tx_webparser_pi1[modulid]=2072)
- BARMER. (2021). *Homöopathie – Behandlung & Kosten | BARMER*. <https://www.barmer.de/unsere-leistungen/leistungen-a-z/alternative-medizin/homoeopathie-9884>
- Barnes, P. M., Bloom, B., & Nahin, R. L. (2008). Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States, 2007. *National Health Statistics Report*, 12, 24.
- Beer, A.-M., & Ostermann, T. (2003). On the use of classical naturopathy and complementary medicine procedures in hospitals and clinics practicing gynecology and obstetrics in Germany. Results of a questionnaire survey. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 55(2), 73–81. <https://doi.org/10.1159/000070178>
- Buchan, S., Shakeel, M., Trinidad, A., Buchan, D., & Ah-See, K. (2012). The use of complementary and alternative medicine by nurses. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 21, 672–674, 676. <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.11.672>
- Bundesärztekammer. (2015). *Muster eines Kriterienkatalogs für die Qualitätsmerkmale eines krankheitsorientierten Zentrums—Kategorie 3: Evidenzbasierte Versorgung*. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/qualitaetssicherung/zentren-und-zertifizierung/qualitaetsmerkmale/muster/kategorie-3/>

- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (o. J.). *Erste Durchführungsverordnung zum Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) § 2*. Abgerufen 21. Januar 2018, von http://www.gesetze-im-internet.de/heilprgdv_1/___2.html
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2020, März). *Approbationsordnung für Ärzte*. http://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html
- Carney, P. A., Thayer, E. K., Palmer, R., Galper, A. B., Zierler, B., & Eiff, M. P. (2019). The benefits of interprofessional learning and teamwork in primary care ambulatory training settings. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 15, 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.03.011>
- Carstens Stiftung. (2019, Oktober 28). *Kristina Flügel über das Interprofessionelle Lehrmodul Komplementäre und Integrative Medizin*. <https://www.carstens-stiftung.de/artikel/kristina-flaegel-ueber-das-interprofessionelle-lehrmodul-komplementaere-und-integrative-medizin.html>
- Centre for Health Services and Policy Research. (o. J.). *Examples of PROMs | Patient Reported Outcomes*. Abgerufen 20. September 2021, von <https://patientreportedoutcomes.ca/what-are-pros/prom-examples/>
- Chang, H.-Y., & Chang, H.-L. (2015). A review of nurses' knowledge, attitudes, and ability to communicate the risks and benefits of complementary and alternative medicine. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11–12), 1466–1478. <https://doi.org/10.1111/jocn.12790>
- Chaterji, R., Tractenberg, R. E., Amri, H., Lumpkin, M., Amorosi, S. B. W., & Haramati, A. (2007). A large sample survey of first- and second-year medical student attitudes toward complementary and alternative medicine in the curriculum and practice. *Alternative therapies in health and medicine*, 13(1), 30–35.
- Cwienk, J. (2019). *Die Gier nach Papier und ihre Folgen*. DW.COM. <https://p.dw.com/p/3Ris9>
- DAK - Gesundheit. (o. J.). *Homöopathie*. Abgerufen 20. September 2021, von https://www.dak.de/dak/leistungen/homoeopathie-was-sie-wissen-sollten-2074970.html#
- Darlow, B., Coleman, K., McKinlay, E., Donovan, S., Beckingsale, L., Gray, B., Neser, H., Perry, M., Stanley, J., & Pullon, S. (2015). The positive impact of interprofessional education: A controlled trial to evaluate a programme for health professional students. *BMC Medical Education*, 15(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0385-3>

- Deutsche Krebsgesellschaft. (2014). *Krebshäufigkeit—Die aktuellen Zahlen*.
<https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/basis-informationen-krebs-allgemeine-informationen/krebshaeufigkeit-die-aktuellen-.html>
- Dunger, C., & Schnell, M. W. (2012). Nurses end-of-life decision making. Professional nurses about the application of complementary care for patients with breathlessness. *Pflege Zeitschrift*, 65(3), 170–175.
- Erfüllungsaufwand, E. (o. J.). *D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand*. 132.
- EuroQol Research Foundation. (2017). *How can EQ-5D be used – EQ-5D*.
<https://euroqol.org/eq-5d-instruments/how-can-eq-5d-be-used/>
- Fewell, F., & Mackrodt, K. (2005). Awareness and practice of complementary therapies in hospital and community settings within Essex in the United Kingdom. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11(2), 130–136.
<https://doi.org/10.1016/j.ctnm.2004.08.005>
- Flaherty, G., Fitzgibbon, J., & Cantillon, P. (2015). Attitudes of medical students toward the practice and teaching of integrative medicine. *Journal of Integrative Medicine*, 13(6), 412–415. [https://doi.org/10.1016/S2095-4964\(15\)60206-0](https://doi.org/10.1016/S2095-4964(15)60206-0)
- Frass, M., Strassl, R. P., Friehs, H., Müllner, M., Kundi, M., & Kaye, A. D. (2012). Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review. *The Ochsner Journal*, 12(1), 45–56.
- Frei-Erb, M., Lieverscheidt, H., & Stock-Schröer, B. (2014). *Curriculum Naturheilverfahren und Komplementärmedizin, Martin Frei-Erb / Hille Lieverscheidt / Beate Stock-Schröer, Lehrinhalte und Medizinididaktik mit Foliensammlung auf CD-ROM - Narayana Verlag*. KVC Verlag. https://www.narayana-verlag.de/Curriculum-Naturheilverfahren-und-Komplementaermedizin-Martin-Frei-Erb-Hille-Lieverscheidt-Beate-Stock-Schroeer/b16248?gclid=EAlaIQobChMIoPjr6_HZ8wIVkwCLCh2FyAPAEAYYASABEgKd7PD_BwE
- Gesundheitszentren für Deutschland. (2021a). In *Robert Bosch Stiftung* (S. 34–43). Robert Bosch Stiftung GmbH. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf
- Gesundheitszentren für Deutschland. (2021b). In *Robert Bosch Stiftung* (S. 44–49). Robert Bosch Stiftung GmbH. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf

- stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf
- Goldie, J. (2012). The formation of professional identity in medical students: Considerations for educators. *Medical Teacher*, 34(9), e641–e648.
<https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.687476>
- Greenpeace. (o. J.). *Papierverbrauch und Umweltzerstörung* | Greenpeace. Abgerufen 4. September 2021, von
<https://www.greenpeace.de/themen/waelder/waldnutzung/papierverbrauch-und-umweltzerstoerung>
- Henzen, S., Scheiwiler, P., & Sibalic, V. (2016). Einstellung von hausärztlichen Patientinnen und Patienten zu schul- und komplementärmedizinischen Verfahren—Ein Stimmungsbild. *Schweizerische Zeitschrift für Ganzheitsmedizin / Swiss Journal of Integrative Medicine*, 28(2), 105–116. <https://doi.org/10.1159/000445002>
- Hibbeler, B. (2006). Schulmedizin und Komplementärmedizin: Annäherung statt Verteidigung des eigenen Terrains. *Deutsches Ärzteblatt*, 51–52, A: 3456.
- Hoddinott, S. N., & Bass, M. J. (1986). The Dillman Total Design Survey Method. *Canadian Family Physician*, 32, 2366–2368.
- Jocham, A., Berberat, P. O., Schneider, A., & Linde, K. (2017). Why Do Students Engage in Elective Courses on Acupuncture and Homeopathy at Medical School? A Survey. *Complementary Medicine Research*, 24(5), 295–301.
<https://doi.org/10.1159/000468539>
- Johansen, M. E., Kircher, S. M., & Huerta, T. R. (2016). Reexamining the Ecology of Medical Care. *The New England Journal of Medicine*, 374(5), 495–496.
<https://doi.org/10.1056/NEJMc1506109>
- Jong, M., Lundqvist, V., & Jong, M. C. (2015). A cross-sectional study on Swedish licensed nurses' use, practice, perception and knowledge about complementary and alternative medicine. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 642–650.
<https://doi.org/10.1111/scs.12192>
- Kattge, S., Goetz, K., Glassen, K., & Steinhäuser, J. (2017). Job Profile of Non-Medical Practitioners: A Cross- Sectional Study from the Health Service Perspective. *Complementary Medicine Research*, 24(5), 285–289.
<https://doi.org/10.1159/000471851>
- Kennedy, D. A., Bernhardt, B., Snyder, T., Bancu, V., & Cooley, K. (2015). Complementary medical health services: A cross sectional descriptive analysis of a Canadian

- naturopathic teaching clinic. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 15, 37. <https://doi.org/10.1186/s12906-015-0550-6>
- Kern, D. E., Thomas, P. A., & Hughes, M. T. (Hrsg.). (2009). *Curriculum Development for Medical Education: A Six-Step Approach* (second edition edition). Johns Hopkins University Press.
- Kingsley, C., & Patel, S. (2017). Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Education*, 17(4), 137–144. <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw060>
- Klafke, N., Homberg, A., Glassen, K., & Mahler, C. (2016). Addressing holistic healthcare needs of oncology patients: Implementation and evaluation of a complementary and alternative medicine (CAM) course within an elective module designed for healthcare professionals. *Complementary Therapies in Medicine*, 29, 190–195. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.10.011>
- Klafke, N., Mahler, C., von Hagens, C., Blaser, G., Bentner, M., & Joos, S. (2016). Developing and implementing a complex Complementary and Alternative (CAM) nursing intervention for breast and gynecologic cancer patients undergoing chemotherapy—Report from the CONGO (complementary nursing in gynecologic oncology) study. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(5), 2341–2350. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-3038-5>
- Kreutzkamp, B. (2019). „Evidenz-Landkarte“ für Komplementärmedizin. *Schmerzmedizin*, 35(6), 20–20. <https://doi.org/10.1007/s00940-019-1193-3>
- Kusak, G., Gülich, M., Lay, W., Morfeld, M., Schwarzkopf, S. R., & Mau, W. (2008). Entwicklung der Lehre im Querschnittsbereich „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ an den medizinischen Fakultäten 2004-2006/07. *Die Rehabilitation*, 47(01), 2–7. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1004602>
- Lewith, G. T., Broomfield, J., & Prescott, P. (2002). Complementary cancer care in Southampton: A survey of staff and patients. *Complementary Therapies in Medicine*, 10(2), 100–106. <https://doi.org/10.1054/ctim.2002.0525>
- Linde, K., Buitkamp, M., Schneider, A., & Joos, S. (2012). Naturheilverfahren, komplementäre und alternative Therapien. In J. Böcken, B. Braun, & U. Repschläger, *Gesundheitsmonitor 2012. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen* (S. 118–135). Bertelsmann Stiftung.

- Little, C. V. (2013). Integrative health care: Implications for nursing practice and education. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 22(20), 1160–1164.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.20.1160>
- Loh, K. P., Ghorab, H., Clarke, E., Conroy, R., & Barlow, J. (2013). Medical students' knowledge, perceptions, and interest in complementary and alternative medicine. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 19(4), 360–366. <https://doi.org/10.1089/acm.2012.0014>
- Lübbers, C. W., & Endruscheit, U. (2021). Homöopathie – eine Therapieoption für die Praxis? *HNO*, 69(8), 679–690. <https://doi.org/10.1007/s00106-021-01061-w>
- Maibach-Nagel, E. (2017). Heilpraktikerwesen: Selbstbestimmung und Gefahr. *Deutsches Ärzteblatt*, 114(33–34), A 1523.
- Malhotra, N. (2006). Questionnaire design and scale development. *The handbook of marketing research: Uses, misuses, and future advances*, 176–202.
- Medizinischer Fakultätentag. (2015). Therapeutische Prinzipien. In *Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin* (S. Kapitel 16). Medizinischer Fakultätentag der Bunderepublik Deutschland e.V.
<http://www.nklm.de/kataloge/nklm/lernziel/uebersicht>
- Medizinischer Fakultätentag. (2021a). *Kompetenzbasierter Lernzielkatalog (NKLM, NKLZ)—Aus den Fakultäten und für die Fakultäten*. <https://medizinische-fakultaeten.de/themen/studium/nklm-nklz/>
- Medizinischer Fakultätentag. (2021b). Therapeutische Maßnahmen—Physisikalische Medizin, Naturheilverfahren. In *Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2* (2. Aufl., S. VII.3-18). Medizinischer Fakultätentag der Bunderepublik Deutschland e.V.
<https://nklm.de/zend/objective/list/orderBy/@objectivePosition/modul/200529>
- Naturheilmittel 2010*. (o. J.). Abgerufen 4. September 2021, von https://www.ifd-allensbach.de/fileadmin/studien/7528_Naturheilmittel_2010.pdf
- „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“. (2021). Robert Bosch Stiftung GmbH. <https://www.neustart-fuer-gesundheit.de/sites/default/files/documents/2021-06/Die%20Neustart%21%20Zukunftsagenda.pdf>
- Novustat. (2019, März 4). *Logistische Regression SPSS richtig einsetzen—Wann macht sie Sinn?* Statistik Service. <https://novustat.com/statistik-blog/logistische-regression-spss-richtig-einsetzen.html>
- Ortiz, M., Soom Ammann, E., Salis Gross, C., Schnabel, K., Walbaum, T., Binting, S., Fischer, H. F., Teut, M., Kottner, J., Suhr, R., & Brinkhaus, B. (2014). Complementary

- medicine in nursing homes-results of a mixed methods pilot study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14, 443. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-443>
- Porst, R. (2009). Questions Wording—Zur Formulierung von Fragebogen-Fragen, Besondere Fragetypen und Formate, Zur Dramaturgie des Fragebogens. In *Fragebogen—Ein Arbeitsbuch* (2. Auflage, S. 99–147). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Porst, R. (2013). Fragenprogramm, Datenerhebung und methodische Probleme. In *Praxis der Umfrageforschung* (S. 54). Springer-Verlag.
- Psychyrembel Online | Alternativmedizin. (2021, Mai).
<https://www.psychyrembel.de/alternativmedizin/K0QL5/doc/>
- Querschnittstudie. (2021). Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik.
<https://lexikon.stangl.eu/5010/querschnittstudie>
- Querschnittstudie vs. Längsschnittstudie in der Abschlussarbeit. (2019). Scribbr.
<https://www.scribbr.de/methodik/querschnittstudie-laengsschnittstudie/>
- QuestionsPro Umfrage Software. (2021). *Rücklaufquoten und Responsequoten bei Umfragen*. Feedback bei Umfragen. <https://eu.questionpro.de/responsequote-ruecklaufquote-online-umfrage/>
- Quintana, Y., Feightner, J. W., Wathen, C. N., Sangster, L. M., & Marshall, J. N. (2001). Preventive health information on the Internet. Qualitative study of consumers' perspectives. *Canadian Family Physician*, 47, 1759–1765.
- Rahn, A. (2018). *Journal Club (Pflege) (PWIII)*. Modulhandbuch ab WS 2018/2019.
[https://www.uni-luebeck.de/index.php?id=11402&tx_webparser_pi1\[modulid\]=1258](https://www.uni-luebeck.de/index.php?id=11402&tx_webparser_pi1[modulid]=1258)
- Rebscher, H. (2016). *DAK-Gesundheitsreport: Warum Frauen und Männer anders krank sind*. Gesundheitsreport 2016.
<https://www.dak.de/dak/bundesthemen/gesundheitsreport-2016-2108986.html>
- Reegen, J. (2020). 5 Think-Aloud-Methode. In *Werbe- und Kommunikationsforschung* (S. 75–88). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
<https://doi.org/10.5771/9783748902058-75>
- Schwarz, S., Messerschmidt, H., Völzke, H., Hoffmann, W., Lucht, M., & Dören, P. M. (2008). Use of complementary medicinal therapies in West Pomerania: A population-based study. *Climacteric*, 11(2), 124–134. <https://doi.org/10.1080/13697130801930674>
- Statista. (2010). *Arztbesuch: Häufigkeit in den letzten 12 Monaten nach Alter*. Statista.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/167383/umfrage/arztbesuch-haeufigkeit-in-den-letzten-12-monaten-nach-alter/>

- Statista. (2020). *Durchschnittsalter der Bevölkerung in Deutschland nach Staatsangehörigkeit 2019*. Statista.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/723069/umfrage/durchschnittsalter-der-bevoelkerung-in-deutschland-nach-staatsangehoerigkeit/>
- Statistisches Bundesamt. (2020a). *Durchschnittliche Nutzung des Internets durch Personen nach Altersgruppen*. Statistisches Bundesamt.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/IT-Nutzung/Tabellen/durchschnittl-nutzung-alter-ikt.html>
- Statistisches Bundesamt. (2020b). *Städte (Alle Gemeinden mit Stadtrecht) nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte am 31.12.2019*.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/05-staedte.html>
- Statistisches Bundesamt. (2021a). *Demografischer Wandel*. Statistisches Bundesamt.
https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html
- Statistisches Bundesamt. (2021b). *Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht*. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23621-0001&zeitscheiben=10#abreadcrumb>
- Statistisches Bundesamt. (2021c). *Studierende: Bundesländer, Semester, Nationalität, Geschlecht*. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=21311-0005&zeitscheiben=1#abreadcrumb>
- Stock-Schröer, B., Huber, R., Joos, S., & Klose, P. (2017). Evaluation of the current status of Rehabilitation, Physical Medicine and Naturopathy education 10 years after the reform of the Medical Licensure Act – a nationwide survey of German Medical Universities. *GMS Journal for Medical Education*, 34(1), Doc3. <https://doi.org/10.3205/zma001080>
- Studienverlaufsplan_2017_18__2_.pdf*. (o. J.). Abgerufen 25. Juni 2021, von https://www.uniluebeck.de/fileadmin/uzl_physiotherapie/Stundenverlaufsplaene/Studienverlaufsplan_2017_18__2_.pdf
- Studienverlaufsplan_Pflege_UzL_20160704_GKP.pdf*. (o. J.). Abgerufen 25. Juni 2021, von https://www.uniluebeck.de/fileadmin/uzl_pflege/Studienplaene/Studienverlaufsplan_Pflege_UzL_20160704_GKP.pdf

- Techniker Krankenkasse. (o. J.). *Übernehmen Sie die Kosten für homöopathische Behandlungen?* Die Techniker. Abgerufen 20. September 2021, von <https://www.tk.de/techniker/leistungen-und-mitgliedschaft/informationen-versicherte/leistungen/weitere-leistungen/alternative-medizin/alternative-behandlungsmethoden/kosten-homoeopathie-2002136>
- Tonsaker, T., Bartlett, G., & Trpkov, C. (2014). Health information on the Internet. *Canadian Family Physician*, 60(5), 407–408.
- Universität zu Lübeck. (o. J.). *Sozialmedizin (Blockpraktikum)*. Abgerufen 5. September 2021, von <https://www.uni-luebeck.de/studium/studiengaenge/humanmedizin/studieren-lehren/klinik/4-studienjahr/pflichtcurriculum-des-4-studienjahres/sozialmedizin-blockpraktikum-deckt-ab-epidemiologie-medizinische-biometrie-und-medizinische-informatikq-teilgebiet-epidemiologie-arbeitsmedizin-und-sozialmedizin-gesundheitsoekonomie-gesundheitssystem-oeffentliche-gesundheitspflege-q.html>
- Universität zu Lübeck, V. (2021). *Studiengänge zu Medizin und Gesundheit*. <https://www.uni-luebeck.de/studium.html#c40723>
- Valentini, J., Glassen, K., Eicher, C., Washington-Dorando, P., Weinschenk, S., Musselmann, B., Steinhäuser, J., & Joos, S. (2018). ["Critical discussion should be encouraged!"—A qualitative analysis of medical students' evaluation of a complementary medicine course]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (1946), 143(14), e125–e130. <https://doi.org/10.1055/a-0575-6851>
- Weber, M., Schmiedel, S., Nauck, F., & Alt-Epping, B. (2016). Wissen und Selbsteinschätzung in Bezug auf palliativmedizinische Fragestellungen bei Medizinstudierenden. *Der Schmerz*, 3(30), 279–285. <https://doi.org/10.1007/s00482-015-0055-8>
- Widmer, M., Dönges, A., Wapf, V., Busato, A., & Herren, S. (2006). The supply of complementary and alternative medicine in Swiss hospitals. *Forschende Komplementärmedizin* (2006), 13(6), 356–361. <https://doi.org/10.1159/000097254>
- Willich, S. N., Girke, M., Hoppe, J.-D., Kiene, H., Klitzsch, W., Matthiessen, P. F., Meister, P., Ollenschläger, G., & Heimpel, H. (2004). Schulmedizin und Komplementärmedizin: Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden. *Deutsches Ärzteblatt*, 19, 101: A 1314-1319.
- Wirtschaftspsychologische Gesellschaft. (2021). *Umfrage: Teilnehmer motivieren, Rücklaufquote erhöhen*. <https://wpgs.de/fachtexte/frageboegen/umfragen-befragungen-motivieren-responserate-ruecklaufquote-erhoehen/>

- Woermann, U., Weltsch, L., Kunz, A., Stricker, D., & Guttormsen, S. (2016). Attitude towards and Readiness for Interprofessional Education in Medical and Nursing Students of Bern. *GMS Journal for Medical Education*, 33(5), Doc73.
<https://doi.org/10.3205/zma001072>
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
- World Health Organization. (2013a). *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013*.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK298953/>
- World Health Organization (Hrsg.). (2013b). *WHO traditional medicine strategy. 2014-2023*. World Health Organization.
- Ziegler, P. Dr. A., & König, Dr. I. (2016). Korrelation und Regression. In *Skiptum zur Lehrveranstaltung Epidemiologie, Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik—Teilgebiet Medizinische Biometrie*.
- Zollman, C., & Vickers, A. (1999). Users and practitioners of complementary medicine. *BMJ: British Medical Journal*, 319(7213), 836–838.

7 Anhang

7.1 Fragebogen Studierende



Befragung von Studentinnen und Studenten der Universität zu Lübeck zu komplementärmedizinischen Verfahren

Eine Umfrage des Instituts für Allgemeinmedizin
des Universitätsklinikums Schleswig-Holsteins, Campus Lübeck
in Kooperation mit der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege und dem
Bereich experimentelle Orthopädie und Unfallchirurgie
im Jahr 2018

Sollten Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen, wenden Sie sich gerne an:

Ansprechpartner: Kristina Flägel
Telefonnummer: 0451 3101 8012
Email-Adresse: kristina.flaegel@uni-luebeck.de

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Falls Sie eine Antwort korrigieren möchten, nehmen Sie die Korrektur bitte deutlich sichtbar vor und umkreisen die richtige Antwort:



Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage.

Bitte verwenden Sie zum Ausfüllen des Fragebogens einen Kugelschreiber.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Begriffserklärung

Im Folgenden werden Ihnen kurz zentrale Begriffe dieses Fragebogens erklärt. Bitte lesen sie diese aufmerksam durch, um die Fragen bestmöglich beantworten zu können.

Komplementärmedizinische Verfahren sind Verfahren, die die schulmedizinischen Maßnahmen zur Behandlung einer Erkrankung oder von Beschwerden unterstützen und so ein ganzheitliches Therapieprogramm ermöglichen. Sie dienen nicht als Ersatz für eine klassische schulmedizinische Therapie.

Phytotherapie bezeichnet die Therapie mit ausschließlich aus Pflanzenteilen hergestellten Mitteln. Dazu zählen z.B. Tees, die aus rein pflanzlichen Stoffen bestehen.

Ernährungstherapie beinhaltet die optimale Versorgung mit gesundheitsrelevanten Nährstoffen sowie therapeutisches Fasten, um ernährungsabhängige Erkrankungen oder krankheitsbedingte Ernährungsprobleme zu therapieren.

Aromatherapie bezeichnet die Behandlung von Erkrankungen oder Linderung von Beschwerden mittels Anwendung ätherischer Öle.

1. Bitte kreuzen Sie jeweils an, welche komplementärmedizinischen Verfahren Sie beschreiben können. (Mehrfachantworten möglich)

- Pflanzenheilkunde / Phytotherapie..... ☐
- Ernährungstherapie / Diätetik..... ☐
- Heilbehandlungen mit Wasseranwendung / Hydro- / Balneotherapie (z.B. Bäder, Wassertreten, Wickel) ☐
- Homöopathie..... ☐
- Akupunktur ☐
- Aromatherapie ☐
- Ausleitende Verfahren (z.B. Schröpfen, Blutegeltherapie) ☐
- Manuelle Medizin / Manuelle Therapie (z.B. Osteopathie, Massagen) ☐
- Entspannungstechniken (z.B. Meditation, Autogenes Training). ☐
- Andere, und zwar:

2. Wie häufig haben Sie Beschwerden, die Sie mit einem der folgenden Verfahren behandeln? Bitte wählen Sie **pro Verfahren die zutreffendste Antwort**.

	mind. einmal in der Woche	mind. einmal in drei Monaten	mind. einmal in zwölf Monaten	seltener als einmal in zwölf Monaten	nie
Pflanzenheilkunde / Phytotherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Ernährungstherapie / Diätetik	☐	☐	☐	☐	☐
Heilbehandlungen mit Wasseranwendung / Hydro- / Balneotherapie (z.B. Bäder, Wassertreten, Wickel)	☐	☐	☐	☐	☐
Homöopathie	☐	☐	☐	☐	☐
Akupunktur	☐	☐	☐	☐	☐
Aromatherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Ausleitende Verfahren (z.B. Schröpfen, Blutegeltherapie)	☐	☐	☐	☐	☐

	mind. einmal in der Woche	mind. einmal in drei Monaten	mind. einmal in zwölf Monaten	seltener als einmal in zwölf Monaten	nie
Manuelle Medizin / Manuelle Therapie (z.B. Osteopathie, Massagen)	☐	☐	☐	☐	☐
Entspannungstechniken (z.B. Meditation, autogenes Training)	☐	☐	☐	☐	☐
Anderes, und zwar: _____	☐	☐	☐	☐	☐

3. Falls zutreffend, für welche Beschwerde(n)/Erkrankung(en) haben Sie das/die komplementärmedizinische/n Verfahren angewendet?

4. Auf einer Skala von 0 (gar nicht wichtig) bis 10 (absolut wichtig): Für wie wichtig empfinden Sie komplementärmedizinische Verfahren für Ihren späteren Beruf?

gar nicht wichtig	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	absolut wichtig
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Können Sie sich vorstellen, die folgenden komplementärmedizinischen Verfahren in Ihrem späteren Beruf zu nutzen? Bitte kreuzen Sie **eine Antwort pro Verfahren** an.

	Ja	Nein
Pflanzenheilkunde / Phytotherapie	☐	☐
Ernährungstherapie / Diätetik	☐	☐
Heilbehandlungen mit Wasseranwendung / Hydro- / Balneotherapie (z.B. Bäder, Wassertreten, Wickel)	☐	☐

	Ja	Nein
Homöopathie	☐	☐
Akupunktur	☐	☐
Aromatherapie	☐	☐
Ausleitende Verfahren (z.B: Schröpfen, Blutegeltherapie)	☐	☐
Manuelle Medizin / Manuelle Therapie (z.B. Osteopathie, Massagen)	☐	☐
Entspannungstechniken (z.B. Meditation, autogenes Training)	☐	☐
Anderes, und zwar: _____	☐	☐

6. Auf einer Skala von 0 (gar kein Interesse) bis 10 (sehr großes Interesse): Wie interessiert sind Sie an Komplementärmedizin?

gar kein Interesse										sehr großes Interesse	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Falls Sie Interesse an komplementärmedizinischen Verfahren haben: Bitte nennen Sie hierfür Ihre Gründe. (Mehrfachantworten möglich)

- Konventionelle Medizin ist nicht ausreichend für die ganzheitliche Betrachtung des Menschen..... ☐
- Positive Erfahrungen im Umfeld ☐
- Positive, eigene Erfahrungen ☐
- Familiäre Prägung ☐
- Komplementärmedizin als Trend ☐
- Wunsch, Verfahren selbst am eigenen Körper anzuwenden ☐
- Wunsch, Verfahren in der Therapie von Patientinnen und Patienten anzuwenden ☐
- Wunsch, Patientinnen und Patienten zu Komplementärmedizin beraten zu können ☐
- Komplementärmedizinische Verfahren als finanzielle Einnahmequelle ☐
- Anderes, und zwar: _____

8. Wie ist Ihre generelle Einstellung zu Komplementärmedizin?

sehr negativ				neutral				sehr positiv		
-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Bitte geben Sie im Folgenden an, für wie wichtig Sie **theoretische Kenntnisse** über komplementärmedizinische Verfahren für die jeweilige Profession empfinden.

	wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
Humanmedizin	☐	☐	☐	☐
Pflege	☐	☐	☐	☐
Physiotherapie	☐	☐	☐	☐
Hebammenwissenschaft	☐	☐	☐	☐
Logopädie	☐	☐	☐	☐
Ergotherapie	☐	☐	☐	☐

10. Bitte geben Sie im Folgenden an, für wie wichtig Sie die **praktische Anwendung** von komplementärmedizinischen Verfahren für die jeweilige Profession empfinden.

	wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
Humanmedizin	☐	☐	☐	☐
Pflege	☐	☐	☐	☐
Physiotherapie	☐	☐	☐	☐
Hebammenwissenschaft	☐	☐	☐	☐
Logopädie	☐	☐	☐	☐
Ergotherapie	☐	☐	☐	☐

11. In welcher Form werden komplementärmedizinische Verfahren in Ihrem Studiengang gelehrt?
(Mehrfachantworten möglich)

- Seminar ☐
- Vorlesung ☐
- Praktikum ☐
- Wahlfach ☐
- Es findet dazu keine Lehre statt. ☐
- Kann ich nicht beurteilen. ☐

12. Wie zufrieden sind Sie mit dem aktuellen Lehrangebot zu komplementärmedizinischen Verfahren?

sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden	kann ich nicht beurteilen
☐	☐	☐	☐	☐

13. Würden Sie im Rahmen Ihres Studiums gerne mehr über komplementärmedizinische Verfahren lernen?

Ja, als Teil des Pflichtcurriculums	Ja, in einem Wahlfach	Nein
☐	☐	☐

14. Das derzeitige Lehrangebot zu Komplementärmedizin sollte durch folgende Elemente ergänzt werden: (Mehrfachantworten möglich)

- Seminar ☐
- Vorlesung ☐
- Praktikum ☐
- Wahlfach ☐
- Gar nicht ☐
- Kann ich nicht beurteilen. ☐
- Anderes, und zwar: _____

15. Würden Sie es begrüßen, dass komplementärmedizinische Inhalte interprofessionell vermittelt werden, d.h. in Veranstaltungen, von denen Medizin-, Pflege-, Physiotherapiestudentinnen und –studenten sowie weitere gesundheitswissenschaftliche Studentinnen und Studenten profitieren?

würde ich voll und ganz begrüßen	würde ich begrüßen	würde ich eher begrüßen	würde ich eher nicht begrüßen	würde ich nicht begrüßen	würde ich gar nicht begrüßen
☐	☐	☐	☐	☐	☐

16. Wenn Sie verpflichtend komplementärmedizinische Inhalte vermittelt bekommen und sich aussuchen könnten, ob diese Veranstaltung in einer interprofessionellen Gruppe oder nur mit Studentinnen und Studenten der gleichen Fachrichtung (uniprofessionell) stattfinden würde, wie würden Sie sich entscheiden?

Für eine interprofessionelle Veranstaltung ☐

Für eine uniprofessionelle Veranstaltung ☐

Keine Präferenz ☐

Kann ich nicht entscheiden ☐

17. Haben Sie weitere Anregungen und Wünsche bezüglich des Lehrangebots zu komplementärmedizinischen Verfahren?

18. Bitte bewerten Sie folgende Aussage: Teamarbeit verbessert die Qualität der Patientenversorgung.

stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen
☐	☐	☐	☐	☐

Fragen zum Bewegungsablauf

Bewegung nimmt einen großen Stellenwert innerhalb der Komplementärmedizin ein. Im Folgenden möchten wir Ihnen Fragen zu Ihrem Gang, das heißt zu dem Bewegungsablauf beim Gehen stellen. Dieser umfasst zum Beispiel Gangbild, -haltung und -geschwindigkeit.

19. Wie wichtig ist Ihnen Ihr Bewegungsablauf beim Gehen?

sehr wichtig	eher wichtig	eher nicht wichtig	nicht wichtig	weiß nicht
☐	☐	☐	☐	☐

20. Hatten Sie bereits oder haben Sie aktuell Probleme mit dem Gang?

Ja ☐

Nein ☐

➔ weiter mit
Frage 23

21. Bitte beschreiben Sie in Stichworten Ihr(e) Problem(e) mit dem Gang.

22. Ist das Problem bzw. sind die Probleme untersucht worden?

Ja ☐

Nein ☐

Persönliche Angaben

23. In welchem Jahr sind Sie geboren? _ _ _ _

24. Ihr Geschlecht?

Weiblich ☐

Männlich ☐

25. In welchem Studiengang sind Sie immatrikuliert?

Humanmedizin ☐

Pflege ☐

Physiotherapie ☐

Hebammenwissenschaft..... ☐

Anderer, und zwar _____

26. In welchem Fachsemester sind Sie? ____ ____

27. Welche Ausbildung haben Sie vor Ihrem Studium absolviert?

Keine ☐

Gesundheits- und Krankenpflege ☐

Physiotherapie ☐

Hebamme/Entbindungspfleger ☐

Medizinische(r) Fachangestellte(r) ☐

Medizinisch-technische/r Radiologie-Assistent/in ☐

Operationstechnische/r Assistent/in ☐

Ausbildung im Rettungswesen..... ☐

Heilpraktiker/-in ☐

Andere, und zwar _____

Sollten Sie noch Anmerkungen haben, können Sie diese gerne hier notieren:

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

7.2 Aufklärungsbogen Patient*innen



Informationen zur Befragung

Befragung von Patientinnen und Patienten zu komplementärmedizinischen Verfahren

Studienleitung

Prof. Dr. Jost Steinhäuser
Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Tel.: 0451-3101-8000
E-Mail: jost.steinhaeuser@uksh.de

Zentrale Kontaktstelle

Kristina Flägel
Institut für Allgemeinmedizin
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Tel.: 0451 3101-8012
Fax: 0451 3101-8004
E-Mail: kristina.flaegel@uni-luebeck.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir laden Sie hiermit herzlich ein, den Ihnen vorliegenden Fragebogen zu komplementärmedizinischen Verfahren zu beantworten. Der Fragebogen dient dazu, zu erfahren, welche komplementärmedizinischen Verfahren Sie kennen, anwenden und/oder als Teil Ihrer Behandlung wünschen. Unter komplementärmedizinischen Verfahren verstehen wir alle Verfahren, die die schulmedizinischen Maßnahmen zur Behandlung einer Erkrankung oder von Beschwerden unterstützen. Sie dienen nicht als Ersatz für eine klassische schulmedizinische Therapie.

Sie helfen uns mit Ihrer Teilnahme, die Lehre für Studierende der Gesundheitsberufe der Universität zu Lübeck im Bereich Komplementärmedizin besser auf die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten auszurichten. Aus diesem Grund sind Sie auch eingeladen den Fragebogen auszufüllen, wenn Sie keinerlei komplementärmedizinische Verfahren kennen oder anwenden, damit wir ein vollständiges Bild der Patientenbedürfnisse bekommen.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig und beinhaltet das Ausfüllen des Fragebogens, welches ca. 10 min in Anspruch nehmen wird. Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgt anonym. Bitte geben Sie den Fragebogen, sobald Sie diesen ausgefüllt haben, in die bereitgestellte Sammelbox zurück.

Gerne beantworten wir Ihre Fragen zu der Befragung telefonisch (Frau Kristina Flägel, 0451 3101-8012) oder per Mail (kristina.flaegel@uni-luebeck.de).

Mit dem Zurückgeben Ihres Fragebogens willigen Sie ein, dass das Institut für Allgemeinmedizin des UKSH, Campus Lübeck Ihre Angaben auswerten und publizieren darf. Dritte erhalten keine Einsicht in die Originalunterlagen. Da die Fragen anonym erhoben werden, können Sie nicht nachträglich von Ihrer Studienteilnahme zurücktreten, sobald Sie den Fragebogen zurückgegeben haben.

Gemäß der am 25. Mai 2018 in Kraft getretenen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) möchten wir Sie auf folgende Informationen hinweisen:

Die Datenverarbeitung in dem Projekt erfolgt nach §22 und §27 des Bundesdatenschutzgesetzes. Die verantwortliche Person für die Datenverarbeitung ist die Studienleitung Herr Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser.

Die Datenschutzbeauftragte des Instituts für Allgemeinmedizin ist Frau PD Dr. Katja Götz, Tel. 0451 3101-8010; katja.goetz@uni-luebeck.de und steht Ihnen für Rückfragen gern zur Verfügung.

Des Weiteren möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Beschwerderechts bei dem Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-

Holstein in Kiel und der zuständigen Landesdatenschutzbeauftragten (Frau Marit Hansen, Tel. 0431-9881200) besteht.

Sie haben das Recht Auskunft (einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie) über die sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten sowie ggf. deren Berichtigung oder Löschung zu verlangen.

Da wir großen Wert auf Ihre Meinung, Ihre Ideen und Vorschläge legen, sind wir für jede Form von Feedback dankbar. Sie können hierfür Ihre Anmerkungen am Ende des Fragebogens notieren.



Prof. Dr. Jost Steinhäuser

7.3 Fragebogen Patient*innen



Befragung von Patientinnen und Patienten zu komplementärmedizinischen Verfahren*

***Komplementärmedizinische Verfahren** sind Verfahren, die die schulmedizinischen Maßnahmen zur Behandlung einer Erkrankung oder von Beschwerden unterstützen. Sie dienen nicht als Ersatz für eine klassische schulmedizinische Therapie.

Eine Umfrage des Instituts für Allgemeinmedizin
des Universitätsklinikums Schleswig-Holsteins, Campus Lübeck
in Kooperation mit der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege und dem
Bereich experimentelle Orthopädie und Unfallchirurgie
im Jahr 2018

Sollten Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen, wenden Sie sich gerne an:

Ansprechpartner: Kristina Flägel
Telefonnummer: 0451 3101 8012
Email-Adresse: kristina.flaegel@uni-luebeck.de

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Falls Sie eine Antwort korrigieren möchten, nehmen Sie die Korrektur bitte deutlich sichtbar vor und umkreisen die richtige Antwort:



Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage.

Bitte verwenden Sie zum Ausfüllen des Fragebogens einen Kugelschreiber.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Begriffserklärungen

Im Folgenden werden Ihnen kurz zentrale Begriffe dieses Fragebogens erklärt. Bitte lesen Sie diese aufmerksam durch, um die Fragen bestmöglich beantworten zu können.

Komplementärmedizinische Verfahren sind Verfahren, die die schulmedizinischen Maßnahmen zur Behandlung einer Erkrankung oder von Beschwerden unterstützen und so ein ganzheitliches Therapieprogramm ermöglichen. Sie dienen nicht als Ersatz für eine klassische schulmedizinische Therapie.

Phytotherapie bezeichnet die Therapie mit ausschließlich aus Pflanzenteilen hergestellten Mitteln. Dazu zählen z.B. Tees, die aus rein pflanzlichen Stoffen bestehen.

Ernährungstherapie beinhaltet die optimale Versorgung mit gesundheitsrelevanten Nährstoffen sowie therapeutisches Fasten, um ernährungsabhängige Erkrankungen oder krankheitsbedingte Ernährungsprobleme zu therapieren.

Aromatherapie bezeichnet die Behandlung von Erkrankungen oder Linderung von Beschwerden mittels Anwendung ätherischer Öle.

1. Auf einer Skala von 0 (gar kein Interesse) bis 10 (sehr großes Interesse): Wie interessiert sind Sie an komplementärmedizinischen Verfahren als Teil Ihrer Behandlung?

gar kein Interesse											sehr großes Interesse
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Bitte kreuzen Sie jeweils an, welche komplementärmedizinischen Verfahren Sie beschreiben (das heißt Inhalte grob benennen) können. (*Mehrfachantworten sind möglich*)

Pflanzenheilkunde / Phytotherapie ☐

Ernährungstherapie / Diätetik ☐

Heilbehandlungen mit Wasseranwendung / Hydro- / Balneotherapie (z.B. Bäder, Wassertreten, Wickel) ☐

Homöopathie ☐

Akupunktur ☐

Aromatherapie ☐

- Ausleitende Verfahren (z.B. Schröpfen, Blutegeltherapie) ☐
- Manuelle Medizin / Manuelle Therapie (z.B. Osteopathie, Massagen) ☐
- Entspannungstechniken (z.B. Meditation, Autogenes Training)..... ☐
- Andere, und zwar: _____

3. Wie häufig haben Sie Beschwerden, die Sie mit einem der folgenden Verfahren behandeln?
*Bitte wählen Sie **pro Verfahren die zutreffendste Antwort**.*

	mind. einmal in der Woche	mind. einmal in drei Monaten	mind. einmal in zwölf Monaten	seltener als einmal in zwölf Monaten	nie
Pflanzenheilkunde / Phytotherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Ernährungstherapie / Diätetik	☐	☐	☐	☐	☐
Heilbehandlungen mit Wasseranwendung / Hydro- / Balneotherapie (z.B. Bäder, Wassertreten, Wickel)	☐	☐	☐	☐	☐
Homöopathie	☐	☐	☐	☐	☐
Akupunktur	☐	☐	☐	☐	☐
Aromatherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Ausleitende Verfahren (z.B. Schröpfen, Blutegeltherapie)	☐	☐	☐	☐	☐
Manuelle Medizin / Manuelle Therapie (z.B. Osteopathie, Massagen)	☐	☐	☐	☐	☐
Entspannungstechniken (z.B. Meditation, Autogenes Training)	☐	☐	☐	☐	☐
Anderes, und zwar: _____	☐	☐	☐	☐	☐

Falls Sie **keine** komplementärmedizinischen Verfahren bei sich anwenden, gehen Sie bitte **weiter zu Frage 7**.

4. a. Falls Sie komplementärmedizinische Verfahren anwenden, zu welcher Berufsgruppe gehör(t)e(n) Ihr/-e Behandler/-in? *(Mehrfachantworten sind möglich)*

Ärztin / Arzt ☐

Gesundheits- und Krankenpfleger/-in ☐

Physiotherapeut/-in ☐

Heilpraktiker/-in ☐

Ich wende komplementärmedizinische Verfahren selbstständig an ☐

Zu einer anderen Berufsgruppe, und zwar:

- b. Wie wurden Sie durch Ihre/-n Behandler/-in über das/die Verfahren informiert?
(Mehrfachantworten sind möglich)

Beratungsgespräch ☐

Broschüre / Flyer ☐

Verweis auf Internetseiten ☐

Anders, und zwar:

Ich wurde nicht aufgeklärt ☐

- c. Wie zufrieden waren Sie mit der Beratung durch Ihre/-n Behandler/-in?

	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher un- zufrieden	sehr un- zufrieden	Kann ich nicht beurteilen.
Ärztin / Arzt	☐	☐	☐	☐	☐
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	☐	☐	☐	☐	☐
Physiotherapeut/-in	☐	☐	☐	☐	☐
Heilpraktiker/-in	☐	☐	☐	☐	☐
Andere, und zwar:	☐	☐	☐	☐	☐

5. Haben Sie Ihre/-n behandelnde/-n Hausärztin/Hausarzt darüber informiert, dass Sie komplementärmedizinische Verfahren verwenden? *(Mehrfachantworten sind möglich)*

Ja, sie/er hat das Verfahren selbst angeboten ☐

Ja, sie/er hat mich an eine/-n entsprechende/-n Behandler/-in über- bzw. verwiesen ☐

Ja, ich habe ihr/ihm davon berichtet ☐

Nein ☐

6. Für welche Beschwerde(n)/Erkrankung(en) nutz(t)en Sie komplementärmedizinische Verfahren?

7. Von wem/wie möchten Sie **am ehesten** über die Anwendung von komplementärmedizinischen Verfahren informiert werden? Bitte wählen Sie nur **eine Antwortmöglichkeit** aus.

Ärztin / Arzt ☐

Gesundheits- und Krankenpfleger/-in ☐

Physiotherapeut/-in ☐

Heilpraktiker/-in ☐

Durch entsprechende Internetseiten ☐

Andere, und zwar:

8. Wer sollte bei Ihnen **am ehesten** komplementärmedizinische Verfahren anwenden? Bitte wählen Sie nur **eine Antwortmöglichkeit** aus.

Ärztin / Arzt ☐

Gesundheits- und Krankenpfleger/-in ☐

Physiotherapeut/-in ☐

Heilpraktiker/-in: ☐

Andere, und zwar:

9. Wie ist Ihre generelle Einstellung zu Komplementärmedizin?

sehr negativ					neutral					sehr positiv	
-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Persönliche Angaben

10. In welchem Jahr sind Sie geboren? _ _ _ _

11. Ihr Geschlecht?

Weiblich ☐

Männlich ☐

12. Welche Erwerbssituation trifft auf Sie zu?

Erwerbstätig ☐

Nicht erwerbstätig ☐

13. Wie sind Sie krankenversichert? (Bitte auch angeben, wenn Sie nicht selbst Beiträge zahlen, sondern als Familienmitglied oder anders mitversichert sind.)

In einer gesetzlichen Versicherung ☐

Ausschließlich privat versichert / in der Beihilfe versichert ☐

Sollten Sie noch Anmerkungen haben, können Sie diese gerne hier notieren:

7.4 Ethikvotum: Erstantrag Juli 2017



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck - Ratzeburger Allee 160 - 23538 Lübeck

Herrn
Prof. Dr. med. J. Steinhäuser
Direktor des Institutes für Allgemeinmedizin

im Hause

Ethik-Kommission

Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Universität zu Lübeck
Stellv. Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann
Tel.: +49 451 3101 1008
Fax: +49 451 3101 1024

ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 17-200

Datum: 13. Juli 2017

Sitzung der Ethik-Kommission am 06. Juli 2017

Antragsteller: Herr Prof. Dr. Steinhäuser

Titel: Analyse des Ausbildungsbedarfs und Herausstellen von professionsorientiertem Wissen mit Erarbeitung von Kompetenzprofilen der Berufsgruppen Medizin, Pflege und Physiotherapie in der Komplementärmedizin

Sehr geehrter Herr Prof. Steinhäuser,

der Antrag wurde unter berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten geprüft.

Das folgende Votum bezieht sich nur auf die im Studienprotokoll genannte Befragung von Ärzten, Pflegefachpersonal, medizinische Fachangestellte und MTA.

Die Kommission hat **nach der Berücksichtigung** folgender **Hinweise** keine Bedenken: Das Studienprotokoll ist um eine Begründung der Anzahl von N=25 Studienteilnehmer sowie um genauere Ausführungen zur Analyse der qualitativen Studiendaten zu ergänzen. Die Einwilligungserklärung sollte keine Studiendaten erfragen, um eine Pseudonymisierung/Anonymisierung zu ermöglichen.

Bei Änderung des Studiendesigns sollte der Antrag erneut vorgelegt werden.

Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten und unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten, ist die Kommission umgehend zu benachrichtigen. Die Deklaration von Helsinki in der aktuellen Fassung fordert in § 35 dazu auf, jedes medizinische Forschungsvorhaben mit Menschen zu registrieren. Daher empfiehlt die Kommission grundsätzlich die Studienregistrierung in einem öffentlichen Register (z.B. unter www.clinicaltrials.gov).

Die ärztliche und juristische Verantwortung des Studienleiters und der an der Studie teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethikkommission durch unsere Stellungnahme unberührt.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Vorsitzender

☒ Herr Prof. Dr. Katalinic (Soz.med. u. Epidemiologie, Vorsitzender)
☒ Hr. Prof. Dr. Gieseler (Medizinische Klinik I, Stellv. Vorsitzender)
Hr. Prof. Habermann (Chirurgie, Biobank)
Hr. PD Dr. Bausch (Chirurgie)
☒ Hr. Prof. Dr. Borck (Medizingeschichte u. Wissenschaftsforschung)
☒ Fr. Farries (Amtsgericht Eutin)
Fr. PD Dr. Jauch-Chara (Psychiatrie)
☒ Hr. PD Dr. Lauten (Kinder- u. Jugendmedizin)

☒ Frau Martini (Caritas)
☒ Hr. Prof. Dr. Moser (Neurologie)
☒ Herr Prof. Obleser (Psychologie)
Hr. Prof. Dr. Raasch (Pharmakologie)
Hr. Prof. Dr. Rehmann-Sutter (MGWF)
☒ Hr. Schneider (Landgericht Lübeck)
☒ Fr. Prof. em. Dr. Schrader (Plastische Chirurgie)
☒ Hr. Dr. Vontheln (Med. Biometrie u. Statistik)

7.5 Ethikvotum: Amendment Juni 2018



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Herrn
Prof. Dr. med. J. Steinhäuser
Direktor des Institutes für Allgemeinmedizin

im Hause

Ethik-Kommission

Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Universität zu Lübeck
Stellv. Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann
Tel.: +49 451 3101 1008
Fax: +49 451 3101 1024

ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 17-200
Datum: 18. Juni 2018

**Analyse des Ausbildungsbedarfs und Herausstellen von professionsorientiertem Wissen mit
Erarbeitung von Kompetenzprofilen der Berufsgruppen Medizin, Pflege und Physiotherapie in der
Komplementärmedizin**

Hier: Amendment – Ihr Schreiben vom 04. Juni 2018

Sehr geehrter Herr Prof. Steinhäuser,

das Amendment nimmt die Ethik-Kommission zustimmend zur Kenntnis.
Folgende Unterlagen lagen vor:

- Ihr Anschreiben vom 04. Juni 2018
- Studienprotokoll vom 04. Juni 2018
- Information zur Befragung in der Version 2 vom 04. Juni 2018.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Vorsitzender

7.6 Publikationen und Kongressbeiträge

- Weber CL, Götz K, Steinhäuser J, Flügel K (2021) Medical Students' Attitudes, Experiences and Future Perspectives on Complementary Medicine - an Exploratory Study. J Altern Complement Integr Med 7: 151. doi:10.24966/ACIM-7562/100151
- Flügel K, Weber CL, Steinhäuser J, Götz K, Interprofessionelle Ausbildung in Komplementär- und Integrativer Medizin – Ergebnisse quantitativer Befragungen von Patienten und Studierenden zur Entwicklung eines interprofessionellen Lehrmoduls, Gemeinsame Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ) und der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Lehre (CAL). Frankfurt am Main, 25.-28.09.2019. doi: 10.3205/19gma151
- Flügel K, Prill P, Weber CL, Steinhäuser J, Entwicklung eines interprofessionellen Lehrmoduls „Komplementäre und Integrative Medizin“ – Implikationen für die Hausarztpraxis, 53. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Erlangen, 12.-14.09.2019. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2019. DocV61-04. doi: 10.3205/19degam097

8 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich den Menschen meinen besonderen Dank aussprechen, ohne die diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Zunächst gilt mein herzlicher Dank meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser für die hervorragende und inspirierende Betreuung bei der Durchführung dieser Arbeit. Die Gespräche und Hilfestellungen während der Bearbeitung, haben mir stets neue Ideen und wichtige Denkansätze gegeben. Durch das in mich gesetzte Vertrauen, hatte ich die Möglichkeit, einen neuen und differenzierteren Blick auf Komplementärmedizin zu entwickeln. Dafür gilt ihm mein besonderer Dank.

Des Weiteren gilt mein besonderer Dank Frau Dr. Kristina Flägel, die mich bei der Anfertigung dieser Arbeit mitbetreut hat. Die Treffen und Telefonate zur Entwicklung, zum Fortgang und zur Fertigstellung dieser Arbeit haben mich immer wieder motiviert. Ihr konstruktives Feedback hat mich stets motiviert und ermutigt noch ein bisschen weiter zu denken. Außerdem danke ich ihr für die Unterstützung in der Durchführung der Befragungen der Studierenden und Patient*innen.

Darüber hinaus gilt mein Dank Frau Prof. Dr. phil. Katja Götz sowie Herrn Dr. Christoph Strumann für die Beratung und Unterstützung in der statistischen Ausarbeitung.

Auch bedanke ich mich bei der Karl und Veronica Carstens Stiftung für die Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit, sowie Dr. Beate Stock-Schröer für den Austausch und die Unterstützung während des Kolloquiums und darüber hinaus.

Ich danke außerdem Herrn Prof. Sascha Köpke und Frau Prof. Katrin Balzer von der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, sowie Herrn Prof Dr. Arndt-Peter Schulz und Frau Dr. Minettchen Herchenröder vom Studiengang Physiotherapie und ihren Instituten und Mitarbeitenden für die gute Kooperation und den wissenschaftlichen Austausch.

Außerdem bedanke ich mich bei Frau Karolin Hahn und allen weiteren Mitarbeitenden des Instituts für Allgemeinmedizin des UKSH Campus Lübeck, bei den teilnehmenden Praxen, den Ambulanzen des UKSH Campus Lübeck, sowie deren Mitarbeitenden für die Möglichkeit zur Befragung und Tatkräftige Unterstützung bei der Durchführung dieser Studie.

Auch bedanke ich mich bei den Dozierenden, deren Lehrveranstaltung zur Datenerhebung besucht werden durften.

Für die Möglichkeit zu diesem Studium und die Unterstützung währenddessen danke ich meiner Mutter.

Mein besonderer Dank gilt GAM für jeden Schritt, jeden Atemzug und jeden Besenstrich.