

# DISSERTATION

Titel der Dissertation

„Alternativmedizin  
und ihre Akzeptanz in der Gesellschaft“

Verfasserin

Mag<sup>a</sup>. Susanne Altmann

angestrebter akademischer Grad  
Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

Wien, 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 092 122
Dissertationsgebiet lt. Studienblatt:	Soziologie
Betreuerin / Betreuer:	Ao. Univ.-Prof. Dr. Reinhold Knoll



## DANKSAGUNG

Der Impuls für die vorliegende Arbeit kam von meinem Betreuer Herrn Univ.-Prof. Dr. Reinhold Knoll, dem ich dafür sehr herzlich danke und ohne dessen wertvolle Ratschläge und Literaturempfehlungen die Arbeit nicht in dieser Form vorgelegt werden könnte.

Besonderer Dank gilt auch Herrn Univ.-Prof. Dr. Reinhard Krepler, der sich freundlicher Weise sofort als Zweitbegutachter zur Verfügung gestellt hat.

Sehr zu Dank verpflichtet bin ich auch denjenigen, die mich bei der Fragebogenerhebung unterstützt haben, das heißt jenen Schul- und AlternativmedizinerInnen, die sich gerne bereit erklärt haben, meine Fragebögen in ihren Ordinationen/Praxen an die PatientInnen/KlientInnen zu verteilen.

Unerlässlich für das Zustandekommen des empirischen Teils war die rege Teilnahme an der Online-Fragebogenerhebung, die nach dem Schneeballeffekt ihren Lauf nahm, sodass sich innerhalb kürzester Zeit eine große Menge an ausgefüllten Fragebögen angesammelt hatte. Ohne dessen großartigen Einsatz wäre es nicht möglich gewesen, so rasch zu verwertbarem Datenmaterial zu gelangen. Sehr froh war ich auch über die Unterstützung durch einen Statistiker bei der Erstellung der Grafiken und Tabellen für den empirischen Teil.

Herzlichen Dank auch einem Experten der Radiästhesie, der sich mit dieser Lehre seit über 30 Jahren beschäftigt und mir nicht nur bei der Literatursuche, sondern auch bei fachlichen Fragen helfen konnte.

Nicht unerwähnt lassen möchte ich all jene, die mit mir über alternativmedizinische Behandlungsmethoden diskutiert haben, da sich aus diesen Gesprächen gute Anhaltspunkte und Ideen für diese Arbeit ergeben haben.

Ganz besonders verbunden ich meinem Ehemann, den ich als intellektuellen Gesprächspartner bei Diskussionen über Schul- und Alternativmedizin sehr zu schätzen weiß und der in dieser phasenweise sehr belastenden Zeit immer viel Verständnis und Geduld für mich aufgebracht hat.

## Inhaltsverzeichnis:

### **THEORETISCHER TEIL**

<b>Zusammenfassung/Abstract .....</b>	<b>7</b>
<b>Einführung in die Thematik .....</b>	<b>10</b>
<b>1. Begriffe und Perspektiven .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 Gesundheit .....</b>	<b>15</b>
1.1.1 Der Begriff Gesundheit .....	16
1.1.2 Die Salutogenese nach Antonovsky .....	17
1.1.3 Die Bedeutung der Gesundheit .....	18
1.1.4 Die Entstehung und Entwicklung des Gesundheitssystems .....	20
<b>1.2 Krankheit .....</b>	<b>24</b>
1.2.1 Der Begriff Krankheit .....	25
1.2.2 Das kybernetische Krankheitsprinzip .....	26
1.2.3 Die Bedeutung von Krankheit .....	28
<b>1.3 Medizin .....</b>	<b>29</b>
1.3.1 Das Wesen der Medizin .....	30
1.3.2 Heilung in der Medizin .....	32
1.3.3 Die soziale Dimension in der Medizin .....	34
<b>2. Medizinsysteme .....</b>	<b>35</b>
<b>2.1 Schulmedizin .....</b>	<b>36</b>
2.1.1 Der Begriff Schulmedizin .....	36
2.1.2 Konzepte und Prinzipien der Schulmedizin .....	38
2.1.2.1 Evidence Based Medicine .....	41
2.1.2.2 Der Placebo-Effekt .....	42
2.1.3 Kritische Auseinandersetzung mit der Schulmedizin .....	45
<b>2.2 Alternativmedizin .....</b>	<b>47</b>
2.2.1 Alternativmedizin, Komplementärmedizin und Ganzheitsmedizin .....	48
2.2.2 Klassifikationen alternativmedizinischer Therapieverfahren .....	52
2.2.3 Entwicklung der Alternativmedizin – ein Abriss .....	54
2.2.4 Bekannte alternativmedizinische Therapieverfahren .....	56
2.2.4.1 Naturheilkunde .....	56
2.2.4.2 Akupunktur .....	57
2.2.4.3 Traditionelle Chinesische Medizin .....	59

2.2.4.4	Homöopathie.....	60
2.2.5	Konzepte und Prinzipien der Alternativmedizin.....	62
2.2.5.1	Zur Wirkung der Alternativmedizin.....	64
2.2.5.2	Alternativmedizin und Esoterik.....	67
2.2.6	Kritische Auseinandersetzung mit der Alternativmedizin.....	69
<b>2.3</b>	<b>Das Spannungsfeld zwischen Schulmedizin und Alternativmedizin.....</b>	<b>72</b>
2.3.1	Medizin als Kunst oder Wissenschaft?.....	73
2.3.2	Zum Problem des Wirksamkeitsnachweises alternativmedizinischer Therapien.....	76
2.3.3	Zum Umgang und Einsatz alternativmedizinischer Therapien.....	82
2.3.4	Zur offiziellen Anerkennung alternativmedizinischer Therapien.....	86
<b>2.4</b>	<b>Zusammenfassende Schlussbetrachtung.....</b>	<b>88</b>
<b>3.</b>	<b><i>Medizin als Spiegelbild unserer Zeit.....</i></b>	<b>90</b>
<b>3.1</b>	<b>Paradigmenwechsel in der Medizin.....</b>	<b>91</b>
3.1.1	Der Begriff Paradigma.....	92
3.1.2	Das Wesen eines Paradigmas.....	92
3.1.3	Die Entwicklung eines Paradigmas.....	94
<b>3.2</b>	<b>Das Paradigma zwischen Medizin und Gesellschaft.....</b>	<b>97</b>
3.2.1	Wandel von Medizin oder Gesellschaft?.....	98
3.2.2	Die Problematik eines Paradigmenwechsels.....	101
3.2.3	Das neue Paradigma in der Medizin.....	103
<b>3.3</b>	<b>Zusammenfassende Schlussbetrachtung.....</b>	<b>105</b>
<b>4.</b>	<b><i>Alternativmedizin und ihre Akzeptanz in der Gesellschaft.....</i></b>	<b>108</b>
<b>4.1</b>	<b>Medizin und Gesellschaft.....</b>	<b>108</b>
4.1.1	Gesellschaftliche Einflüsse auf die (Alternativ)Medizin.....	109
4.1.2	Gesundheitsverhalten und –trends.....	110
4.1.3	Das gute Geschäft mit der Alternativmedizin.....	112
<b>4.2</b>	<b>Die Nutzer alternativmedizinischer Therapien.....</b>	<b>114</b>
4.2.1	Charakteristika und Denkweisen der Nutzer.....	115
4.2.1.1	Die Nutzertypen.....	117
4.2.1.2	Die Soziologie der Kranken.....	118
4.2.2	Anforderungen und Erwartungen an die (Alternativ)Medizin.....	121
4.2.2.1	Die Patienten-Arzt-Beziehung.....	122
4.2.2.2	Heilung und Spontanheilung.....	125
4.2.3	Was führte zur Vertrauenskrise?.....	126
4.2.4	Beweggründe für die Inanspruchnahme alternativmedizinischer Therapien.....	129
<b>4.3</b>	<b>Zusammenfassende Schlussbetrachtung.....</b>	<b>133</b>

<b>5.</b>	<b><i>Neue Dimensionen in der Medizin</i></b> .....	<b>135</b>
<b>5.1</b>	<b>Die Medizin der Zukunft</b> .....	<b>135</b>
5.1.1	Die Stellung der Alternativmedizin im Gesundheitssystem .....	137
5.1.2	Kooperation von Schulmedizin und Alternativmedizin.....	139
5.1.3	Perspektivenwechsel in der Medizin.....	142
5.1.4	Die Zukunft der Alternativmedizin.....	144
<b>5.2</b>	<b>Ein Modellversuch</b> .....	<b>145</b>
5.2.1	Radiästhesie – eine Einführung.....	146
5.2.1.1	Werkzeuge der Radiästhesie.....	147
5.2.1.2	Geopathogene Störzonen.....	148
5.2.1.3	Konzepte und Prinzipien der Radiästhesie .....	149
5.2.2	Geschichte der Radiästhesie.....	151
5.2.3	Forschungsergebnisse zur Radiästhesie .....	152
5.2.4	Medizin und Radiästhesie.....	153
<b>5.3</b>	<b>Zusammenfassende Schlussbetrachtung</b> .....	<b>155</b>

## **EMPIRISCHER TEIL**

<b>6.</b>	<b><i>Studiendesign und Forschungsmethodik</i></b> .....	<b>157</b>
<b>6.1</b>	<b>Die quantitative Untersuchung</b> .....	<b>157</b>
6.1.1	Der Fragebogen.....	157
6.1.2	Datenzugang und Datenerhebung.....	159
6.1.3	Ziele und Fragestellungen der Studie.....	162
<b>6.2</b>	<b>Untersuchungsergebnisse</b> .....	<b>163</b>
6.2.1	Beschreibung der Stichprobe .....	163
6.2.2	Gesundheitszustand und Erfahrungen mit der Schulmedizin .....	166
6.2.3	Einstellung zur und Kenntnisse über die Alternativmedizin.....	173
6.2.4	Die Nutzer der Alternativmedizin .....	177
6.2.5	Zur Wirksamkeit der Alternativmedizin .....	189
6.2.6	Zur Bewertung der Alternativmediziner .....	194
6.2.7	Zur Nutzung, Wirkung und Erwartung .....	197
6.2.8	Die Informationsquellen .....	212
6.2.9	Zur Wissenschaftlichkeit und Zukunft der Alternativmedizin .....	213
6.2.10	Zur Wertigkeit der Alternativmedizin.....	214
<b>6.3</b>	<b>Zusammenfassende Schlussbetrachtung</b> .....	<b>218</b>
<b>7.</b>	<b><i>Reflexion</i></b> .....	<b>222</b>
<b>8.</b>	<b><i>Anhang</i></b> .....	<b>226</b>

<b>8.1</b>	<b>Begriffserklärungen.....</b>	<b>226</b>
<b>8.2</b>	<b>Abbildungen zur Theorie .....</b>	<b>236</b>
8.2.1	Ordnung – Chaos. Das Denkmodell der Quantenlogik .....	236
8.2.2	Merkmale des Maschinenparadigmas in der Medizin .....	237
8.2.3	Hippokratische Trias des ärztlichen Mandats.....	238
8.2.4	Die Körper-Geist-Seele-Einheit, das Wesen des Menschen.....	238
8.2.5	Klassifizierung komplementärmedizinischer Therapieverfahren .....	239
8.2.6	Taiji – das „individuelle“ Symbol für Yin und Yang .....	240
8.2.7	Kriterien für die Unterscheidung medizinischer Richtungen.....	241
8.2.8	Indikationspyramide für die alternative Medizin.....	242
8.2.9	Ursachen einer gestörten Arzt-Patienten-Beziehung .....	243
8.2.10	Indikationen für Naturheilverfahren.....	243
8.2.11	Schematische Darstellung der Netzgitter .....	244
<b>8.3</b>	<b>Abbildungen zur Empirie .....</b>	<b>245</b>
<b>8.4</b>	<b>Tabellen zur Empirie.....</b>	<b>247</b>
<b>8.5</b>	<b>Der Fragebogen .....</b>	<b>249</b>
<b>8.6</b>	<b>Literatur- und Quellenangaben .....</b>	<b>254</b>
8.6.1	Bücher.....	254
8.6.2	Zeitschriften .....	261
8.6.3	Internetadressen.....	263

## Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit widmet sich der Alternativmedizin und ihrer gesellschaftlichen Akzeptanz. Sie analysiert, warum sich eine Heilkunde, deren Methodik nicht auf wissenschaftlichen Grundlagen beruht, die nur in wenigen Fällen einen klinischen Wirksamkeitsnachweis erbringen kann und deren Vertreter häufig keine medizinische Grundausbildung vorweisen können, zunehmender Beliebtheit erfreut.

Die Ursachen dafür liegen in der Entwicklung der Schulmedizin, die den veränderten Bedürfnissen und den Erwartungen der Patienten nicht im erforderlichen Ausmaß genügt. Dies umso weniger, als der gesellschaftliche Wandel der Gesundheitsprävention und der Empathie für den Patienten einen bedeutenden und stetig zunehmenden Stellenwert beimisst.

Der Schulmedizin, die allgemein anerkannte Errungenschaften und Erfolge in nahezu allen ihren Disziplinen vorweisen kann, wird der mechanistische Umgang mit den Patienten und ihr hoher Grad an Spezialisierung vorgeworfen. Dadurch gehe der Blick auf den gesamten Menschen verloren und durch die primäre Fokussierung auf die Krankheit würden der Kranke und dessen Bedürfnisse vernachlässigt. Zudem lösen der Einsatz technischer Diagnoseverfahren („Apparatemedizin“) und die nebenwirkungsreichen medikamentösen Therapien (Antibiotika, Kortison oder Zytostatika) bei vielen Menschen Unbehagen und Misstrauen aus.

Die Alternativmedizin gewinnt durch den Ruf, sanft, natürlich und nebenwirkungsarm zu sein, und wird von ihren Nutzern, zu denen primär Frauen mittleren Alters aus einer höheren Bildungsschicht zählen, deswegen sowie aufgrund ihrer Patientenorientiertheit und Ganzheitlichkeit, aber besonders wegen der aktiven Einbeziehung des Kranken in das ärztliche Beratungsgespräch und als Informationsquelle für gesundheitsrelevante Fragen sehr geschätzt. Ihre Wirkung kann auf die Stimulation der organischen Regulationsmechanismen, auf einen Placebo-Effekt, hervorgerufen durch die Persönlichkeit des Therapeuten, dessen Therapieverfahren oder Behandlungsumfeld, oder auf den Glauben des Patienten an die heilende Wirkung zurückgeführt werden. Der moderne Patient hat nicht nur den Wunsch nach kurativer Hilfe, sondern auch nach psychologischer und emotionaler Unterstützung, ein Bedürfnis, dem die Alternativmedizin derzeit wesentlich besser als die Schulmedizin nachkommt. Durch ihren zurückhaltenden Einsatz bei bestimmten Indikationen wie chronischen Erkrankungen, Befindlichkeitsstörungen, zur Prävention

sowie zur Erhaltung bzw. Erreichung des Wohlbefindens entlastet sie die Vertreter der Schulmedizin und damit auch das Gesundheitsbudget, weil ihre Leistungen von der sozialen Pflichtversicherung derzeit nicht abgedeckt werden.

Kranksein passt nicht in das Weltbild einer Gesellschaft, in der Gesundheit, Schönheit und Leistung zählen und sich die Menschen das Kranksein nicht mehr leisten können und wollen. Die Gründe dafür liegen in der Gefahr einer Kündigung wegen eines zu langen oder wiederholter Krankenstände, der sozialen Ausgliederung und einer damit verbundenen gesellschaftlichen Stigmatisierung.

Ein neu zu definierendes Paradigma wird die Anwendung beider Medizinsysteme einschließen müssen. Aus diesem Grund sind die Vertreter der Schul- und Alternativmedizin aufgerufen, aufeinander vorurteilsfrei zuzugehen, nach wechselseitigen Ergänzungspotentialen zu suchen und die Vorteile der jeweiligen Methode anzuerkennen, ohne sie ihres Nachteils wegen zu diskreditieren. So ist zu hoffen, dass die „Medizin der Zukunft“ den Bedürfnissen des modernen Menschen in der Gesundheitsprävention, bei Befindlichkeitsstörungen und der Behandlung von Erkrankungen besser als die Anwendung polarisierender und konkurrierender Ideologien mit der Synthese beider Medizinsysteme entgegenkommen wird.

## **Abstract**

The present paper deals with the alternative medicine and its acceptance in society. It shows why a system of medicine with methods that are not based on scientific principles, with little clinical evidence of effectiveness and with representatives without basic education in conventional medicine is becoming very popular.

The reasons are found in the development of the conventional medicine which does not satisfy the modified needs and expectations of patients to the required extent – and that even more, as due to the social change a significant and ever increasing importance is given to health prevention and empathy with the patient.

It is true that orthodox medicine can show broadly recognized achievements and successes in almost every medical discipline. However it is often accused of its mechanistic treatment of patients and its ever increasing specialization; the viewpoint of man as a whole entity will be lost and the primary focus on sickness does neglect man and his needs; furthermore, the use of technical diagnostic methods and

medication with lots of side effects (antibiotics, cortisone or cytostatics) cause unease and distrust in many people.

Alternative medicine is gaining through its reputation to be soft, natural and without many side effects and is mainly used by middle-aged women of higher education classes. The reasons for its popularity are the orientation towards the patient, the holistic approach, the active integration of the sick person into the medical consultation and the utilization as information source for questions concerning health. Their effects can be attributed to the stimulation of self-healing mechanisms, the placebo effect (produced by the personality of the therapist, his methods and environment) or the belief of the patient in their healing effects. Today's patient desires curative help, but also psychological and emotional support – a need that alternative medicine can satisfy to a higher degree than orthodox medicine. Due to its restrained medication for certain indications such as chronic illness or disturbed well-being and its prevention, preservation and attainment of well-being, alternative medicine relieves the representatives of the orthodox medicine and the health budget, because its services are currently not covered by the obligatory social insurance.

Sickness is not really accepted in a society which appreciates health, beauty as well as efforts and performance, and people are neither able nor willing to afford it. They risk dismissal due to long or repeated sickness absence, social exclusion and subsequent stigmatization.

A newly defined paradigm has to include both systems of medicine. Representatives of conventional and unconventional medicine are encouraged to approach each other without prejudice, to look for mutual improvement potentials and to recognize the advantages of the other method without discrediting. We can hope that the "medicine of the future" with a synthesis of both medicine systems better meets the needs of modern man in health care, disturbed well-being and the treatment of sicknesses than the adaptation of polarizing and competing ideologies.

## Einführung in die Thematik

Seit einigen Jahren ist eine andauernde tief greifende Krise im österreichischen Gesundheitswesen zu beobachten, da es den anscheinend überzogenen Erwartungen der Menschen in Prävention und Therapie kaum genügen kann und dennoch die Grenzen seiner finanziellen Dotierung überschreitet. Die Pharmafirmen sehen sich gezwungen, neue Medikamente zu entwickeln oder gering modifizierte Präparate als Innovationen auf den Markt zu bringen. Deren Nebenwirkungen sind zuweilen problematisch, weshalb sie dann gelegentlich auch wieder „vom Markt“ genommen werden müssen.

Den Vertretern der Schulmedizin wird mangelnde menschliche Zuwendung vorgeworfen und die Fähigkeit abgesprochen, den Zivilisationserkrankungen kompetent zu begegnen. Die Schulmedizin sei in diesem Bereich nur mit der Bekämpfung der Symptome befasst, wodurch neue Leiden entstünden (vgl. STUDER, 1995).

Als mögliche Ursachen für Zivilisationserkrankungen, wie etwa Depressionen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Burn-out, werden die sich ständig verändernden Lebensumstände und Belastungen genannt, denen die Menschen ausgesetzt sind und für die die Medizin eine erhebliche Herausforderung darstellen.

Diese Herausforderung ist inzwischen auch immer größer geworden, da die Weiterentwicklung nicht nur seitens der Medizintechnik, sondern auch jener der „Psychologie“ in der Betreuung der Patienten<sup>1</sup> erwartet wird.

Will man diese Veränderung zusammenfassen, so glaubt man allgemein seit der Aufklärung, der Mensch sei selbständig und in der Lage, eigenverantwortlich zu handeln. Der Medizin kommt aber nicht die Aufgabe zu, die Menschen zu belehren oder gar zu einem „gesünderen“ Leben zu veranlassen, indem sie ihnen Verbote (Rauchverbot) auferlegt und Ernährungsrichtlinien empfiehlt (zur Gewichtsreduzierung, gegen Hypertonie etc.). Häufig wird das als Einschränkung persönlicher Freiheit bezeichnet und bewirkt das paradoxe Dilemma zwischen Freiheit und Lebensqualität, wie es der Heidelberger Jurist Paul KIRCHOF im

---

1 Zur besseren Lesbarkeit wird, den früheren Gepflogenheiten der deutschen Sprache folgend, im vorliegenden Text sowie im Fragebogen nicht genderspezifisch formuliert, sondern die männliche Form bevorzugt. Die Autorin weist darauf hin, dass es sich hierbei um keine geschlechtsspezifische Diskriminierung handelt.

Rahmen des Kongresses „Das Paradigma der Medizin im 21. Jahrhundert“ am 3. März 2006 in Salzburg ausführte.

Die Selbstbestimmung des Menschen in der Medizin soll als zentrales Thema behandelt werden, setzt aber ein Minimum an medizinischen Kenntnissen bzw. Basiswissen über den menschlichen Körper und dessen Funktionen sowie vernunftorientiertes Handeln voraus, um nicht das Opfer unbestimmten Neigungen und Schwächen zu werden.

Alternative Heilmethoden sind derzeit kein Bestandteil unseres etablierten Gesundheitssystems, werden aber von „Hilfesuchenden“ immer häufiger in Anspruch genommen. Rund 60% der österreichischen Patienten haben bereits Erfahrungen damit gemacht (vgl. TRNKA, 2009). Erstaunlicherweise werden die Aufwendungen dafür gern und ohne Widerstand getragen, wohingegen vorausgesetzt wird, dass diagnostische und therapeutische Verfahren der Schulmedizin insgesamt kostenfrei sind.

Die große Nachfrage nach einschlägigen Ratgebern, vor allem wenn diese medial präsent sind, bestätigt diesen Trend. Etwas mehr als ein Drittel der europäischen Bevölkerung (vgl. Schweiger, 2003) – Tendenz steigend – nimmt ihre Dienste gerne an. „Der Markt boomt“ und die Interessenten für diese so genannte „Außenseitermedizin“ können bereits aus einem breiten Spektrum an unterschiedlichen Methoden, nämlich ihrer Lebensanschauung entsprechend, die für sie geeignete alternative Behandlungsmethode auswählen.

Diese Tatsache wirft die Frage nach den Defiziten der Schulmedizin auf, die trotz ihrer Leistungsfähigkeit und ihres (wissenschaftlichen) Fortschrittes erheblicher Kritik ausgesetzt ist und von manchen Patienten teilweise oder sogar zur Gänze abgelehnt wird. Mit dem Auftreten der Alternativmedizin scheint die konventionelle Medizin in der Erwartung der Patienten unzureichend zu sein. Deshalb wird nach einer Ergänzung oder Alternative gesucht. Nun können alternativmedizinische Behandlungsmethoden ebenfalls helfen; sie können - zum Teil - auch zu einer subjektiven Linderung von Beschwerden führen, ja sogar zu einer Form passagerer Heilung, die die Schulmedizin in dieser Form nicht oder nur selten bietet. Ein 100%iger Therapieerfolg existiert jedoch weder in der konventionellen noch in der „unkonventionellen“ Medizin. Zudem sind chirurgische Verfahren immer mit Risiken verbunden. Die Medizin ist leider keine exakte Wissenschaft, die garantierte Erfolge und Ergebnisse anbieten kann. Die Gründe dafür liegen nicht nur in der Komplexität

des Organismus – eben keine Maschine (LA METTRIE) oder ein unendlich komplizierter und in seinen Interaktionen undurchschaubarer Mechanismus, sondern auch in der Psyche des Patienten und dessen Einbindung in das soziale Umfeld. Zudem ist auch hinzunehmen, dass dem Arzt genauso physische und psychische Grenzen gesetzt sind. Eine schulmedizinische Abklärung des Kranken durch den Arzt sollte jedoch als vorrangiges Prinzip gelten. Der Verzicht auf die Anwendung moderner Diagnoseverfahren, wie das Erstellen eines Blutbildes oder die Durchführung eines EEGs (Elektroenzephalogramm), EKGs (Elektrokardiogramm), eines Röntgens, eines MRTs (Magnetresonanztomografie), einer Computertomografie oder anderer Untersuchungen wird als fahrlässig betrachtet, da anhand dieser Diagnoseverfahren bereits bei Früherkennung von schweren Erkrankungen (Karzinomen etc.) weitere schulmedizinische Schritte unternommen werden können. Doch trotz dieser Weiterentwicklung im Bereich der Diagnostik und Therapie wird Kritik an einer Schulmedizin geübt, die sich zu sehr auf Daten und Fakten konzentriert und dabei die menschliche Zuwendung vernachlässigt. Leider muss man einräumen, dass das Wissen und die Erfahrung der Schulmedizin (*hard skills*) alleine nicht immer zum gewünschten Erfolg führen, sondern für den Heilungsprozess oft auch *soft skills*, wie die Empathie des behandelnden Arztes sowie eine professionelle Kommunikation zwischen Arzt und Patient notwendig sind. Die Kunst des Heilens besteht daher in einer Symbiose von *hard* und *soft skills*, was von der Schulmedizin als durchaus erreichbares Ziel gesehen werden kann, aber der Alternativmedizin in dieser Form nicht gelingen kann.

Der Entschluss, mich im Rahmen meiner Dissertation mit diesem Thema zu befassen, wurde durch die zunehmende Popularität alternativmedizinischer Heilmethoden angeregt, obwohl die Schulmedizin auf hervorragende Erkenntnisse in der Erforschung, Diagnostik und Therapie physischer Krankheiten zurückblicken kann. Aufgrund des demografischen Wandels werden die Menschen immer älter, aber dank medialer Aufbereitung auch gesundheitsbewusster, obwohl die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit teilweise auch mit (hohen) privaten Kosten verbunden sind, die weder von den Krankenkassen noch von (allen) Versicherungen vollständig übernommen werden.

Das Ziel meiner Arbeit besteht darin, herauszufinden, in welchem Ausmaß und warum die Alternativmedizin seit geraumer Zeit eine so hohe Akzeptanz in der Gesellschaft findet, obwohl ihre Methoden weder mit denen der modernen

Wissenschaften noch mit einem aufgeklärten Weltbild kompatibel erscheinen. Handelt es sich hier um ein Phänomen nach Rousseau – Zurück zur Natur, Naturheilkunde statt „Hard Core-Medizin“? Welche Anforderungen muss daher ein medizinisches System bzw. eine Behandlungsmethode erfüllen, um von der Gesellschaft weitergehend anerkannt zu werden als dies heute der Fall ist?

Anhand der kritischen Bestandsaufnahme von gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und sozialpsychologischen Phänomenen wird eine Erklärung für diese Entwicklung in der Medizin nötig. Es drängt sich hier die berechtigte Frage auf, ob unser Medizinsystem immer weniger zufrieden stellt, ob die Ausbildung der Ärzte mangelhaft ist oder ob die Medien eine derartig große Breitenwirkung haben, die zu diesem beachtlichen Erfolg der Alternativmedizin führ(t)en (makrosoziologische Ursachen). Oder ist es die Wirksamkeit der alternativmedizinischen Behandlungsmethode, die Persönlichkeit des Arztes/Therapeuten bzw. dessen Charisma oder persönliche Zuwendung (mikrosoziologische Ursachen)? Auch die Vermittlung von Glauben und Hoffnung durch den Alternativmediziner, womit die wissenschaftlich orientierte Schulmedizin nur begrenzt dienen kann, könnte einen nicht unwesentlichen Einfluss auf die Psyche und Physis des kranken Menschen ausüben. Daraus resultiert die Frage nach der Bedeutung von Esoterik und Spiritualität in der Alternativmedizin. Hilft etwa Esoterik mehr als Aspirin?

Das Ziel jedes Medizinsystems sollte allerdings immer das Gleiche sein, nämlich die Erlangung des physischen und psychischen Wohlergehens des Patienten, und es sollte im Ermessen des Individuums liegen, inwieweit dafür wissenschaftlich geprüfte, esoterische, spekulative oder spirituelle Hilfen in Anspruch genommen werden können.

Was müsste also die Schulmedizin unternehmen, um an Akzeptanz und Attraktivität zu gewinnen? Verliert die klassische Medizin ihren Gegner, sobald sie alle Krankheitsbilder inklusive der Befindlichkeitsstörungen, bei denen die Alternativmedizin häufig Erfolg versprechend agiert, abdecken kann oder kommen bei diesen Überlegungen auch andere Elemente ins Spiel? Befindet sich etwa die Schulmedizin in einer Krise?

Aufgrund der Beschäftigung mit diesem Thema erwarte ich zudem Aufschlüsse darüber, ob die Ursache für die hohe Akzeptanz der Alternativmedizin in der Entwicklung der Medizin bzw. des Gesundheitssystems oder in den wachsenden Anforderungen der Gesellschaft an die Medizin liegt. Seit wann kann dieses große

Interesse an alternativmedizinischen Behandlungsmethoden beobachtet werden?  
Gab es Auslöser dafür?

Diese Arbeit befasst sich nicht nur mit den Ursachen für den Erfolg der Alternativmedizin, sondern auch mit den Konsequenzen für die Schulmedizin und das gesamte Gesundheitssystem.

Im letzten theoretischen Teil möchte ich daher zur Diskussion stellen, ob eine systematische Zusammenarbeit oder sogar Integration beider medizinischer Grundkonzepte grundsätzlich möglich, sinnvoll und erwünscht ist. Aufgrund der breiten Anerkennung der Alternativmedizin in der Öffentlichkeit drängt sich die Frage auf, wie auf dieses Phänomen zu reagieren sei. Gewinnt die Alternativmedizin dadurch einen neuen, besseren Stellenwert im Gesundheitswesen?

Ich freue mich, mich im Rahmen meines Doktoratsstudiums für Philosophie mit diesem sehr kontrovers diskutierten Thema befassen zu können, und hoffe damit, den Ausübenden und Anhängern von Schul- und Alternativmedizin Verständnis sowie Akzeptanz für die jeweils andere Methode näher bringen zu können.

## 1. Begriffe und Perspektiven

Das Thema Gesundheit bewegt seit einigen Jahren die gesamte Gesellschaft. Das Gesundheitssystem stößt in Österreich an die Grenzen seiner Finanzierbarkeit. Es mag zwar beruhigend klingen, dass es sich hierbei um kein isoliertes Phänomen handelt und auch andere Industriestaaten davon betroffen sind, doch löst es damit nicht das eigentliche Problem. Ein Umdenken verbunden mit einer Umorientierung und Verhaltensänderung seitens der Ärzteschaft, aber auch der Patienten ist unumgänglich. Doch sind es die Patienten, makroökonomisch gesehen die Gesellschaft, die hier die Richtung vorgeben und auf deren Wünsche und Bedürfnisse die Medizin mit ihren Vertretern einzugehen hat. Immer mehr Menschen mit chronischen und psychosomatischen Erkrankungen wenden sich, enttäuscht von der Schulmedizin, der Alternativmedizin zu und hoffen dort auf eine Verbesserung ihres Gesundheits- bzw. Krankheitszustandes und vereinzelt auch auf Heilung.

Was unter den Begriffen *Gesundheit*, *Krankheit* und *Heilung* verstanden wird und welche Bedeutung diesen im gesellschaftlichen Kontext des 21. Jahrhunderts zukommt, wird im folgenden Abschnitt in groben Zügen beschrieben und möchte den Leser zum eigentlichen Thema, das sich mit der Frage nach der Akzeptanz der Alternativmedizin in der Gesellschaft befasst, hinführen.

### 1.1 Gesundheit

Gesundheit hat für viele Menschen einen unschätzbaren Preis und rangiert bei Meinungsumfragen stets unangefochten an der Spitze der Wertehierarchie unserer Gesellschaft (vgl. STÖHR, 2001).

Sie gilt als Voraussetzung für Leistungsfähigkeit und -willigkeit und wird daher auch als öffentliches Gut betrachtet. Dem muss hinzugefügt werden, dass zwischen den beiden Polen *Gesundheit* und *Krankheit*, die für die Grenzziehung relevant sind, ein sehr umfangreicher Zwischenbereich existiert. Je nachdem, wo sich der Patient auf diesem Kontinuum befindet, besteht das Ziel mehr in der Gesundheitsförderung oder mehr in der Krankheitsbekämpfung. Diese beiden Pole gelten jedoch nicht nur als Gegenspieler von Regulation und Fehlregulation, sondern sind auch von

gesellschaftlichen Normen geprägt, denen im Krankheitsfall bzw. beim Genesungsprozess eine entscheidende Bedeutung zukommt (vgl. SIEGRIST, 1995). Das Interesse der Forschung besteht daher nicht nur in der Abwehr von Krankheit, sondern auch in der Prävention, d.h. der Unterstützung von Gesundheit, was auch für gesellschaftliche Strukturen und Werte von Bedeutung ist (vgl. HESSE, 2001).

### 1.1.1 Der Begriff Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte Gesundheit im Jahr 1947 als „Zustand vollkommenen physischen, sozialen und geistigen Wohlbefindens und nicht allein das Freisein von Krankheit und Behinderung“ (WHO, 2006, [http](#)). Würde diese Definition wörtlich genommen werden, würde man auf der Suche nach einem vollkommen gesunden Menschen scheitern, sondern (fast) ausschließlich auf genesungsbedürftige Individuen stoßen. Dem muss hinzugefügt werden, dass sich auch ein mit einer Krankheit oder einer Behinderung lebender Mensch gesund bzw. in seinem Körper wohl fühlen kann. Daher ist zwischen der Krankheitsgeschichte (z.B. das Herz als krankes Organ) und der Krankengeschichte des Menschen (z.B. der Herzkranke Mensch als Person) zu unterscheiden.

Tatsache ist, dass Gesundheit nicht messbar ist, weil es sich um einen Zustand der inneren Angemessenheit und Übereinstimmung mit sich selbst handelt. Würden die Menschen aufgefordert werden, sich nach festgelegten Parametern für Gesundheit einzustufen, würde dieser Aufruf alleine krankmachende Wirkungen hervorrufen (vgl. DORSCHNER, 2004, [http](#)).

UNGER (2007) betrachtet Gesundheit als harmonische Balance zwischen Körper, Geist und Seele bzw. als subjektives Wohlbefinden ohne Erkrankung, wonach alle Menschen streben. Richtig bewusst wird den Menschen dieser unschätzbare Wert der Gesundheit aber erst dann, wenn sie unter einer Krankheit leiden.

Nach SIEGRIST (1995) werden Gesundheit und Krankheit in drei verschiedene Bezugssysteme eingeordnet:

- Bezugssystem der betroffenen Person, die sich gesund bzw. krank fühlt
- Bezugssystem der Medizin, in dem Gesundheit und Krankheit als Erfüllung oder Abweichung von objektivierbaren Normen physiologischer Regulationen betrachtet wird

- Bezugssystem der Gesellschaft, die mit Krankheit Leistungsminderung und Hilfestellungen in Form von Krankschreibungen oder Versicherungsleistungen verbindet

SIEGRIST (1995) beschreibt die Diskrepanzen und Divergenzen zwischen diesen drei Bezugssystemen und zeigt auf, dass keine (vollständige) Übereinstimmung des Gesundheits- bzw. Krankheitsempfinden des Menschen mit dem medizintheoretischen Wissen und den Erfahrungen existiert. Besonders betroffen sind davon diejenigen, denen auch bei Befindlichkeitsstörungen (Krankheiten ohne organisches Korrelat) verbunden mit einem mehr oder weniger großen Leidensdruck von schulmedizinischer Seite nicht geholfen werden kann, da keine Diagnose vorliegt und aus diesem Grund keine therapeutischen Maßnahmen gesetzt werden (können). Auch der umgekehrte Fall, wo Menschen sich gesund fühlen, aber vom Arzt mit einer lebensbeeinflussenden oder gar -bedrohenden Diagnose überrascht werden, zeigt große Divergenzen. Konflikte dieser Art sind auch zwischen dem medizinischen und gesellschaftlichen Bezugssystem zu erkennen, wie dies so genannte ‚Verlegenheitsdiagnosen‘ von Ärzten zeigen, die zur Herrschaftssicherung oder finanziellen Besserstellung bei Versicherungsleistungen dienen.

### **1.1.2 Die Salutogenese nach Antonovsky**

Aaron Antonovsky (1923-1994), Medizinsoziologe und Stressforscher, entwickelte in den späten 80er Jahren ein gesundheitswissenschaftliches Konzept zur Beschreibung von Gesundheits- und Krankheitszuständen bei Menschen.

Während bei der Pathogenese von der Krankheit und ihrer Behandlung bzw. Verhinderung ausgegangen wird, beschäftigt sich die Salutogenese, deren Begriff Antonovsky prägte, mit der Gesundheit und der Frage, wie man diese erhalten könne, um nicht krank zu werden. Demnach konzentriert sich die Schulmedizin auf die Pathogenität und die Ätiologie, also auf das Krankmachende und Ursächliche. Nach Antonovsky bewegen wir uns auf einem Kontinuum mit den Polen Krankheit und Gesundheit, womit er betonen möchte, dass Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess zu sehen ist. Und jede Krankheit, die nach Antonovsky als Warnsignal des Körpers verstanden werden soll, hat die Chance, sich positiv zu entwickeln, nämlich ausgeheilt zu werden. Werden z.B. Kopfschmerzen schulmedizinisch

medikamentös behandelt, geht das Signal zur Heilung verloren. Der andere Weg würde darin bestehen, den menschlichen Organismus und mit ihm den Patienten selbst zur Bekämpfung von Stresssymptomen, Viren, Bakterien und dergleichen anzuregen. Auch präventive Maßnahmen wie richtige Ernährung, Bewegung sowie psychosoziale Kompetenz, die zudem kostengünstige Formen der Gesundheitsförderung darstellen, können hierbei gute Dienste leisten (vgl. ANTONOVSKY, 1997).

Als zentraler Faktor für die Gesunderhaltung gilt das *Kohärenzgefühl*, worunter die kognitive und affektive Grundeinstellung des Menschen gegenüber sich selbst und seiner Umwelt verstanden wird. Diese Einstellung ist seiner Meinung nach genetisch determiniert und erhält ihre Prägung in der Kindheit und Jugend. Aus diesem Grund stellt sich die Frage, inwieweit dieses Kohärenzgefühl noch von äußeren Faktoren beeinflussbar sein kann (vgl. ANTONOVSKY, 1997).

SCHUMACHER (2002) geht dieser Frage nach und betont, dass das Kohärenzgefühl von außen kaum beeinflusst wird und sich in jedem Lebensalter verändern und auch weiterentwickeln kann. Es stehe daher in engem Zusammenhang mit Persönlichkeits- und Charaktereigenschaften, die - wie oben erwähnt - genetisch vorbestimmt sind und im Lauf der individuellen Entwicklung gefördert oder unterdrückt werden können. Jeder Mensch verfügt daher über unterschiedliche persönliche Ressourcen und Widerstandskräfte, die ihm bei seiner Gesunderhaltung dienen.

### **1.1.3 Die Bedeutung der Gesundheit**

In der Gründungsurkunde der WHO 1948 wurde Gesundheit - in Anbetracht der verheerenden Folgen beider Weltkriege - als essentielle Voraussetzung für globale Sicherheit und für Frieden beschrieben, die dem Menschen bei der Erreichung seiner Ziele und seiner Entwicklung zum Wohle dienen möge (vgl. WHO, 2006, [http](#)). Weiters gilt sie als Voraussetzung für soziale Gerechtigkeit, womit ihr nicht nur medizinische, sondern auch gesamtgesellschaftliche Bedeutung zukommt. Arbeit und mit ihr das Einkommen sowie Erziehung und Bildung sind weitere Voraussetzungen für Gesundheit.

Folglich ist Gesundheit ein öffentliches Gut und als dieses auch bekannt unter dem Synonym „Public Health“ (zu Deutsch *Gesundheitswissenschaften* oder

*Volksgesundheit*). Diese Wissenschaft bzw. Praxis richtet sich nicht primär nach den Bedürfnissen und Interessen einzelner Menschen, sondern nach denen spezifischer Bevölkerungsgruppen bzw. der gesamten Bevölkerung. Ihr Ziel besteht in der Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung sowie in der Steigerung ihrer Lebenserwartung mithilfe gesellschaftlich organisierter Maßnahmen, wie dies Vorsorgeuntersuchungen, Impfaktionen und dergleichen sind. Sie strebt nicht eine Lebensverlängerung um jeden Preis an, sondern eine Verbesserung der Lebensqualität, gemäß dem Leitspruch „*Add life to years* statt *years to life*“ (KOLIP, 2002, S. 7ff). Dies kann auch am Verhalten einiger Menschen beobachtet werden, die nur sekundär an der Erhaltung ihrer Gesundheit Interesse zeigen, sich aber primär für die Erhaltung bzw. Steigerung ihres Wohlbefindens einsetzen.

Paradoxerweise macht die Weiterentwicklung der Medizin den Menschen nicht gesünder, sondern sogar kränker, da er heute dank der hoch technologischen Medizin auch schwere, gar schwerste Krankheiten überstehen kann. „Sie [die Medizin] bewirkt den Zustand des chronischen Leidens“, schreibt JORES (1961, S. 38). Somit steigt die Lebenserwartung und mit dem Alter auch die Anzahl der individuellen Erkrankungen. Das Kranksein wird daher durch die universitäre Medizin und die Präventivmedizin (Vorsorgeuntersuchungen wie Mammografie, EKG oder Blutuntersuchung) im günstigeren Fall früher erkannt und damit und durch die Therapie verlängert. Das primäre Ziel, nämlich die Förderung von Gesundheit und die Vermeidung von Krankheit sollte durch eine gesunde Lebensweise erreicht werden (vgl. HARSIEBER, 1993).

SCHIPPERGES (1990) weist darauf hin, dass die Morbidität und Mortalität der Infektionskrankheiten deutlich gesunken, die Zahl der Zivilisationskrankheiten jedoch gestiegen ist. Der modernen Medizin ist aber die Verlängerung der Zeitspanne zwischen Erkrankung und Ableben zu verdanken. Wenig erfolgreich war sie bis dato bei der Verlängerung des gesunden Lebens bis ins hohe Alter.

Dennoch sind 75,5% der Österreicher ab dem 15. Lebensjahr mit ihrem allgemeinen Gesundheitszustand zufrieden bzw. sehr zufrieden und lediglich 6% der Bevölkerung beurteilen ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht. Auffallend ist, dass beide Geschlechter ab einem bestimmten Alter, Frauen ab dem 35. Lebensjahr, Männer erst ab dem 40. Lebensjahr, ihren Gesundheitszustand weniger positiv beurteilen. Während der Anteil der Österreicher, die sich subjektiv gesund fühlen, in

den letzten 10 Jahren leicht gestiegen ist, ist der Anteil derjenigen, die sich gesundheitlich schlecht fühlen, gleich geblieben (vgl. STATISTIK AUSTRIA, 2006/07).

Betrachtet man Gesundheit nach den Prinzipien der Quantenlogik, so existiert sie nur dann, wenn eine Wechselwirkung zwischen den Polaritäten „Ordnung“ (Festigkeit, Struktur) und „Chaos“ (Explosion, Dynamik) herrscht, wie die Vereinigung von Gegensätzen (Mann – Frau, Tag – Nacht, gesund – krank, etc.). Der menschliche Organismus muss daher beide Prinzipien (aus)leben und verkörpern, um als gesund zu gelten. Während also Gesundheit einen bestimmten Rhythmus zwischen diesen beiden gegensätzlichen Prinzipien zeigt, wird Krankheit als „erstarrte Ordnung“ (Multiple Sklerose) oder gar „Chaos“ (Tumorerkrankungen) betrachtet. Eine Weiterentwicklung erfolgt durch die Beschäftigung mit beiden Extremen, die als These und Antithese dargestellt werden und sich in einer höheren Ebene in der Synthese wieder finden (siehe Abb. 8.2.1). Diese Abbildung zeigt, dass sich das Leben wie die Gesundheit im Speziellen als ein Ausbalancieren von Polaritäten, verbunden mit der Fähigkeit zur Anpassung, Flexibilität und Weiterentwicklung präsentiert. Jede Gegengewichtung bzw. Störung würde die sich - im optimalen Fall - im Gleichgewicht (Homöostase) befindliche Gesundheit aus der Balance bringen und Krankheiten hervorrufen (vgl. DORSCHNER, 2004, [http](http://)).

#### **1.1.4 Die Entstehung und Entwicklung des Gesundheitssystems**

Das Gesundheitswesen wird als wichtigste Gesundheitsdeterminante der Menschen betrachtet und kann auf eine gute Entwicklung im Bereich der medizinischen Versorgung zurückblicken, die zu einer höheren Lebensqualität und -erwartung geführt hat (vgl. WILKINSON, 2001).

Ein kurzer Überblick über die Entwicklung des Gesundheitssystems soll zeigen, mit welchen gesellschaftlichen Veränderungen die Ärzteschaft konfrontiert war.

Im 16. und 17. Jahrhundert war der gesellschaftliche Stellenwert des Arztes noch gering und die Repräsentanten der Heilkunde waren oft dem Gespött der Bevölkerung ausgesetzt. Das konnte darauf zurückgeführt werden, dass ein jeder die heilende, medizinische Kunst ausüben durfte und damit auch Geld verdienen konnte. Neben diesen ‚Laienmediziner‘, die im 17. und 18. Jahrhundert die Mehrheit ausmachten, gab es auch Ärzte mit akademischer Ausbildung, die sich Wundärzte I.

und II. Klasse nannten. Während im ländlichen Bereich nur Wundärzte II. Klasse vorzufinden waren, die für alle medizinische Belange herangezogen werden durften, waren diese im städtischen Bereich nur für die ‚kleine Chirurgie‘ zuständig, die im Bandagieren und Aderlass bestand. Ausschließlich die Ärzte der I. Klasse galten als die einzig wirklich ‚praktizierenden‘ Ärzte. Obwohl der Berufsstand der Ärzte dadurch an Bedeutung gewonnen hatte – sie galten als vornehm, weltgewandt, diplomatisch geschickt –, war ihre Situation aufgrund ihres damals mangelnden Expertenwissens wenig erfreulich. Denn solange die Gesundheit lebensweltlich verankert und nicht ausdifferenziert war, waren vor allem die Laienärzte auf die Gunst der unterprivilegierten Patienten angewiesen (vgl. BAUCH, 1996).

Mitte des 18. Jahrhunderts bekam die Medizin den Ruf, „Handlungswissenschaft mit Erfolgswang“ (BAUCH, 1996, S. 34) zu sein, die nach botanischen und naturgeschichtlichen Prinzipien systematisiert wurde. Nicht der kranke Mensch, sondern seine Krankheit wurde untersucht und behandelt, was detaillierte Informationen des Patienten gegenüber dem Arzt voraussetzte (Beschreibung der Symptome). Erst mit dem Beginn der klinischen Medizin wurde es möglich, die Krankheiten nicht nur am, sondern auch im - nämlich im Inneren des Menschen - zu erkennen, wobei das private Krankenzimmer des Patienten der Ort der Krankheitsidentifikation war.

In der Zeit des Übergangs vom 18. zum 19. Jahrhundert war das Diagnostizieren von Krankheiten auch ohne Arzt-Patienten-Gespräch möglich, da der Mensch als Natur-Objekt betrachtet wurde (vgl. BAUCH, 1996). Mit dem Beginn der Naturwissenschaften, als Zahl, Maß und Gewicht große Bedeutung erlangt hatten, war der Ort der Krankheitsfindung nicht mehr das private Krankenbett, sondern das Spital, wo sich Krankheiten nicht nur besser analysieren ließen, sondern der Arzt auch mehr Macht über den Patienten ausüben konnte. Das war der Beginn der wissenschaftlichen Medizin, mit ihrem Drang nach Rationalisierung und Funktionalisierung. Die Medizin erhielt aufgrund ihrer wissenschaftlich belegbaren (Er)Kenntnisse Expertenstatus und setzte damit Monopolisierungsprozesse in Gang. Der Arzt genoss sein Ansehen als Experte in Gesundheitsfragen und war auf dem Weg, sich eine Monopolstellung im Staat und in der Gesellschaft zu erarbeiten. Er wurde als ‚Gesundheitsingenieur‘ entprofessionalisiert und verberuflicht (BAUCH, 1996, S. 63ff).

Wegen der geringen Anzahl akademisch ausgebildeter Ärzte war eine Medikalisierung nur auf den städtischen Bereich beschränkt, während die Landbevölkerung auf die medizinische Unterstützung von Wundärzten und Laienhelfer angewiesen war. Im Jahr 1825 wurde diese Differenzierung in akademische Ärzte und Wundärzte teilweise aufgehoben und auch der Wundarzt als praktizierender Arzt musste theoretische Kenntnisse vorweisen. Somit erreichte der Arzt zunehmend mehr Ansehen und einen höheren sozialen Status (vgl. BAUCH, 1996).

Um 1848, als der Ruf nach Demokratie laut und die ‚soziale Frage‘ zum ersten Mal thematisiert wurde, entstand die Medizinalreform, zu deren Entwicklung der Humoralpathologe Rudolf VIRCHOW (1821-1902) in hohem Maße beitrug. Ziele dieser Reform waren die Schaffung eines ärztlichen Einheitsstandes, die Forderung nach Kurierfreiheit, die Befreiung der Medizin von ihren philosophisch-normativen Fesseln sowie die ‚Klientelisierung‘ der Bevölkerungsschichten (BAUCH, 1996, S. 40f).

Mit der Entstehung der modernen bürgerlichen Gesellschaft und der damit verbundenen Entflechtung von Staat und Gesellschaft in der Übergangszeit des Spätabolutismus kam es zu einer systematischen Betrachtung von gesundheitsrelevanten Themen. Dafür wurde die Medikalisierung (siehe Anhang) der Gesundheit, die als Garant für die Leistungserbringung des Einzelnen galt, erforderlich. Gesundheit, die vordem nur einen individuellen Wert hatte, erhielt somit einen gesellschaftlich funktionalen Wert. Dank dieses Prozesses gelang es der Ärzteschaft ihrer Subalternität bzw. sozialen Inferiorität zu entkommen und durch ihre Professionalisierungsbestrebungen an Bedeutungs- und Machtzuwachs zu gewinnen. Mit der Gewerbeordnung von 1869 wurden die Ärzte der bestehenden Verpflichtung, die ärmere Bevölkerungsschicht unentgeltlich zu behandeln, enthoben. Zudem wurde 1869 das Verbot der Kurpfuscherei aufgehoben, das erst 1939 durch das Heilpraktikergesetz wieder in Kraft gesetzt wurde und als wesentliche Voraussetzung für die Monopolisierung der ärztlichen Tätigkeit gilt (vgl. BAUCH, 1996).

Durch die ins Leben gerufenen Ärztevereine und Ärzteversammlungen sowie durch die Gründung der 1. Ärztekammer in Baden 1864 wurden kooperative Beziehungen mit dem Staat aufgebaut und der Einfluss auf Politik und Regierung verstärkt. Dieses Verhältnis zwischen Ärzten und Staat war sehr ambivalent, da die Mediziner einerseits durch den Staat zu mehr Privilegien gelangten (Staat als Wohltäter),

andererseits auch mit verschiedenen, teils unangenehmen Gesetzen konfrontiert waren (Staat als Übeltäter). Auch heute beklagen Ärzte diese bestehenden Strukturen, denen sie (teilweise) nach wie vor ausgeliefert sind (vgl. BAUCH, 1996). Mit der Gründung von Ärztekammern Ende des 19. Jahrhunderts und der damit verbundenen professionellen Selbstkontrolle ließen sich auch ärztliche Interessen gegenüber dem Staat besser durchsetzen. Durch die Entstehung von Krankenkassen (1881), die durch Sozialversicherungsbeiträge finanziert wurden, wurde aus der Dual-Beziehung eine Dreiecksbeziehung zwischen Staat, Ärzteschaft und Krankenkassen, was eine vollständige Neustrukturierung des Gesundheitswesens zur Folge hatte. Zudem brachte sich der Arzt durch die wenige Jahre später erfolgte „Einzeldienstvertragsregelung“ mit dem Staat in eine weitere Abhängigkeit, was eine Abschaffung der freien Arztwahl und der selbst bestimmten Honorierung zur Folge hatte. Im Jahr 1931 war die kassenärztliche Versorgung der Bürger durch kassenärztliche Vereinigungen sichergestellt und die Voraussetzungen zur Professionalisierung dieses Berufsstandes und der Vernaturwissenschaftlichung der Medizin erfüllt: „tendenzielles Monopol auf ausgedehnte Märkte, wissenschaftlicher Expertenstatus und professionelle Autonomie in der Berufsausübung“ (BAUCH, 1996, S. 50).

Seit der Ausweitung des Gesundheitssystems auf einen größeren Kompetenzbereich, der Technikalisation der Medizin und der Veränderung des Krankheitspanoramas erfahren die Ärzte, die den Ruf als ‚Gate-Keeper‘ innehatten, eine Entmachtung und Entprofessionalisierung (vgl. BAUCH, 1996). Im Laufe der Geschichte haben sich auch die Motive und Bedürfnisse des Menschen geändert, auf die von gesellschaftspolitischer Seite entsprechend reagiert werden musste. Im Rahmen einer seriösen Gesundheitspolitik ist es auch opportun, auf die Selbstbestimmung der Menschen mit ihrem eigenen Lebensstil und persönlichen Zugang zur Gesundheit zu achten.

Bei genauer Analyse zeigt sich, dass das Gesundheitssystem ein ausdifferenziertes, sehr spezifisch aufgebautes System ist, das aber aufgrund seiner externen Ressourcenabhängigkeit keinen autarken Charakter aufweist. Zudem besteht eine gewisse Abhängigkeit der Medizinsysteme von Krankenversicherungsanstalten, weil ein nicht unwesentlicher Beitrag über sie ins Gesundheitssystem fließt. In den letzten beiden Jahrzehnten traten jedoch aufgrund von neuen Gesundheitsstrukturen und -reformen erhebliche Finanzierungsprobleme der Kassen auf, die den

Krankheitsbegriff überdimensional geweitet und das Sozialsystem übermäßig strapaziert haben. Daher versuchte man, die sich über die Jahre hinweg entwickelten Budgetlöcher durch Ausgrenzung größerer Leistungsbereiche zu stopfen. Da das Ausmaß der Finanzierungskosten für die so genannte Volksmedizin bei weitem überzogen wurde, wird eine Entmedikalisierung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht aufzuhalten sein. Das würde in weiterer Folge aufgrund der geringen Ressourcen eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung sämtlicher akut und chronisch Kranker erschweren und nur eingeschränkt ermöglichen. Die in Gang gesetzten Rationalisierungsmaßnahmen verhindern daher einen kompletten ‚Programmdurchlauf‘ beim Auftreten von Krankheiten (vgl. BAUCH, 2000). Zudem besteht das Hauptziel der Gesundheitsreform primär nicht darin, sich um die Gesundheit der Menschen, sondern vielmehr um die ökonomischen Auswirkungen von Krankheiten zu kümmern (vgl. HONTSCHIK, 2006).

## **1.2 Krankheit**

Gesundheit und Krankheit sind nicht nur gegensätzliche Paare, also Gegenpole, die verdeutlichen, dass Krankheit aus Gesundheit und Gesundheit aus Krankheit entsteht. Sie können auch nebeneinander existieren, wenn einzelne Bereiche des Körpers krank, andere gesund sind (vgl. ENGELHARDT, 2006).

Dem kommt hinzu, dass sich der Krankheitsbegriff über die Jahrzehnte stark gewandelt hat, nämlich vom zu behandelnden reinen Organdefekt über psychosomatische Erkrankungen bis hin zu psychosozialen Entgleisungen (vgl. WAGNER, 1984).

Gegenwärtig sind in der Medizin über 30 000 Krankheiten und Syndrome bekannt, die von einem stabilen physiologischen Gleichgewicht abweichen. Dieser regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der mit einer medizinischen Behandlung verbessert oder verändert werden kann, ist oftmals mit Arbeitsunfähigkeit verbunden und wird dadurch nicht nur zu einem medizinischen, sondern auch zu einem sozioökonomischen Thema (vgl. SIEGRIST, 1995).

### 1.2.1 Der Begriff Krankheit

Der Begriff „krank“ kommt aus dem mittelhochdeutschen und bedeutet schwach, sonderbar, verdreht, krumm, nicht ganz dabei. Es handelt sich zumeist um einen allgemeinen Notstand, einen Mangel, ein Fehlen oder um ein Defizit, das auch als Störung des Wohlbefindens, bezogen auf den ganzen Menschen, betrachtet werden kann und als universelles Phänomen gilt. Während Krankheit noch bis zur Zeit der Aufklärung als humorales Phänomen aufgrund der Störung der vier Säfte galt, erschien sie in der Phase darauf als Störung des gesellschaftlichen Gleichgewichts (vgl. SCHIPPERGES, 1999).

Das Kranksein als subjektive Befindensstörung wird in den einzelnen Disziplinen unterschiedlich ausgelegt. Während im ärztlichen Sinne derjenige als krank angesehen wird, der einen Arzt während seiner Ordinationszeiten konsultiert und sich krank meldet, betrachtet die Sozialmedizin denjenigen als krank, der seine Gesundheit gefährdet (vgl. SCHIPPERGES, 1990).

Krankheit ist nicht nur eine physische, sondern immer auch eine soziale, psychische und geistige Erscheinung, die nicht nur eine Veränderung des eigenen Körperempfindens hervorruft, sondern auch Auswirkungen auf das Umfeld, die Familie, Freunde und die Arbeitssituation hat. Sie wird nicht nur festgestellt, sondern erfährt zugleich eine Bewertung und in den meisten Fällen die entsprechende Behandlung. Krank ist auch, wer sich krank fühlt, und der, der sich subjektiv krank fühlt, ist im Normalfall auf die Hilfe eines Arztes, eines (medizinischen) Therapeuten oder Psychotherapeuten, angewiesen. Während Gesundheit erwünscht ist und einfach sein soll, ist Krankheit unerwünscht und darf nicht sein, wobei Medizin nie rein sachlich gesehen werden kann. Das Ziel besteht daher darin, einen unerwünschten Zustand durch Therapie und/oder Heilungsprozesse in einen erwünschten Zustand zu bringen (vgl. WAGNER, 1984).

Auch UNGER (2007) bestätigt WAGNERs Auffassung, indem er behauptet, dass das kulturelle Umfeld Einfluss auf den physischen und psychischen Zustand des Menschen ausübt und ihn entweder gesund oder krank machen kann.

Krankheit kann auf drei verschiedene Art und Weisen interpretiert werden, als *subjektiv-hedonistische Befindensstörung*, die als Beeinträchtigung des Wohlbefindens empfunden wird, als *wissenschaftliche Umschreibung einer Befunderhebung* (Normabweichung) oder als *soziologische Beschreibung eines abweichenden gesellschaftlichen Verhaltens* (vgl. SCHIPPERGES, 1999).

Der amerikanische Strukturfunktionalist Talcott PARSONS (1951), für den Krankheit als einzige gesellschaftlich legitimierte und sanktionierte Form gilt, beschreibt die Rolle des Kranken anhand von vier Charakteristika (vgl. BAUCH, 2000):

- Krankheit liegt nicht in der Macht des Individuums, weshalb es dafür nicht zur Verantwortung gezogen werden kann;
- Krankheit wird als „Form des abweichenden Verhaltens“ (BAUCH, 2000, S. 195) gesehen, was bedeutet, dass der Kranke vieler seiner Verpflichtungen enthoben ist, sofern er durch den Arzt mittels eines Attestes und einer Krankmeldung davon befreit wird;
- Krankheit ist gesellschaftlich unerwünscht und setzt voraus, dass der Kranke die aktive Bemühung um eine rasche Rekonvaleszenz als seine Pflicht betrachtet;
- Der Kranke ist verpflichtet, so schnell wie möglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, damit der frühere Zustand ehestens wieder hergestellt werden kann;

Gemäß dem „Maschinenparadigma“ von La METTRIE (2001), das die moderne Medizin prägte (siehe Abb. 8.2.2), werden Krankheiten als zu reparierende Defekte und Abweichungen gesehen. Solange die Maschine, der menschliche Organismus, einwandfrei läuft, ist kein Handlungsbedarf gegeben. Prävention und Gesundheitsvorsorge werden im Rahmen des Maschinenparadigmas, das eine klare Trennung von Geist, Seele und Körper impliziert, nicht thematisiert. Krankheiten werden in diesem Paradigma nur in einem kurzen Zeitfenster betrachtet. Während akute Erkrankungen nach mechanistischen Gesichtspunkten betrachtet werden können, lässt sich dieses Paradigma bei chronischen Erkrankungen (siehe Anhang) nicht anwenden. Es weist darauf hin, dass sich die Welt und mit ihr die Medizin weiterhin stark am technologischen Fortschritt orientiert (vgl. UNGER, 2007).

### **1.2.2 Das kybernetische Krankheitsprinzip**

Das in die Medizin eingeführte kybernetische Prozessdenken, so HANZL (2003), beschäftigt sich mit Regelprozessen im biochemischen oder neuralen Bereich, wobei die Informationen nicht an Materie gebunden sein müssen. Während Gesundheit

kybernetisch als einwandfreies Funktionieren unseres Erkennungs- und Korrektursystems verstanden wird, würde man eine chronische Krankheit als Regelkreisstörung betrachten, eine akute Krankheit dagegen als biologische, „meist sinnvolle Reaktion des Organismus auf Verletzung seiner Integrität“ (HANZL, 2003, S. 55). Dieses System besagt, dass fast alle chronischen Erkrankungen relativ geringe Störgrößen aufzeigen, sodass die Ursachen für Regelkreisstörungen in anderen Bereichen zu suchen sind. Diese Störgrößen können erst dann beseitigt werden, wenn sie vorher diagnostiziert wurden (vgl. HANZL, 2003).

Das Auffinden von Ursachen gestaltet sich nicht einfach, da Ursache um Ursache zurückverfolgt werden muss, bis man zum eigentlichen Auslöser gelangt. Auch sind diese Kausalverknüpfungen laut Systemtheoretikern und Kybernetikern keinesfalls eindimensional oder linear, sondern verlaufen vernetzt und meist zirkulär. Aus dieser zirkulären Kausalität geht hervor, dass die Wirkung zur Ursache und die Ursache wieder zur Wirkung wird, sodass kaum überprüfbar ist, was zuerst war, vergleichbar mit dem „Henne-Ei-Prinzip“ (vgl. HANZL, 2003).

Gemäß der Systemtheorie wird Gesundheit nicht mehr als normativer Idealzustand beschrieben, sondern gilt als selbst organisierter, kybernetischer Zustand, bei dem die Regelprozesse und ihre Störungen in den Vordergrund des Interesses rücken. Dieser Zustand kann bei Störung kurz- oder auch längerfristig irreguläres Verhalten hervorrufen, welches eine neue Ordnung, vorübergehend jedoch eine Unordnung, herstellt. Die Medizingeschichte zeigt, dass lange Zeit nach dem Ursache-Wirkungs-Prinzip gearbeitet wurde. Die Ausweitung dieses Kausalitätsmodells in der modernen Medizin hat dieses selbst ad absurdum geführt. An seiner Stelle findet sich nun das Regelkreismodell, bei dem körpereigene Regulationsfaktoren, die weder ausschließlich als Ursache noch als Wirkung verstanden werden dürfen, den Prozess bestimmen. Da von außen an verschiedenen Stellen in diesen Prozess eingegriffen werden kann, wird die häufige Störanfälligkeit verständlich. Nicht eine einzelne Therapie, sondern eine Fülle an medizinischen Maßnahmen werden im Rahmen einer ärztlichen Behandlung eingesetzt, bei denen jedoch der Mensch als krankes, behandlungsbedürftiges Wesen, das nach Aufmerksamkeit und Zuwendung ruft, zum Teil auf der Strecke bleibt (vgl. STULZ, 2006).

### 1.2.3 Die Bedeutung von Krankheit

Kranksein passt nicht in das Weltbild einer Gesellschaft, in der nur Gesundheit zählt und in der seit einigen Jahren der Gesundheitswahn (= Healthism) herrscht. Gesellschaftlich und vor allem ökonomisch betrachtet stellen kranke Menschen in jeder Hinsicht eine Belastung da, weil damit nicht nur Kosten für das Gesundheitssystem sowie für die betroffenen Firmen (Dienstausfall) anfallen, sondern auch diverse Dienstleistungsgesellschaften und Unternehmen mit einem Kundenausfall konfrontiert sind (makroökonomisch). Krankheiten verursachen aber auch für den Betroffenen selbst und dessen Familie Kosten bzw. finanzielle Einbußen (mikroökonomisch), vor allem dann, wenn gut honorierte Überstunden und Nachtdienste nicht mehr geleistet werden können. Besonders gravierend wird die finanzielle Lage der Betroffenen dann, wenn aufgrund der Dauer der Krankheit das Gehalt nicht mehr in voller Höhe ausbezahlt werden kann.

Obwohl Gesundheit und Krankheit zum Leben fast eines jeden Menschen gehören, fällt es manchen schwer, die eigene Krankheit anzunehmen und einen Zustand von Schwäche und Hilfsbedürftigkeit zu akzeptieren. Krankheit wird von jedem unterschiedlich erlebt, abhängig von Persönlichkeit, sozialem Umfeld und der Schwere der Erkrankung. Nur der Kranke selbst ist in der Lage, sein persönliches Krankheitsempfinden zu beschreiben.

Krankheiten, vor allem Befindlichkeitsstörungen und akute Erkrankungen können ganz plötzlich und völlig unerwartet auftreten, den Betroffenen aus seinem gewohnten Lebensrhythmus werfen und eine radikale Lebensveränderung hervorrufen. HARSIEBER (1993) zitiert Primar Baumhackl, der beschreibt, dass man durch eine Krankheit nicht nur in eine psychische, sondern unter Umständen auch in eine soziale Krise geraten kann, für die sich unser Gesundheitssystem nicht mehr verantwortlich fühlt. Das wird umso verständlicher, als Krankheiten nicht immer schicksalhaft, sondern als Folge eines belastenden Lebensstils auftreten können. Jeder Mensch übt daher aufgrund seines Lebenswandels einen mehr oder weniger starken Einfluss auf seinen Gesundheitszustand aus. Doch sind nicht alle Erkrankungen vermeid- und vorhersehbar, sondern entstehen aus verschiedenen, teils unerklärlichen Ursachen, die die Medizin aufzudecken sucht.

Bei chronisch Kranken, die vor allem Unterstützung bei ihrer Krankheitsbewältigung benötigen, gerät unser Gesundheitssystem häufig an die Grenzen seiner

Machbarkeit. Die Tatsache, aufgrund der eingeschränkten Leistungsfähigkeit nicht mehr am sozialen Leben teilnehmen zu können und die ursprüngliche Arbeitswelt verlassen zu müssen, ist für viele Menschen emotional und finanziell belastend. Der Wert der Gesundheit wird jedoch erst dann bewusst, sobald eine Krankheit auftritt, auch wenn die Gewöhnung an organische oder funktionale Defekte zumeist sehr schnell gelingt (vgl. UNGER, 2007).

Darüber hinaus kann Krankheit auch eine Schutzfunktion ausüben, die in schwierigen, konfliktbeladenen Situationen hilfreich eingesetzt werden kann. Unterschieden wird hier zwischen primärem und sekundärem Krankheitsgewinn, dessen Einteilung auf den Begründer der Psychoanalyse Sigmund FREUD (1856-1939) zurückgeht. Unter Krankheitsgewinn werden die objektiven und subjektiven Vorteile eines kranken Menschen verstanden, der in der Regel seiner alltäglichen Verpflichtungen enthoben ist, Anteilnahme erfährt und mit finanzieller Unterstützung durch den Arbeitgeber bzw. durch den Sozialversicherungsträger rechnen kann (vgl. GEISSENDÖRFER et al, 2007; vgl. Pschyrembel, 2002).

Der *primäre Krankheitsgewinn* ermöglicht dem kranken Menschen, konfliktbeladene Situationen zu meiden, die er zum Teil nicht als solche wahrnimmt, die ihn aber trotzdem schwächen (z.B. das plötzliche Erkranken vor Prüfungen). Dazu kommt der *sekundäre Krankheitsgewinn*, der darin besteht, dass der Patient Aufmerksamkeit und Zuwendung durch sein soziales Umfeld erfährt (z.B.: Essen wird serviert, Besucher kommen) (vgl. LAPLANCHE, 1986).

2,6 Millionen Menschen, davon 1,4 Millionen Frauen, gaben bei der österreichischen Gesundheitsumfrage 2006/07 an, chronisch krank zu sein bzw. unter chronischen Gesundheitsproblemen zu leiden. Chronische Krankheiten nehmen mit dem Alter zu und treffen mehr Frauen als Männer. Ein Drittel der österreichischen Bevölkerung gibt an, sich durch andauernde gesundheitliche Probleme im Alltag stark beeinträchtigt zu fühlen (vgl. STATISTIK AUSTRIA, 2006/07).

### **1.3 Medizin**

Die Medizin gilt als Hoffnungsträger der Menschen sowie als essentielle Voraussetzung für deren Leben und Überleben. Sie wird auch als Kulturleistung der jeweiligen Zeit betrachtet, da sie die Einstellung der Gesellschaft dem Menschen

gegenüber widerspiegelt. Zudem ist sie als empirische Wissenschaft zu verstehen, die nur Verfahren mit erfolgter Wirksamkeitsprüfung auf hohem Niveau zulässt (vgl. UNGER, 2007).

Sie umfasst nicht nur die praktischen und theoretischen Kenntnisse des Bereiches der universitären Medizin, sondern verlangt nach einer Erweiterung ihres theoretischen Spektrums. Eine Form dieser Erweiterung sieht HANZL (2003) in der Anpassung der medizinischen Modelle an modernste naturwissenschaftliche Erkenntnisse aus der Quantenphysik, Systemtheorie, Kybernetik und Chaosforschung. So wurden beispielsweise in Untersuchungen elektromagnetische Wellen in unserem Körper nachgewiesen.

Da die Anfänge der Medizin geschichtlich weit zurückreichen, kann sie auf eine enorme Sammlung von unterschiedlichen Informationen, Erfahrungen und Entdeckungen zurückgreifen, die im Laufe der Jahrtausende systematisiert, bewertet und auch erweitert wurden. Das unaufhaltsame Streben nach Verbesserung im Bereich der Diagnostik, Therapie und Prophylaxe wird auch weiterhin im Interesse der Wissenschaft sein. Ihr Ziel liegt nicht nur in der erfolgreichen medizinischen Behandlung kranker Menschen, sondern auch in der Lebensverlängerung bei gutem physischem und psychischem Zustand (vgl. UNGER, 2007). Dass dieser Zielsetzung in den letzten Dezennien erfolgreich nachgegangen wurde, zeigt die aktuelle Statistik zur Lebenserwartung. Bei Männern wurde, bezogen auf den Zeitpunkt der Geburt ein mittlerer Wert von 77,3 Jahren berechnet, bei Frauen beträgt dieser Wert 82,9 Jahre (Statistik Austria, 2008, [http](http://)).

### **1.3.1 Das Wesen der Medizin**

Die Aufgabe der Medizin besteht darin, Krankheiten unterschiedlicher Art zu heilen, Schmerzen zu lindern und sich der Erhaltung der Leistungsfähigkeit unserer Organe während des Alterungsprozesses anzunehmen (vgl. UNGER, 2007) (siehe Abb. 8.2.3). Das oberste Prinzip, so besagte der Eid des Hippokrates ca. 400 v. Chr., besteht darin, nicht zu schaden („*Primum nihil nocere.*“), ein Prinzip, das auch heute noch seine Gültigkeit hat (vgl. SCHWEIGER, 2005).

„Medizin ist nicht Restauration von Krankheit, sondern vor allem Konstruktion von Gesundheit“ (WAGNER, 1984, S. 76). Sie wird in der Regel erst dann in Anspruch genommen, wenn die Gesundheit durch eine (lebensbedrohende) Erkrankung in

Mitleidenschaft gezogen wird. Maßnahmen zur Gesunderhaltung bzw. Genesung haben aufgrund ihrer steigenden Nachfrage an Wertigkeit zugenommen. Die Menschen haben das Bedürfnis, möglichst lange jung, schlank, fit und gesund zu bleiben (vgl. UNGER, 2007).

WAGNER (1984) fügt dem hinzu, dass Medizin als soziale Bewegung weder als angewandte Naturwissenschaft noch als Sozialwissenschaft, sondern als Handlungswissenschaft mit eigenem theoretischem Hintergrund betrachtet werden kann. Dieses Handlungssystem kann aus mindestens fünf verschiedenen Perspektiven betrachtet werden (vgl. UNGER, 2007):

- Medizin als Naturwissenschaft (menschlicher Organismus als „Maschine“)
- Medizin als Geisteswissenschaft (Krankheit als Folge einer persönlichen Dysbalance)
- Medizin als Kulturwissenschaft (Prägung des Menschen auf körperlicher und seelischer Ebene durch die Kultur und Tradition)
- Medizin als Sozialwissenschaft (Krankheit entsteht aufgrund schädlicher sozialer Einflüsse, die eine Behandlung auf dieser Ebene erfordern.)
- Medizin als Technik und Biowissenschaft (Menschen als Informationsträger und Objekt von Organtransplantationen)

Die Medizin kann nicht „sui generis“ als reine Naturwissenschaft gesehen werden, da ihr Interesse nicht ausschließlich in einem Zugewinn an neuen Erkenntnissen liegt. Sie ist eine Wissenschaft der besonderen Art, die dank unserer Wissenschaftler und Forscher qualitativ immer hochwertiger wird und an Humanität durch die Einbeziehung persönlicher Erfahrungen in den ärztlichen Handlungsprozess gewinnt (vgl. PETERLIK, 2004).

Die Medizin gelangt durch die Durchführung verschiedener Experimente, die als wesentlicher Bestandteil ihrer Forschungstätigkeit gelten, zu neuen und weiterführenden Erkenntnissen. Auch wenn ihre Ergebnisse bei Tierexperimenten nicht immer analog auf den Menschen übertragen werden können, tragen sie dennoch - allerdings (manchmal) auf Kosten des Tieres - zum Fortschritt der Humanmedizin bei.

### 1.3.2 Heilung in der Medizin

Unter Heilung versteht man die Wiederherstellung der Integrität eines verletzten oder gestörten Ganzen. Man geht von „heil“, also von unversehrt und gesund aus, und möchte diesen Zustand wieder erreichen. Der Begriff impliziert daher sowohl den Zustand vor und nach der Erkrankung als auch den Prozess der Genesung. Das Ziel besteht darin, Störendes zu eliminieren und Fehlendes hinzuzufügen oder zu ersetzen. Der berühmte Zellulärpathologe Rudolf VIRCHOW sieht Heilung als Regulation des Körpers, aber auch der Verhältnisse des gesunden Lebens. Dieses Regulationsprinzips bediente man sich bereits in der antiken Humoralpathologie, die Heilung als Wiederherstellung des Gleichgewichts der verloren gegangenen Symmetrie der Säfte und Kräfte sah (vgl. SCHIPPERGES, 1990).

Schon der bedeutende persische Arzt AVICENNA (980-1037 n. Chr.) sprach zu seiner Zeit von Heilung, die über die Vorstellungskraft eines Menschen auf sich selbst und auch auf entfernte Körper ausgeübt werden könne. Mit dieser Form von Suggestion könne der Mensch aber nicht nur geheilt, sondern auch krank gemacht werden (vgl. BÖSCH, 2002). Auch einzelne Alternativmediziner arbeiten mit der Suggestivkraft und behaupten, dank ihrer übersinnlichen Fähigkeiten sogar Fernheilungen vollbringen zu können.

HESSE (2001, S. 79f) versteht unter Heilung eine „irreversible Wandlung“, die durch eine Intervention lediglich induziert werden kann. Sie kann seiner Meinung nach nicht von außen erfolgen. Der Therapeut oder Arzt kann dem Patienten lediglich jene Hilfestellung geben, die ihn dazu befähigt, seinen aus dem Gleichgewicht geratenen Organismus wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Dieses Initiieren von Wandlung, der Erreichung der Homöostase, wird als der entscheidende Schritt in Richtung Heilung durch die Alternativmedizin betrachtet.

Um objektiv von Heilung sprechen zu können, so ERNST (2001), muss immer der natürliche Verlauf einer Erkrankung betrachtet werden und nur die Rettung vor dem vorzeitigen Ableben sowie die Behebung schwerer körperlicher „Defekte“ (auch mit zurückbleibender Behinderung) kann als echter Heilerfolg gewertet werden. Bei der Evaluierung von Heilung muss auch die Dauer eines Behandlungserfolges berücksichtigt werden, da Heilung auch temporär begrenzt und einen wellenförmigen Verlauf mit beschwerdefreien Phasen zeigen kann (vgl. SCHWEIGER, 2005). Die Qualität der erstrebten Heilung hängt zudem nicht nur vom Ausmaß des Defekts ab,

sondern auch von der Schwere der Erkrankung und der Kraft des menschlichen Regulationssystems.

Folgende drei Aspekte müssten nach HESSE (2001) vereinigt werden, um das Wesen von Heilung erfassen zu können:

### 1. *Das Maschinenbild des Körpers*

Die Schulmedizin, die den menschlichen Organismus mit einer Maschine äußerst komplexen Aufbaues vergleicht, trenne zwischen Leib und Seele und kümmere sich nicht, so behaupten Kritiker, um deren Verbindung.

Aus der Praxis sind Krankheitsfälle bekannt, bei denen sich die Menschen nach überstandener Krankheit sogar gesünder fühlten als vorher. Die Krankheit verhalf somit zu einem besseren Gesundheitsempfinden.

### 2. *Das Beobachterproblem*

Da der Gesundheitszustand des Patienten nicht nur von den therapeutischen Maßnahmen durch die Behandler, sondern auch von der Umwelt des Patienten und dessen Interaktion mit ihr abhängt, besteht die Aufgabe des Therapeuten in Zweierlei: er muss erkennen, in welchem Ausmaß einerseits seine Behandlung, andererseits die Umwelt Einfluss auf den Gesundheitszustand des Patienten ausübt, um so den individuell richtigen Weg zur Heilung finden zu können.

### 3. *Die seelisch-geistige Dimension*

Die Trennung von Körper, Geist und Seele darf im Rahmen der Behandlung nur theoretisch erfolgen, nicht aber praktisch, um ein wiederkehrendes Auftreten von Beschwerden oder Befindlichkeitsstörungen zu verhindern.

Zuletzt stellt sich die Frage nach der Zielvorstellung für die gesetzten Heilungsmaßnahmen. Ist man mit einer rein medizinischen Rehabilitation zufrieden oder bedarf es zur vollständigen und nachhaltigen Heilung noch der Resozialisierung des ganzen Menschen in seine Umwelt? Aus dieser Fragestellung geht hervor, dass im Rahmen eines Heilungsprozesses nicht nur wissenschaftliche Kriterien Berücksichtigung finden sollten, sondern auch Lebensformen, Werte und Einstellungen (vgl. SCHIPPERGES, 1990). Dafür kann ein breites Spektrum unterschiedlicher Hilfsmittel bzw. -maßnahmen eingesetzt werden. Das Angebot

reicht von Arzneimitteln aller Art, Diätetik, operativen Eingriffen, bis hin zu den so genannten Außenseitermethoden, auf die im zweiten Kapitel näher eingegangen wird.

### **1.3.3 Die soziale Dimension in der Medizin**

Medizin wird zunehmend zu einem politisch dominierenden Faktor der Zukunft, da sie Einfluss auf die Lebensqualität und den Lebensstil des Einzelnen nimmt (vgl. WAGNER, 1984). Auch die Arbeit mit dem Patienten hat sich geändert, da dieser aufgrund seiner Mündigkeit ein starkes Bedürfnis nach Mitverantwortung und Selbstbestimmung hat. Im Rahmen der Gesundheitsversorgung fordert er nicht nur Leistung, sondern auch Gerechtigkeit und Effizienz ein und scheut sich nicht, Kritik an Ärzten und deren Behandlungsmethoden zu üben (vgl. STULZ, 2006).

Ein Blick zurück in die Geschichte der Medizin zeigt, dass der Begriff „Medizin“ erst im 13. Jahrhundert mit der Aufnahme in den universitären Bereich in den deutschen Sprachgebrauch gelangte und somit den früheren Begriff „Heilkunde“ ablöste. Im 16. Jahrhundert umfasste dieser Begriff auch Heilmittel und Arzneien. Erst viele Jahre später wurde sie eine Wissenschaft, nämlich die „Wissenschaft vom gesunden und kranken Menschen“. Im 20. Jahrhundert kam das unternehmerische und wirtschaftliche Denken hinzu. Es bildeten sich Hilfswissenschaften wie Statistik und Epidemiologie, das Krankenversicherungswesen, industrielle Unternehmen zur Herstellung von Arzneimitteln und die Krankenhausstrukturen, womit ein riesiger Verwaltungsapparat um die bzw. aus der Medizin entstand (vgl. DUDEN, 2006).

Zuständig für diese fast unüberschaubaren, bürokratischen Strukturen sind nicht nur Ärzte, sondern auch Gesundheitsökonomien und Betriebswirte. Wirtschaftlich gesprochen kann das Gesundheitswesen nur dann kontinuierlich und langfristig profitorientiert arbeiten, wenn der Mensch Strukturen, ähnlich einer technischen, physikalisch-chemischen Maschine aufweist, was allerdings unvorstellbar ist. Nach dem derzeitigen medizinischen Konzept behandelt der Arzt nicht die Krankheit, sondern den von einer Krankheit befallenen Menschen, d.h. den Patienten (vgl. HONTSCHIK, 2006).

Der Begriff „Medizin“ wird heute nicht nur für das ärztliche Handeln verwendet, sondern er umfasst alle Strukturen und Disziplinen zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit. Medizin sucht nach neuen Wertvorstellungen für

das menschliche Dasein, wobei Gesundheit selbst als Wertvorstellung betrachtet werden kann.

Es wäre wünschenswert, wenn sich Ärzte von der Abstraktion medizin-technischer Befunde ab- und wieder mehr dem Menschen als soziales Wesen zuwenden würden, um so auch Aufschlüsse über sein psychosoziales Empfinden und Verhalten gewinnen und nutzen zu können. Dem Menschen als ein „Ensemble von biologischen, psychologischen und sozialen Elementen“ (BAUCH, 2000, S. 5) können bei einer Erkrankung lineare Therapieansätze daher nur in den allerseltensten Fällen genügen.

## **2. Medizinsysteme**

Die moderne Medizin sei, so behaupten ihre Anhänger, ein Segen für die Menschheit. Denn viele Erkrankungen, die noch vor wenigen Jahren bzw. Jahrzehnten unbehandelbar waren und zum Ableben geführt hatten, sind heute therapier- und manchmal sogar heilbar. Auch Tumorerkrankungen und Karzinome sind nicht unweigerlich mit einem Todesurteil verbunden und lassen auf Heilung hoffen. Dennoch sind die Menschen von der Schulmedizin enttäuscht und wenden sich immer häufiger der Alternativmedizin zu. Sind es die vielen verschiedenen zur Diagnoseerstellung und teilweise auch zur Therapie eingesetzten Apparate und Maschinen, die beim Patienten Misstrauen und Angst aufkommen lassen? Durch die Auseinandersetzung mit terminologischen und definitorischen Aspekten sowie mit den Konzepten und Prinzipien beider Medizinsysteme in diesem Abschnitt werden die grundlegenden Unterschiede und deren Problemfelder aufgezeigt.

Dieses Kapitel wäre unvollständig, würden darin nicht die Ursachen und Gründe erörtert werden, die das seit Jahren bestehende Spannungsfeld zwischen Schul- und Alternativmedizin aufrechterhalten. Diskutiert werden weiters die Bedeutung der (Alternativ)Medizin als Kunst oder Wissenschaft, deren wissenschaftliche Überprüfbarkeit sowie Möglichkeiten des vernünftigen Einsatzes beider Medizinsysteme.

## **2.1 Schulmedizin**

Die heutige Schulmedizin, die in Krankenhäusern und Spitälern, in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, von niedergelassenen Ärzten sowie von Rettungs- und Notärzten angewendet wird, ist aus unserer modernen Gesellschaft nicht mehr wegzudenken. Und obwohl sie seit Jahrhunderten vielen Menschen geholfen hat und nach wie vor erfolgreich Krankheiten heilen bzw. Beschwerden lindern kann, ist sie mit zahlreichen Problemen und Vorwürfen konfrontiert.

Die ökonomischen, bürokratischen, juristischen und politischen Zwänge, die ihr vor allem in den letzten Jahren auferlegt wurden, belasten die Arzt-Patienten-Beziehung, die dadurch nicht im erwünschten Ausmaß gepflegt werden kann. Die großen Spitalsbetriebe mit ihren undurchschaubaren Strukturen entwickeln sich in Richtung „Medizin- bzw. Gesundheitsfabriken“, die ihren Patienten, die mehr als Kunden gelten, immer weniger menschliche Zuwendung durch die behandelnden Ärzte anbieten können. SCHWEIGER (2005) meint, dass die ihr abgesprochenen ganzheitlichen Ansätze dennoch nachzuweisen seien, zumal die Schulmedizin im Rahmen des ärztlichen Handelns den Menschen, sein Umfeld und seine Psyche als Gesamtes zu erfassen suche.

### **2.1.1 Der Begriff Schulmedizin**

In der Brockhaus Enzyklopädie (2006, S. 512) wird Schulmedizin als „die an den Universitäten gelehrt, naturwissenschaftlich begründete und durch Forschungsergebnisse gestützte, weithin als gültig anerkannte, von der Erfahrungsheilkunde sowie von Außenseitermethoden abzugrenzende Medizin“ verstanden. Mit dem positiven Begriff „Schule“, also der „Schulmedizin“, werden Eigenschaften wie „indoktrinär, rechthaberisch, engstirnig“ (SCHWEIGER, 2005, S. IX) verbunden, die sich gegen die als sanft und ganzheitlich bezeichnende alternativmedizinische Szene durchzusetzen hat. Weiters wird der Schulmedizin eine fließbandartige, inhumane Arbeitsweise vorgeworfen, die mehr schadet als nützt (vgl. SCHWEIGER, 2005).

Für die Schulmedizin existieren unterschiedliche Namen, wie universitäre, reguläre, konventionelle, offizielle oder orthodoxe Medizin, deren Betrieb und Vertreter von ihren Gegnern als starr, monopolistisch und linear denkend betrachtet werden (vgl. BRAUN, 2001).

Vergleicht man den menschlichen Körper mit einer Maschine, die repariert werden muss (Heilung), wenn ein Teil von ihr (ein Organ) nicht funktioniert (krank ist), dann wird verständlich, dass die naturwissenschaftliche Schulmedizin auch „Reparaturmedizin“ oder „Organmedizin“ genannt wird. Da zunehmend mehr Messinstrumente eingesetzt werden, hat sie auch den Charakter einer „Apparatemedizin“. Eine naturwissenschaftliche Medizin, die auf einer Trennung von Geist und Materie beruht, kann jedoch nie den ganzen Menschen behandeln, sondern nur einen kleinen Ausschnitt der Wirklichkeit (verschiedene Impfstoffe, Contergan,...) (vgl. HARSIEBER, 1993).

Ihr wird trotz hervorragender Leistungen in den Bereichen Forschung, Diagnostik und Therapie und des sich rasch erweiternden Detailwissens Nicht-Ganzheitlichkeit vorgeworfen, weil sie Körper und Seele trennt und dabei dem Körper mehr Beachtung schenkt. Zudem kommt es zu einer Trennung von Subjekt und Objekt, von Arzt und Patient sowie von Gesundheit und Krankheit. Auch wenn ihr vorgeworfen wird, den Körper des Patienten als Maschine zu betrachten und den biografischen, sozialen Hintergrund des zu behandelnden Individuums auszuklammern, verdanken wir ihrem Engagement eine höhere Lebenserwartung aufgrund besserer Lebensbedingungen (Hygienemaßnahmen, Impfungen etc.) sowie kompetenter und effizienter therapeutischer Maßnahmen (vgl. PLATSCH, 2007).

Als großartige Erweiterung der Körpermedizin wird die „Psychosomatische Medizin“ gesehen, die auf eine alte Idee des Leipziger Psychiaters Johann Christian August HEINROTH (1773-1843) zurückgeht und sich mit medizinisch nicht erklärbaren Symptomen befasst. Da sie Erkenntnisse nicht-trennender Ganzheitlichkeit umfasst, gilt sie als wichtige Übergangsentwicklung in Richtung eines neuen medizinischen Paradigmas der Ganzheitlichkeit (vgl. PLATSCH, 2007), und wird seit den 1930er Jahren als offizielles wissenschaftliches Fach an amerikanischen Universitäten gelehrt. Allerdings hat sie nie einen wirklichen Durchbruch geschafft.

Die Ärzte *Sigmund FREUD*, *Carl Gustav JUNG* und *Alfred ADLER* gelten als Wegbereiter der Psychoanalyse und damit auch der Psychosomatischen Medizin, die von einer Wechselwirkung zwischen Psyche und Körper ausgeht. Sie behauptet, seelische Einflüsse könnten ebenso wie psychische Störungen einen (negativen) Einfluss auf die physische Befindlichkeit des Menschen haben. Magenschmerzen,

Atemnot, Herzrhythmusstörungen sowie Kopf- und Unterleibschmerzen können Folgen dieser Störungen sein. Zudem werden auch somato-psychische Reaktionen beobachtet, nämlich, dass sich schwere Krankheiten auch negativ auf die Psyche des Menschen auswirken können (z. B. Multiple Sklerose verursacht Depressionen). Das zu akzeptieren war für die wissenschaftlich orientierte Schulmedizin anfänglich nicht leicht (vgl. PLATSCH, 2007).

Für die moderne Schulmedizin ist eine Erkrankung dann psychosomatisch, wenn kein pathologischer Befund vorliegt und klinisch keine Auffälligkeiten erkennbar sind. Sie stigmatisiert den Betroffenen auch nicht wie noch vor wenigen Jahrzehnten als „eingebildeten Kranken“, sondern nennt ihn „psychosomatisch krank“. Lange Zeit ordnete man allerdings auch Krankheiten wie Asthma, Neurodermitis oder bestimmte allergische Reaktionen dem psychosomatischen Formenkreis zu, da in diesen Fällen ausschließlich Einwirkungen der Psyche auf das Soma vermutet wurden (vgl. HARSIEBER, 1993). Sie zählen, laut STÖHR (2001), zu den häufigsten Gründen für eine Arztkonsultation bei Allgemeinmedizinerinnen.

PLATSCH (2007) ist sich im Klaren, dass die Berücksichtigung psychosomatischer Zusammenhänge im Rahmen ärztlichen Handelns einen wichtigen Beitrag zur physischen und psychischen Gesundheit leistet. Dies bedingt allerdings einen erhöhten Mehraufwand an Gesprächszeit für den Patienten - einen Anspruch, dem weder das Sozialversicherungssystem noch die Ärzteschaft im notwendigen oder auch nur von Patienten erwarteten Ausmaß nachkommen können.

### 2.1.2 Konzepte und Prinzipien der Schulmedizin

Das menschliche Leben erklärt sich gemäß den **Natur- und Kausalgesetzen** (vgl. BRAUN, 2001), auf die sich auch die Schulmedizin bezieht. Diese arbeitet aber nicht nur nach dem **Ursache-Wirkungs-Prinzip** bzw. dem Schlüssel-Schloss-Prinzip (vgl. HEINE, 2001), sondern auch mit der Be-Seitigung von Symptomen, für deren Erkenntnisgewinnung sie sich der Methoden und Prinzipien der **naturwissenschaftlichen Empirie** bedient (vgl. SCHWEIGER, 2005).

UNGER (2007) beschreibt die Arbeit der Schulmedizin nach dem Prinzip der Mess- und Zählbarkeit, also gemäß dem galileischen Prinzip: *Messen, was messbar ist. Was nicht messbar ist, messbar machen.* Dem muss hinzugefügt werden, dass es Qualitätseigenschaften gibt, die heute noch nicht messbar sind. Es ist daher

notwendig, die Voraussetzungen für ihre Messbarkeit zu schaffen, wenn dies erwünscht ist. Weiters sind die gesetzten Grenzwerte, die definieren, wann man als gesund und wann als krank gilt, von entscheidender Bedeutung (vgl. IVANOVAS, 2001).

Während der Schulmedizin von ihren Kritikern ein eher **mechanistischer Umgang bzw. Zugang** von ihren Kritikern zugeschrieben wird, nimmt sich die Alternativmedizin des Menschen als Körper-Geist-Seele-Einheit (siehe Abb. 8.2.4) an. Die Betrachtungsweise des Menschen durch die Schulmedizin geht von einer grobstofflichen, biologischen Maschine mit biochemischen und biophysikalischen Funktionen aus. HARSIEBER (1993) macht in diesem Zusammenhang auf die Gefahr aufmerksam, dass der Mensch durch die Beschränkung der Schulmedizin auf objektive Befunde zunehmend zu einer seelenlosen Maschine abgestempelt wird („**Befundorientierte Medizin**“). Er fordert, dass nicht nur auf den Befund, sondern auch auf das Befinden des kranken Individuums eingegangen werden solle.

Körperliche Zustände sowie physiologische Prozesse werden in der Medizin gezielt nach vorgegebenen Kriterien mit der Absicht überprüft, den Ausgangs- oder Normalzustand wieder herzustellen. Der Vorteil dieser **standardisierten Beobachtung** liegt in der Vergleichbarkeit aller Interventionen, der Nachteil, dass die Gültigkeit nur für den selbst gesetzten Rahmen existiert. Bei der schulmedizinischen Behandlung eines Patienten mit einem Medikament besteht das Interesse daher primär an seiner Wirksamkeit, weniger an dessen Nebenwirkungen (vgl. IVANOVAS, 2001).

Von der Alternativmedizin ist bekannt, dass ihr Ziel unter anderem darin besteht, die Selbstheilungskräfte ihrer Patienten zu aktivieren. Bei genauer Analyse wird bewusst, dass auch die Schulmedizin den Heilungsprozess des menschlichen Organismus fördern kann, indem sie den Patienten lediglich *Schonung*, beispielsweise bei Knochenbrüchen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Burnout etc. empfiehlt. Es fehlen allerdings empirische Beweise, die darauf hindeuten, dass ein solcher Ratschlag tatsächlich Wirkung zeigen könne (vgl. WIESING, 2004).

Die Forderung nach Pluralität in der Medizin macht Sinn bei den theoretischen Grundannahmen zum menschlichen Individuum, seinem Organismus, den Erkrankungen sowie den Interventionen, nicht aber bei deren Basisausrichtung. Hervorzuheben ist, dass sich nicht nur die Naturheilkunde *natürlicher Substanzen* zur Behandlung von Krankheiten bedient, sondern auch die Schulmedizin, indem sie

etwa Morphium, Cortison, Hormone oder Vollbluttransfusionen verordnet (vgl. WIESING, 2004).

Das höchste Ziel der Wissenschaft und daher der klassischen, universitären Medizin, ist die Wahrheit, die als Ergebnis der wissenschaftlichen Untersuchung und Entscheidung gesehen werden muss (vgl. WAGNER, 1984).

Da aber die Medizin oftmals mit sehr komplexen Erkrankungen bei höchst unterschiedlichen Individuen konfrontiert ist, sind absolute Gewissheit und Sicherheit bei Auswahl und Ablauf des Behandlungsprozess nicht (immer) gewährleistet. Mehrheitlich bewegt sie sich mit ihrer Vorgangsweise im Graubereich, da sie es selten mit einer eindeutigen „Schwarz-Weiss-Situationen“, wie einer akuten Blinddarmentzündung zu tun hat, die erfahrungsgemäß durch eine standardisierte Routineoperation behoben werden kann. Die Kunst besteht daher darin, diesen wissenschaftlich unerforschten Graubereich zu reduzieren (vgl. STULZ, 2006).

PLATSCH (2007) bekräftigt, dass oft gleiche Krankheitsbefunde, die die Grundlage für eine objektive, wissenschaftliche Forschung bilden, nach unterschiedlichen medizinischen Behandlungsmethoden verlangen, da immer auch die individuelle Lebenssituation miteinbezogen werden muss, um erfolgreich agieren zu können.

Aus den vorangegangenen Ausführungen geht hervor, dass sich die moderne Medizin auch mit den „soft skills“ oder „soft factors“ auseinandersetzen muss, worunter man die praktischen Fertigkeiten des Arztes sowie dessen persönlichen Umgang mit dem Patienten versteht. Darunter fällt auch die Intuition bzw. der klinische Blick, der vom äußeren Erscheinungsbild des Patienten in sein Inneres (Seele des Patienten) wandert, um so ein ganzheitliches Bild generieren zu können (vgl. STULZ, 2006).

Diese **ganzheitliche Orientierung der evidenzbasierten Medizin**, auf die im nächsten Kapitel näher eingegangen wird, geht auf Karl JASPERS (1883-1969), einem Psychiater und Philosophen, zurück, der unter ärztlichem Handeln eine Kombination aus naturwissenschaftlicher Erkenntnis, technischem Können („hard facts“) und humanitärem bzw. geisteswissenschaftliches Handeln („soft skills“) versteht (vgl. JASPERS, 1999).

### **2.1.2.1 Evidence Based Medicine**

Der Weg zur „Evidence based Medicine“ (EbM) erfolgte über die rationalistische Vorgehensweise in der wissenschaftlichen Medizin und gilt als historischer Umweg. Da diese Vorgehensweise keinerlei neue Elemente besitzt, so RASPE (1996), hätte dieses Phänomen bereits viel früher eingesetzt werden können (vgl. WIESING, 2004). Wissenschaftlich fundiertes Wissen galt in der Medizin bislang als Mangelware, zumal nur 10 bis 20% medizinischer Handlungen und Verfahren gemäß den Kriterien empirischer Untersuchungen überprüft wurden (vgl. DUBINSKY, 1990; vgl. WIESING, 2004). Nach einer so genannten Sturm-und-Drang-Phase wurde von Seiten der Ärzteschaft der Ruf nach einer „rationalen Medizin“ laut, um den durch die rasche Entwicklung der Medizin teilweise verunsicherten Patienten in diesem Bereich Transparenz bieten zu können. Damit war auch der Wunsch verbunden, mehr Vertrauen in die Zuverlässigkeit ärztlichen Handelns zu bringen (vgl. STULZ, 2006). Der Begriff „Evidence based Medicine“, der von britisch-kanadischen Klinikern Ende des letzten Jahrhunderts geprägt wurde, schafft leicht Verwirrung, übersetzt man ihn vom englischen ins deutsche. Während der englische Begriff „evidence“ Nachweis oder Beleg bedeutet, wird unter dem deutschen Begriff „Evidenz“ das Offenkundige verstanden, was als das Gegenteil den Intendierten gilt. SACKETT (1996, S. 71) und seine Kollegen definieren „evidence based medicine“ als „integrated individual clinical expertise with the best available external evidence from systematic research“. Nur durch systematische, wissenschaftliche Forschung, d.h. anhand von kontrollierten, klinischen Studien und deren Analysen erhält man Evidenz (*external evidence*), was in der Praxis als das - bis dato - beste verfügbare Wissen gilt und als solches auch genutzt werden sollte. Zusätzlich wird verlangt, die persönliche Situation des Patienten und dessen Präferenzen zu erfassen und in den ärztlichen Handlungsprozess zu integrieren, was durch klinische Befundung und den persönlichen Kontakt zum Patienten ermöglicht wird (*individual clinical expertise*) (vgl. WIESING, 2004).

Der „Evidence based Medicine“ geht es nicht um die Darlegung von offenkundigen, selbstverständlichen Fakten, sondern um die kritische, wissenschaftliche Überprüfung von vermeintlich offenkundigen Daten und Fakten (mehr *evidence based*, weniger *opinion based*).

Seit der EbM hat sich ein Wandel im Bereich der Medizin vollzogen. Sie beschäftigt sich nicht mit der Frage, *warum* eine bestimmte Therapie wirkt, sondern *ob* sie wirkt,

wie mit Hilfe von randomisierten kontrollierten Studien an Patienten überprüft wird (vgl. STULZ, 2006). Der evidenzbasierten Medizin ist es also kein Anliegen herauszufinden, warum etwas nützt, wenn etwas nützt.

Sie verlangt sowohl nach *hard facts* (external evidence) als auch nach *soft facts* (internal evidence), um der ärztlichen Verpflichtung umfassend nachgehen zu können. Der Arzt muss sich in der Regel nach den vorgegebenen Leitlinien und Kriterien halten, was als Einschränkung der *ärztlichen Freiheit* missverstanden und nicht mit der *bürgerlichen* verwechselt werden darf (vgl. WIESING, 2004). Kritiker befürchten jedoch seit der evidenzbasierten Qualitätssicherung eine Art Kochbuchmedizin, in der die Leitlinien ärztlichen Handelns ähnlich einem Regelwerk vorgegeben sind, durch das der Arzt in seiner Tätigkeit eingeschränkt wird (vgl. STULZ, 2006). Handlungsfreiheit sollte jedoch dann gegeben sein, wenn es sich um medizinische Sonderfälle handelt, die in kein vorhandenes Schema passen und nach anderen, differenzierteren Methoden und Therapien verlangen.

Es zeigt sich, dass es auch der Evidence based Medicine nicht zu gelingen vermag, alle Probleme der modernen Medizin zu lösen. Zudem weist sie bei unsachgemäßer Anwendung genauso Gefahren und Schwachstellen auf. Es ist aber anzumerken, dass durch die Einführung dieser exakten Wissenschaftsmethodik in die Medizin deren Effizienz erhöht wurde und damit deren Nutzen für Patienten und Gesellschaft erheblich zugenommen hat.

### **2.1.2.2 Der Placebo-Effekt**

Unter dem Begriff "Placebo" (wörtlich übersetzt "ich werde gefallen") versteht man ein vermeintliches Pharmakon, ein Scheinmedikament, das aufgrund der fehlenden chemischen Wirkstoffe nicht als Medikament gilt und auch nicht wirken sollte, es aber doch tut. Es sind daher nicht die biologisch inerten Substanzen, auf die der Organismus reagiert, sondern andere psychologische Komponenten, die in diesem Kontext als Auslöser genannt werden können: die Situation selbst, der Arzt oder sein weißer Mantel, das Vertrauen des Patienten in den Arzt und/oder in seine empfohlene Therapie, die Arzt-Patienten-Beziehung, die Arztpraxis bzw. das Krankenhaus und dergleichen. Diese Faktoren, die als Placeboeffekte gelten, können unbewusst die therapeutische Wirkung nach subjektiven Kriterien färben und in relativ vielen Fällen sogar heilend wirken („therapeutische Inszenierung“).

Erstaunlicherweise zeigt sich nicht nur eine eindeutige Verbesserung auf subjektiver und objektiver Ebene (gesteigerte Herzfrequenz, Blutdrucksenkung etc.), sondern auch, dass diese chemisch unwirksamen Substanzen Nebenwirkungen verursachen können (vgl. JÄNICKE, 2006; vgl. TURNHEIM, 2004; vgl. HARSIEBER, 1993).

Man unterscheidet zwischen einer *Placebo-Gabe* und einem *Placebo-Effekt*. Der Placebo-Effekt ist nicht direkt mit der Gabe bzw. Einnahme eines Placebos verbunden. Er kann auch durch eine körperliche Anwendung, eine diagnostische Maßnahme, ein Gespräch oder das empathische Verhalten des Arztes hervorgerufen werden. Da die Wirkung einerseits vom Kontext, andererseits auch vom Glauben an eine Medikation abhängig sein kann, wird zwischen einem *Placebo-Effekt* und einem *Kontext-Effekt* unterschieden. Dieser Placebo-Effekt wird bei Menschen mit völlig unterschiedlichen Krankheitsbildern beobachtet. Die Placebo-Gabe, deren Wirkung von Farbe, Form und Geschmack der Arzneimittel (insbesondere Tabletten) abhängen kann, beinhaltet keinen pharmakologisch relevanten Wirkstoff, sondern zumeist lediglich Vitamine. Weiters unterscheidet man reine von unreinen Placebos. Die unreinen Placebos („Pseudoplacebos“) beinhalten eine Substanz, die mit der individuellen Pathophysiologie in Zusammenhang steht, aber massiv unterdosiert eingesetzt wird. Bei ihrer Verabreichung durch den Arzt wird zu mindestens ein Schein von Wissenschaftlichkeit bewahrt, mit dem Risiko unerwünschter Nebenwirkungen, die in einzelnen Fällen nicht unerheblich sein können. Den Preis dafür zahlen die Patienten. Einerseits sind die Kosten für Pseudoplacebos höher als für Placebos, andererseits sind es die Patienten, die von möglichen gesundheitlichen Folgen betroffen sind (vgl. WIESING, 2004).

Kurz erwähnt werden soll hier auch das Gegenstück zum Placebo-Effekt, der *Nocebo-Effekt* (wörtlich übersetzt „ich werde schaden“), der als unerwünschte Wirkung auf pharmazeutische Substanzen verstanden wird und Unverträglichkeitsreaktionen wie Allergien, Verdauungsbeschwerden und dergleichen verursachen kann (vgl. SCHWEIGER, 2005). Dieser Effekt beschreibt die Angst vieler Patienten vor bestimmten Medikamenten, wobei sich schon alleine die Erwartung von bereits erlebten, unangenehmen Nebenwirkungen symptomatisch auswirken kann.

WIESING (2004) weist darauf hin, dass eine ärztliche Aufklärung über die Placebo-Gabe gegenüber dem Patienten deren Wirkung aufheben und sogar zu einer so genannte „Entzauberung“ führen kann. Wird die Verabreichung von Placebos

andererseits mit dem Standard der EbM in Verbindung gebracht, so kann der Placebo-Effekt sogar verstärkt werden. Dieses Phänomen wirft allerdings die Frage nach der Ethik auf, mit der der Experimentator hier leicht in Konflikt geraten kann. Es geht um den Konflikt zwischen Nutzen und Selbstbestimmung, und zudem um die Frage, ob sich der hohe Standard der modernen Medizin mit der Anwendung zahlreicher Therapien und Placebos überhaupt vereinbaren lässt. Dass der Placebo-Effekt unabhängig vom Stand der Wissenschaftlichkeit existiert und aus der praktischen Medizin nicht eliminiert werden kann, zeigen immer wieder Beispiele aus der Praxis. Auch wenn ihr Wirkungsmechanismus nicht gänzlich verstanden wird, zeigen Placebos eine Wirkung auf den menschlichen Organismus (siehe alternativmedizinische Behandlungsmethoden). Alleine durch die „Droge Arzt“ kann eine Placebowirkung in jeder (alternativ)medizinischen Disziplin hervorgerufen werden. Zudem gibt es Krankheitsbilder bzw. Beschwerden, für die es noch keine wirksamen Therapien aus dem konventionellen Medizinsystem gibt, auch wenn die Pharmaindustrie das Gegenteil behauptet. Daraus entstehen von Seiten der kranken Menschen hohe, überzogene Erwartungen, die nicht erfüllt werden können (vgl. SCHWEIGER, 2005).

Dieser Placeboeffekt wird nicht nur von der Schulmedizin genutzt, sondern auch von der Alternativmedizin, und das teilweise auf sehr kompetente Art und Weise. Hier wirken vor allem eine entspannte Behandlungsatmosphäre, die wohnlich eingerichtete Praxis sowie der großzügige Umgang des Therapeuten mit der reichlich zur Verfügung stehenden Zeit, also ein Umfeld, das häufig positive Reaktionen auf das Wohlbefinden und den Krankheitsverlauf des Betroffenen hervorruft (vgl. HARSIEBER, 1993).

HANZL (2003) unterstreicht, dass das Argument des Placebo-Effekts in wissenschaftlicher Hinsicht bedauerlicherweise keinerlei *Erkenntnisgewinn* bringt. Dessen Wirkung hat jedoch einen nicht mehr aus der Medizin wegzudenkenden Stellenwert, der im Rahmen des ärztlichen Handelns entsprechend Beachtung und Berücksichtigung finden sollte. Der Begriff „Placebo“ sollte daher nicht unreflektiert mit „wirkungslos“ in Verbindung gebracht werden, nur weil dessen Wirkung wissenschaftlich nicht belegbar ist. Zudem eignen sich placebokontrollierte, randomisierte Studien hervorragend zur Erreichung der besten wissenschaftlichen Evidenz für die Therapieentscheidung einzelner Patienten (vgl. BLÖCHL-DAUM, 2004).

### 2.1.3 Kritische Auseinandersetzung mit der Schulmedizin

Die klassische Medizin unterliegt dem Dilemma, einerseits wissenschaftlich, gemäß der Evidence based Medicine arbeiten und andererseits Menschen-orientiert handeln zu müssen. Das Problem sieht RIECKER (2000) in der einseitigen Überbewertung der technischen Möglichkeiten und Mittel der zweckrationalistischen Medizin, die trotz Heilerfolgen Unbehagen und Misstrauen bei den Menschen auslöst. Zudem wird ihr vorgeworfen, sie habe sich seit dem Beginn der wissenschaftlich-technischen Revolution von ihrem ursprünglichen Heilungsauftrag entfernt. Sie kann in Ermangelung von Zeit (z.B. für ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch), von verfügbaren Daten und Hilfsmitteln und auch von Wissen (die Medizin ist zwar fortwährend bemüht, am neuesten Stand der Forschung zu sein) nicht immer die bestmögliche Lösung im Sinne einer wirksamen Therapie anbieten.

Einen der Gründe dafür, dass sich die klassische Medizin primär wissenschaftlich evaluierter Methoden bedient, sieht WAGNER (1984) darin, dass das „Menschliche“ methodisch schwer fassbar und evaluierbar ist und aus diesem Grund die Orientierung am wissenschaftlichen Fortschritt wesentlich einfacher ist. Zudem muss die Anwendung aller medizin-technisch verfügbaren Möglichkeiten nicht für jeden Kranken sinnvoll sein. Gemäß dem hippokratischen Eid ist die Medizin dazu verpflichtet, den gesamten Menschen als Gegenstand medizinisch-wissenschaftlicher Theorie und Praxis im Auge zu behalten, eine Sicht, die wegen der Reduktion auf Gewebe, Organe, Befunde und Laborwerte in der konventionellen Medizin zunehmend verloren geht (vgl. WAGNER, 1984).

Weiters wird im Bereich der Medizinwissenschaft ein sprunghaftes Zunehmen an Spezialistentum beobachtet, das durch die „Zerlegung“ des Menschen in Organsysteme und Krankheitskategorien erfolgt, was WAGNER (1984) als größtes Hindernis in der Medizin sieht und selbst von manchen Ärzten beklagt wird. Das hat zur Folge, dass in den unterschiedlichsten Fachbereichen hoch spezialisierte Mediziner hohen Erwartungen und Anforderungen seitens der Gesellschaft ausgesetzt sind. Der Grad dieser Spezialisierung, sprich der Fokussierung auf ein scharf umrissenes Arbeitsfeld, sowie die Aufsplitterung in weitere neue Fachbereiche scheinen unaufhaltsam zu sein, obwohl dadurch der Überblick über andere Disziplinen und Verfahrensweisen verloren gehen kann. Je kleiner der Bereich des medizinischen Spezialisten ist, umso schwieriger wird die Erhaltung des Überblicks über den gesamten Organismus. Etwas pointiert würde diese Entwicklung heißen:

*Immer mehr Spezialisten verstehen somit immer mehr von immer weniger.* Durch diese Methodenexplosion wird auch ein unkritischer Medizinkonsum heraufbeschwört, bei dem der Patient zum kranken Objekt degradiert wird (vgl. UNGER, 2007; vgl. RIECKER, 2005; vgl. BRAUN, 2001; vgl. STÖHR, 2001).

Auch SIEGRIST (1995) teilt diese Meinung und sieht diese Zersplitterung nicht nur als schädlich und behindernd im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung, sondern auch positiv im Hinblick auf die Natur von Krankheiten, bei deren Entstehung systemische Regulationsstörungen beteiligt sind. Er präferiert die Betrachtung übergeordneter Regulationskreise gegenüber isolierten Funktionen, was eine Auseinandersetzung mit den emotionalen und psychosozialen Faktoren des Patienten voraussetzt und nach einem professionellen Patienten-Arzt-Gespräch verlangt. Doch genau damit, so STÖHR (2001), haben vor allem angehende Ärzte, die während ihrer Ausbildung nicht oder zu wenig darin geschult wurden, Probleme. Ganzheitliches Diagnostizieren erfordert daher nicht nur medizinische Fachkenntnisse, sondern auch psychologische bzw. analytische Fähigkeiten. Die Qualität der apparativen Diagnostik ist in Österreich zwar sehr beachtlich, doch kann auch der ausschließliche Einsatz medizinischer Spitzengeräte ganzheitliches Arbeiten, das auch die Einbeziehung des psychosozialen Umfelds vorsieht, nicht ermöglichen. Spitzentechnologie kann nicht das ganzheitliche Denken ersetzen. Daraus entstand der für die Schulmedizin wenig erfreuliche Ausspruch "High Tech, low Brain" (STÖHR, 2001, S. 29).

Außerdem beobachtet SIEGRIST (1995) eine zunehmende Entmündigung des Patienten durch die Vertreter der klassischen Medizin, die ihre Kompetenz bei der Diagnose und Behandlung von Krankheiten hervorkehren, allerdings verschiedene Lösungsansätze anbieten. Der heutige Patient wünscht aktiv am Genesungsprozess teilzuhaben, d.h. sich selbst einzubringen, da ihm Mitverantwortung und Autonomie ein Anliegen sind.

Hinzu kommt, dass der Patient durch den vermehrten bürokratischen Aufwand im öffentlichen Gesundheitsbereich und die Technisierung der Medizin einer eher unpersönlichen Behandlungsform ausgesetzt ist, der es an psychologischer Betreuung fehlt und die die sozialen Hintergründe, die es im Krankheitsfall zu berücksichtigen gilt, kaum beachtet (vgl. SIEGRIST, 1995). Gründe für diese mangelnde Betreuung durch Ärzte sieht HARSIEBER (1993) in der zunehmenden Technisierung der Medizin und im steigenden Personalmangel in Spitälern. Der

Überbewertung des Technischen wird die als inhuman empfundene Atmosphäre angelastet, die eine Gefahr für die Ärzteschaft darstellt. Das Krankenhaus bekommt zunehmend den Charakter eines Reparaturbetriebes, in dem bei technischen Pannen des menschlichen Organismus geholfen bzw. operativ eingegriffen wird (vgl. STÖHR, 2001).

Kritik wird nicht nur an der Technisierung medizinischer Verfahren, sondern auch an der nebenwirkungsreichen medikamentösen Therapie der Schulmedizin geübt. Es sei auch angemerkt, dass harmlosen Erkrankungen wie Schnupfen oder Husten nicht mehr die Chance zur selbständigen Ausheilung gegeben wird, sondern dass diese zunehmend oft mit Antibiotika bekämpft werden („therapeutischer Overkill“), was dem Beschuss von Spatzen mit Kanonen ähnelt. Hier stellt sich jedoch die Frage, ob dieses Vorgehen vom Patienten gewünscht wird oder ob der Arzt aus Unwissenheit oder Verlegenheit glaubt, mangels einer wirksamen Therapie vermeintliche Hilfen anbieten zu müssen. Auffallend sind auch die vielen „Anti-Arzneimittel“, wie Antibiotika, Antiallergika, Antidepressiva usw. und die fehlenden Arzneien mit der Vorsilbe „Pro“ (vgl. STÖHR, 2001).

Zudem wird auf die unübersehbare Kommerzialisierung ärztlichen Handelns aufmerksam gemacht (vgl. SIEGRIST, 1995). Bei den niedergelassenen Ärzten wächst der Druck, am Monats- bzw. Quartalsende eine gewisse Anzahl an Krankenscheinen bzw. registrierten E-cards zu haben, um in dieser Branche überlebensfähig zu sein. Daraus wird ersichtlich, dass Unzufriedenheit nicht nur unter Patienten, sondern auch unter Ärzten herrscht. Deswegen ist es nicht korrekt, (ausschließlich) den Ärzten die Schuld an der angeblich „unmenschlichen“ Medizin zu geben, die nur ein Teil des Gesundheitssystems sind und sich auch nach dessen Vorgaben richten müssen.

## **2.2 Alternativmedizin**

Die Alternativmedizin spielt seit einigen Jahren in unserer Gesellschaft, in der es dafür sowohl Befürworter als auch Gegner gibt, eine nicht unwesentliche Rolle. Sie reagiert als sanfte, natürliche, mehr auf den Patienten eingehende Therapiemethode auf die technisierte Entwicklung der modernen Medizin und deren Defizite.

Um nicht einen falschen, oberflächlichen Eindruck von ihren Handlungsweisen bzw. Behandlungsmethoden zu bekommen, darf sie nicht ausschließlich als moderne

Bewegung angesehen werden, deren Ursprünge in der Gesellschafts- und Systemkritik zu finden sind. Sie kann auf eine etwa 200 jährige Geschichte zurückgreifen (vgl. JÜTTE, 1996) sowie auf eine große Anzahl von Anhängern, denen sie zum Teil erfolgreich ihre Dienste leistet und geleistet hat.

Alternative Heilverfahren können einerseits als Bereicherung für die Schulmedizin gesehen werden, andererseits als Gefahr für den Nutzer, sofern sich dieser unbewusst in die Hände eines Scharlatans begibt. Dieser ist daran zu erkennen, dass er trotz mangelnden medizinischen Fachwissens rasch eine Diagnose erstellt, Krankheiten bereits im Vor-Stadium zu sehen vorgibt und sich abfällig über die bisherige Diagnostik und Behandlung der Schulmediziner äußert. Er verspricht nicht nur kritiklose Heilung, sondern auch eine Therapie ohne jegliche Nebenwirkungen, die bereits im Voraus zu bezahlen ist (vgl. STIFTUNG WARENTEST, 1996).

### **2.2.1 Alternativmedizin, Komplementärmedizin und Ganzheitsmedizin**

Der Versuch, eine klare, einheitliche Definition für die Begriffe Alternativ- und Komplementärmedizin zu finden, kann nur misslingen, da es derer mehrere gibt. Zudem ist das alternative Medizinsystem seit etwa vier Dezennien einem permanenten Wandel unterworfen, was sich auch in ihren unterschiedlichen Begriffsbestimmungen niederschlägt.

In den 70er Jahren war uns die so genannte Alternativmedizin als *Erfahrungsmedizin* bekannt, in den 80er Jahren wurde sie zur *Paramedizin*, in den 90er Jahren nannte man sie *Methode ohne nachgewiesene Wirkung* („unproven methods“) und heute ist sie den Menschen als *Komplementär- und Alternativmedizin* oder auch als *Ganzheitsmedizin* mehr oder weniger ein Begriff. Ganz allgemein betrachtet versteht man unter Alternativ- bzw. Komplementärmedizin Behandlungen, die entweder als Alternative (*alternativ*) oder Zusatz (*komplementär*) zur Schulmedizin in Anspruch genommen werden und nach ERNST (2001) folgende Merkmale aufweisen:

- fehlender Wirksamkeitsnachweis (Wirksamkeit kann im Rahmen einer prospektiven, randomisierten Studie mit einer repräsentativen Stichprobe und einer korrekten statistischen Auswertung erbracht werden), bietet lediglich eine pseudowissenschaftliche Grundlage;

- fehlende vorklinische und klinische Überprüfung ihrer Wirkungen und Nebenwirkungen;
- fehlender Erfolgsnachweis gemäß den üblichen statistischen Methoden oder anderen objektiven Kriterien, nach denen die Schulmedizin evaluiert wird; da die Alternativmedizin nur auf subjektive Erfahrungsberichte zurückgreift, ist sie auch als *Erfahrungsmedizin* bekannt;
- Komplementäre Methoden werden zusätzlich bzw. ergänzend zur Schulmedizin eingesetzt;

**Alternativmedizin**<sup>2</sup> als holistisch-ganzheitliche Richtung der Medizin ist unter verschiedenen Synonymen bekannt, wie Komplementärmedizin, Naturheilkunde, Erfahrungsheilkunde, Ganzheitsmedizin, holistische Medizin, alternative Heilmethode, Außenseitermethoden, Naturmedizin oder Paramedizin (vgl. KELNER, 2000). Ihr Schwerpunkt liegt auf der holistischen Ebene, bei der auch die „Seele“ des Menschen im Rahmen der Behandlung von Krankheiten Berücksichtigung findet (vgl. HESS, 2001). Böse Zungen bezeichnen ihre Vertreter als Scharlatane oder Quacksalber.

Alternativmedizin steht für eine umstrittene und unscharfe Sammelbezeichnung für diagnostische, therapeutische und auch präventive Verfahren, die außerhalb der konventionellen Medizin stehen und deren Methoden anstatt der Schulmedizin eingesetzt werden können (vgl. PSCHYREMBEL, 2006). Ihr Spektrum reicht von volksmedizinischen Methoden bis zu esoterischen Therapien, die ihre heilende Wirkung beispielsweise im Handauflegen sehen, wodurch dem Körper universelle Lebensenergie zugeführt werden soll. Zu den in unserem Kulturkreis bekanntesten Heilsystemen gehören die Naturheilkunde, die Akupunktur sowie die Homöopathie (vgl. BROCKHAUS, 2008).

MAYER-FALLY (2002) weist darauf hin, dass der häufig verwendete Begriff „Alternativmedizin“ eher vermieden werden sollte, da deren Methoden nicht alternativ, sondern komplementär zur Schulmedizin eingesetzt werden sollten. Kein einziges

---

<sup>2</sup> Es sei hier darauf hingewiesen, dass der dieser Arbeit zugrunde liegende Begriff „Alternativmedizin“ alle nicht schulmedizinischen Anwendungen und Behandlungsmethoden, aber auch komplementärmedizinische Therapieverfahren impliziert und als Sammelbegriff für verschiedene Heil- und Diagnoseverfahren steht, die sich nicht-invasiver Methoden und natürlicher Heilmittel sowie psychologischer Verfahren bedienen (vgl. ROCHE Medizinlexikon, 1993).

der objektiv kaum überprüfbareren alternativen Heilverfahren vermag die Schulmedizin zu ersetzen, weshalb diese Begriffsbezeichnung unsinnig ist.

Dieser Ansatz führt zu dem Begriff „**Komplementärmedizin**“, der häufig als Synonym für Alternativmedizin verwendet wird. Darunter versteht man naturheilkundliche und unkonventionelle alternativmedizinische Konzepte, die ergänzend oder ersetzend zur klassischen Schulmedizin eingesetzt werden (vgl. PSCHYREMBEL, 2006). Im anglo-amerikanischen Raum steht dieser Begriff für einzelne physikalische Therapie- und klassische Naturheilverfahren, aber auch für Homöopathie, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), Gebete oder Fernheilung (siehe Anhang) (vgl. BROCKHAUS, 2008). HARSIEBER (1993) zählt Akupunktur, Homöopathie, Neuraltherapie, Bioresonanztherapie, Ayurvedische Medizin, Anthroposophische Medizin oder Bach-Blütentherapie zur Komplementär- und nicht zur Alternativmedizin.

In der Öffentlichkeit wird die Meinung vertreten, dass für die Anbieter komplementärmedizinischer Methoden ein abgeschlossenes Studium der Humanmedizin vorausgesetzt wird und deren Methoden wegen ihrer fachlichen Nähe zur Schulmedizin wirksamer wären. Werden diese Methoden jedoch nicht zusätzlich zur Schulmedizin, sondern an deren Stelle in Anspruch genommen, so ist der Ausdruck komplementär obsolet.

Seit einigen Jahren hat sich auch der Begriff „**Ganzheitsmedizin**“ durchgesetzt, eine medizinische Richtung, bei der das kranke Individuum in seinem physisch-psychischen Gesamtzustand zusammen mit den Umwelteinflüssen betrachtet wird (vgl. BROCKHAUS Alternativmedizin, 2008).

Bei dieser holistischen Medizin, die sich um alle Bereiche des Menschen (Körper, Geist und Seele) und dessen Umwelt bemüht, liegt die Betonung auf Subjektivität und Individualität. Auch persönliche Lebensgewohnheiten, Ideale und Wertvorstellungen werden hier berücksichtigt. Nicht davon betroffen sind esoterische Spekulationen der New Age Bewegung sowie unbeweisbare Übertragungen moderner Physik (Chaostheorie, entwickelt in den 80er Jahren oder Quantenphysik) sowie nicht naturwissenschaftliche Methoden wie Ayurveda, TCM oder Anthroposophische Medizin (vgl. Pschyrembel, 2006).

Für SCHIPPERGES (1991) besteht die Aufgabe ärztlichen Handelns darin, den *ganzen* Menschen zu behandeln, ihn *ganz* heil zu machen, damit der sich wieder als Ganzes fühlen könne und propagiert damit diesen Begriff für die Bezeichnung alternativer Therapieverfahren.

MARKTL (2004) versteht die Ganzheitsmedizin als Signal für die Integration von universitären und komplementärmedizinischen Methoden, für die Behandlung von Kranken und nicht von Krankheiten und für die Wahrnehmung regulativer Prozesse des menschlichen Organismus.

Während dieser Begriff vor gar nicht allzu langer Zeit ausschließlich von extrem indoktrinierten Alternativmedizinern verwendet wurde, schmückt sich inzwischen auch die Schulmedizin damit, um bei den Patienten an Attraktivität (durch das Einbeziehen des ganzen Menschen) zu gewinnen (vgl. HARSIEBER, 1993; vgl. UNGER, 2007).

Abschließend sei angemerkt, dass die beiden Termini „Alternativmedizin“ und „Komplementärmedizin“ nicht völlig deckungsgleich sind und unterschiedlichen Basisausrichtungen entstammen, nämlich journalistischen, wissenschaftlichen oder gesetzlichen (vgl. MARSTEDT, 2002). Da der Begriff „Alternativmedizin“ geläufiger ist, wird er in dieser Arbeit als Pendant zur Schulmedizin eingesetzt, der zusammenfassend folgendermaßen definiert wird:

Die Alternativmedizin, die sowohl von Ärzten als auch von Laien ausgeübt wird, impliziert verschiedene, nicht schulmedizinische Anwendungen (Laser, Magnetfeld, Moorpackungen etc.) sowie pharmazeutische, physische, bewegungstherapeutische, energetische, psychologisch-spirituelle und ernährungstherapeutische Therapieverfahren. Ihre Behandlungsmethoden stützen sich auf einige wenige Grundprinzipien, zu denen die Aktivierung der Selbstheilungskräfte, das Einbeziehen des ganzen Menschen als einzigartiges Individuum, die Ursachenbekämpfung und der Glaube an die natürliche Heilkraft im Universum zählen. Die Grenzen zwischen der Alternativ- bzw. Komplementärmedizin und der Schulmedizin sind nicht scharf zu ziehen. Obwohl ihre Behandlungsmethoden noch keinen Wirksamkeitsnachweis erbringen konnten, werden sie trotzdem von immer mehr Menschen geschätzt, denen hier auch die aktive Mitwirkung am Genesungsprozess eingeräumt wird.

### 2.2.2 Klassifikationen alternativmedizinischer Therapieverfahren

Der Begriff „Schulmedizin“, unter dem die wissenschaftlich anerkannte Medizin verstanden wird, wurde erst um 1870 von dem deutschen Homöopathen und Arzt, Franz FISCHER, geboren 1876, geprägt. Daher existiert die Unterteilung in eine wissenschaftliche und nicht wissenschaftliche, d.h. in eine konventionelle und nicht konventionelle Medizin in Deutschland erst seit dem 19. Jahrhundert. Davor wurde zwischen approbierten Heilern und Pfuschern differenziert (vgl. BROCKHAUS, 2008). Unter den alternativmedizinischen Methoden finden sich sowohl etablierte Therapieverfahren wie Akupunktur und Homöopathie, aber auch allerlei ungewöhnliche, teilweise alte, in Vergessenheit geratene und neuere Methoden. Beim Versuch, eine gewisse Struktur und Systematik in diese Methodenvielfalt zu bringen, gerät man leicht in Schwierigkeiten. Die systematische Einordnung der derzeit angebotenen Behandlungsmethoden gilt neben den terminologischen und definitorischen Ungereimtheiten als weiteres Problemfeld der Alternativmedizin.

In der Literatur findet sich eine Vielzahl an unterschiedlichen Klassifizierungsmodellen, die hier vorgestellt werden möchten.

Ganz allgemein lässt sich Medizin in vier Gruppen gliedern (erstellt vom Bundesärztekammer-Präsident Hoppe) (vgl. KÖNTOPP, 2004):

1. *Wissenschaftliche Medizin*
2. *Unkonventionelle ärztliche Verrichtungen* (Naturheilverfahren, Akupunktur)
3. *Paramedizin* (Methoden ohne Wirksamkeitsnachweis, die auf Einzelbeobachtungen zurückgeführt werden können)
4. *Scharlatanerie* (Quacksalberei, Geistheilerei)

Das amerikanische National Zentrum für Komplementäre und Alternative Medizin (NCCAM) der Gesundheitsinstitute (NIH) hat die vorhandenen Heilverfahren in fünf große, sich teilweise überlappende Gruppen eingeteilt (vgl. BROCKHAUS, 2008):

1. *alternative, traditionelle Medizinsysteme* mit theoretischem und praktischem Know-how (Traditionelle Chinesische Medizin, Traditionelle Tibetische Medizin, Altindische Ayurveda)

2. *biologische Therapien*, die sich natürlicher Substanzen wie Kräuter (Phytotherapie), Aromastoffen (Aromatherapie), spezieller Diäten (chinesische Diätetik) oder Vitaminen bedienen
3. *manipulative, körperbezogene Therapien* (z.B. Chiropraktik)
4. *„Mind-Body-Therapien“*, die mit den geistigen, mentalen Fähigkeiten des menschlichen Organismus arbeiten und darauf Einfluss nehmen können (z.B. Yoga)
5. *Energietherapien*, die dafür körpereigene oder auch magnetische Felder verwenden

Eher anwenderorientiert zeigt sich folgende Klassifikation (vgl. FEDERSPIEL, 1991):

1. *Reiz- und Regulationstherapien* bzw. Klassische Therapieverfahren (Wärme- und Kältetherapien, Bewegungstherapie, Ernährung, Pflanzenheilkunde etc.)
2. *Entspannungstechniken* (Autogenes Training, Progressive Relaxation etc.)
3. *fremde Medizinsysteme* (TCM, Akupunktur etc.)
4. *unkonventionelle Verfahren* (Anthroposophische Medizin, Homöopathie, Spagyrik, Magnetfeldtherapie etc.)
5. *Krebstherapien* (Früherkennung, Diagnostik, Behandlung etc.)

Weiters kann eine Einteilung nach den Anwendungsarten der Alternativmedizin und eine Systematisierung nach deren Inhalten vorgenommen werden, deren schematische Darstellungen sich im Anhang (siehe Abb. 8.2.5) befindet.

Abschließend noch eine Gliederung aus dem anglo-amerikanischen Raum, die sinnvoll erscheint (vgl. VINCENT, 1997):

1. *psychological approaches and self-ship exercises* (z.B. Atmungs- und Entspannungsmethoden, Meditation, Visualisierung)
2. *specific therapeutic methods* (z.B. Massagen, Aromatherapie, Spirituelles Heilen)
3. *diagnostic methods* (z.B. Irisdiagnostik, Kinesiologie, Haaranalyse)
4. *complete systems of healing* (z.B. Akupunktur, Naturheilkunde, Osteopathie, Homöopathie, Chiropraktik)

Wie es zur Entwicklung der Alternativmedizin gekommen ist, zeigt der folgende Überblick über ihre Geschichte nach dem Motto „Nur wer die Vergangenheit kennt, versteht die Gegenwart.“ bzw. „Wer die Gegenwart verstehen will, muss die Vergangenheit kennen.“

### **2.2.3 Entwicklung der Alternativmedizin – ein Abriss**

Ungefähr ab dem 5. Jahrhundert v. Chr. kann man von einer annähernd rationalen, auf die vorsokratischen Denker zurückgehenden Medizin sprechen, die eng mit dem Namen des Hippokrates von Kós verknüpft war. Krankheiten und Schmerzen waren von magischen und spirituellen Elementen geprägt und wurden als Strafe Gottes für begangene Sünden bzw. als willkürlicher Akt von Geistern verstanden. Dem Mediziner, der sowohl als Arzt als auch als Priester auftrat, wurde nachgesagt, diese Naturgeister durch Zauber und Beschwörung vertreiben und somit den Menschen heilen zu können (vgl. UNGER, 2007; vgl. JÄNICKE, 2006).

Im frühen Mittelalter (12. Jahrhundert) spielte die Mönchsmedizin (Pflanzen- und Kräutermedizin) in den Klöstern unter der Äbtissin Hildegard von BINGEN (1098-1179) eine entscheidende Rolle (vgl. SCHWEIGER, 2005). Sie unterfütterte die antike Säftelehre mit theologischen und heidnischen Elementen und betonte die Notwendigkeit der physischen Stärkung, um den Attacken des Teufels entkommen zu können (vgl. UNSCHULD, 2003). Auch schamanische Praktiken sowie andere spirituelle Heilkulte kommen aus der Zeit des 12. bzw. 13. Jahrhunderts.

Von den natürlichen Heilkräften des Menschen war auch PARACELSUS, genannt Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493-1541) überzeugt. Er griff die Signaturenlehre (siehe Anhang) aus früherer Zeit auf, lehnte aber die Humoralpathologie der Vier-Säfte-Lehre vehement ab. Paracelsus, der als Begründer der modernen Chemie und Pharmakologie zu seinem Ansehen gelangte, gilt sowohl als Vorläufer der naturwissenschaftlichen als auch der alternativen Medizin (vgl. SCHWEIGER, 2005).

Medizingeschichte schrieb sicherlich auch Samuel HAHNEMANN (1755-1843) mit der Entwicklung der Homöopathie, deren Lehrinhalte nach dem Prinzip „similia similibus curentur“ vorgingen und zum Teil heftig kritisiert wurden. Viele pflanzlichen Heilverfahren gehen auch auf Christoph Wilhelm HUFELAND (1762-1836), dem Leibarzt Goethes, zurück (vgl. JÜTTE, 1996).

Bis zum Jahr 1860 dienten zur Behandlung von Krankheiten fast ausschließlich Aderlässe, Brech- und Abführmittel sowie toxische Substanze aus der Natur. Diesen Therapien lag das Konzept des Humoralpathologen griechischer Herkunft Claudius GALENUS (129-199 n. Chr.) zugrunde, das auf einer erweiterten bzw. modifizierten Vier-Säfte-Lehre beruhte und auch Spuren der Lehre nach HIPPOKRATES zeigte (vgl. JÜTTE, 1996; vgl. SCHWEIGER, 2005). Als Heiler sah sich zu dieser Zeit jeder, der glaubte, diese Fähigkeit zu besitzen. Darunter fanden sich weise Frauen, Schamanen mit Charisma, Medizinmänner, aber auch Bauern oder Schäfer (vgl. SCHIPPERGES, 1990). Man nannte sie abwertend *Quacksalber*, *Kurpfuscher* oder *Scharlatane* und versuchte deren Arbeit per Gesetz zu verbieten. Seit 1883 war das Gewerbe der umherziehenden Heilkundigen auch nicht mehr gestattet. Doch viele Menschen waren auf deren Künste angewiesen und kamen damals mit Ärzten kaum in Kontakt. Erst durch die Eingliederung in ein medikales System um 1850 bürgerte es sich ein, im Krankheitsfall einen Arzt zu konsultieren.

Für JÜTTE (1996) hatte jedoch der Beginn der institutionalisierten, technologisierten Medizin den Erfolg der Alternativmedizin gefördert. Ihre Gegner lehnten die Arzneimitteltherapie ab und wandten sich noch mehr der Naturheilkunde zu. Bekannt wurden damals Vinzenz PRIEßNITZ (1799-1851) mit seinen Anwendungen von Licht, Luft, Wasser und Bewegung, der „Turnvater“ JAHN (1778-1852), der „Wasserdoktor“ Pfarrer Sebastian KNEIPP (1821-1897), der Kräuterpfarrer Johann KÜNZLE (1847-1852) sowie der „Lehmpastor“ Emanuel FELKE (1856-1926). Sie entwickelten keine neuen Heilsweisen, sondern gingen eklektisch vor und beriefen sich auf ihre Erfahrungen (vgl. KÖNTOPP, 2004). Dem ist hinzuzufügen, dass die konventionelle Medizin, zu diesem Zeitpunkt noch nach dem holistischen Prinzip agierend, im Krankheitsfall den gesamten Organismus ins Gleichgewicht zu bringen versuchte.

Ende des 19. Jahrhunderts schien der herausragende Erfolg des Zellularpathologen Rudolf VIRCHOW (1821-1902), der in der Störung der Zellfunktion die Ursache jeder Erkrankung zu sehen glaubte, den Weg der naturwissenschaftlichen Medizin kurzfristig vorgezeichnet zu haben. Doch dieses medizinische Konzept ging mit dem Verlust einer holistischen Sichtweise von Krankheit und Gesundheit einher, was ihm auch herbe Kritik einbrachte (vgl. SCHWEIGER, 2005).

JÜTTE (1996) sieht Mitte der 20er Jahre eine Krise in der Medizin, die er auf deren zunehmende Technisierung und Spezialisierung zurückführte. Es folgte die Zeit des

Nationalsozialismus, der der Alternativmedizin von Anfang an sehr positiv gegenüber stand, was auch an den Zeitschriften „Natur und Gesundheit“ oder „Natur und Volk“ zu erkennen war. Vielfach konnte beobachtet werden, dass die Kranken während des Zweiten Weltkrieges mehr Vertrauen zu Nicht-Schulmedizinern hatten, da diese mehr Empathie und Verständnis für ihre Sorgen und Nöte zeigten.

Nicht unerwähnt sein soll der Magnetismus bzw. Mesmerismus, genannt nach seinem Entdecker Franz Anton MESMER (1734-1815), der bei der Berührung bzw. dem Handauflegen ‚magnetische Kräfte‘ zu sehen glaubte. Diese Fähigkeit sprach er allerdings nur besonders begabten Menschen zu, die damit Erfolg versprechend arbeiteten und viele Gegner aus der Schulmedizin anzogen (vgl. JÜTTE, 1996).

So kristallisierte sich im Laufe der Jahre der Begriff „Ganzheitsmedizin“, der Homöopathie, Akupunktur, Naturheilkunde und Psychotherapie implizierte, heraus, und suggerierte damit, mehr als die Summe seiner Anwendungsmöglichkeiten zu umfassen. Mit der Ganzheitsmedizin und ihrem „Zurück-zur-Natur“-Programm entstanden im deutschsprachigen Raum die ersten Gesundheitsläden, „unpolitischen“ Selbsthilfegruppen und Gemeinschaftspraxen. Somit war die heutige „Gesundheitsbewegung“ geboren (vgl. JÜTTE, 1996).

## **2.2.4 Bekannte alternativmedizinische Therapieverfahren**

Es werden hier einige alternativmedizinische Behandlungsmethoden beschrieben, die in unserem Kulturkreis den größten Bekanntheitsgrad haben. Diese Abhandlung würde ihre Grenzen sprengen, würden an dieser Stelle alle gängigen alternativen Heilmethoden genannt werden. Weitere alternativmedizinische Behandlungsmethoden finden sich daher kurz umrissen im Anhang.

### **2.2.4.1 Naturheilkunde**

Der Begriff Naturheilkunde, der das erste Mal 1848 vom deutschen Arzt Lorenz Gleich (1798-1865) erwähnt wurde, bezeichnet die „Lehre von der medizinischen Anwendung der in der Natur vorgegebenen Einwirkungsmöglichkeiten (Naturheilverfahren)“ (BROCKHAUS, 2008, S. 326), die folgende Behandlungsmethoden impliziert: Hydrotherapie, Massagen, Ernährungstherapie, Phytotherapie und ähnliche. Diese Naturheilverfahren können auf eine lange

Tradition und Anerkennung von der naturwissenschaftlich orientierten Schulmedizin zurückblicken (vgl. PSCHYREMBEL, 2006; vgl. BÜHRING, 1997).

Dem Grundprinzip liegt ein ganzheitliches Medizinverständnis unter Einbeziehung der Erkenntnisse der modernen Physik, der Psychologie und der Soziologie zugrunde. Diese auf die Bedürfnisse des Individuums abgestimmte Heilkunde mit dem Ziel der nachhaltigen Besserung des Gesundheitszustandes bedient sich spezifischer Reize zur Stimulation der Selbstheilungskräfte.

Unter Anweisung des Therapeuten findet eine bewusste Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Krankheit statt, bei der entweder analytisch (Problem orientiert) oder phänomenologisch (Symptom orientiert) vorgegangen wird. Die Krankheiten bzw. Krankheitsbilder werden von den naturheilkundigen Therapeuten gedeutet (*Was sagt mir meine Krankheit?*) und im Kontext der Lebenswelt für den betroffenen Patienten verständlich gemacht. In Kooperation mit dem Therapeuten werden Strategien zur Krankheitsbekämpfung bzw. Gesunderhaltung entwickelt, die vom selbstverantwortlichen, autonomen Patient erwünscht sind. Bei diesen Strategien handelt es sich um Empfehlungen und Ratschläge zum persönlichen Lifestyle (vgl. BROCKHAUS, 2008).

Der österreichische Arzt Alfred PISCHINGER (1899-1983) hat das Modell der Grundregulation (siehe Kapitel 2.2.5.1) zur Darstellung der Wirksamkeit naturheilkundlicher Methoden entworfen. Behandlungsziele werden nicht nur durch spezifische Wirkungen der Naturheilverfahren auf den menschlichen Organismus, sondern auch durch unspezifische Veränderungen, die auf Gewöhnung (Habituation), Anpassung (Adaptation), Leistungssteigerung (Training) und Empowerment zurückgeführt werden können, erreicht. Da Naturheilverfahren in der Regel sehr gut verträglich, nebenwirkungsarm und kostengünstig sind, erfreuen sie sich seit den 70er Jahren großer Beliebtheit (vgl. BROCKHAUS, 2008).

#### **2.2.4.2 Akupunktur**

Die Anwendung dieser fernöstlichen Heilmethode, die vor etwa 4000 bis 5000 Jahren entstand, kann durch Ausgrabungen von spitzen Steinen und Knochennadeln, die zur „Nadelung“ verwendet wurden, nachgewiesen werden. Sie gilt als Teilbereich der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM), der auch Massagetechniken sowie die

Phyto- und Pharmakotherapie zugeordnet werden (vgl. HARSIEBER, 1993; vgl. JÜTTE, 1996).

Im Westen erlebte diese Methode erst 1972 durch die Reise von Präsident Nixon nach China ihren Durchbruch. Vorher ist sie in unseren Kulturkreisen auf enorme Ablehnung gestoßen (vgl. UNGER, 2007).

Nadeln (von „Acus“), goldene oder silberne Stahlnadeln, werden an ganz bestimmten Punkten in die Haut gesetzt (pungere = stechen), um den Energiefluss, die Lebenskraft, das „Chi“ (Qi) wieder in Gang zu setzen bzw. energetische Blockaden zu lösen. Diese externen mechanischen und thermischen Einwirkungen sollen erkrankte Organe beeinflussen (beruhigend oder anregend) und schmerzlindernd, ja sogar heilend wirken. Die Akupunktur braucht für ihre Behandlung keine Fremdstoffe, sondern gibt dem Körper Informationen, durch deren Impulse die Selbstregulation in Gang gesetzt werden kann (vgl. SCHWEIGER, 2005).

Die Akupunkturpunkte liegen auf 12 symmetrisch verlaufenden Meridianen (Energiebahnen), die die Körperoberfläche in Längsstreifen teilen und inneren Organen, die hier als Funktionsträger gelten, zugeordnet werden. Zudem wird bei dieser Behandlungsmethode mit den Lebenskräften Yin (siehe Anhang) und Yang (siehe Anhang) gearbeitet (siehe Abb. 8.2.6), die Ausdruck einer Dualität darstellen und sich im Idealfall in einem ausgewogenen Zustand befinden (vgl. NITTEL, 2000; vgl. JÜTTE, 1996).

Obwohl die Schulmedizin mit Dermatomen bzw. Head'schen Zonen (von Spinalnerven innervierte segmentale Hautbereiche) arbeitet, die den Meridianfeldern ähnlich sind, und wusste, dass beispielsweise Gallenblasenkoliken in die rechte, Milzverletzungen in die linke Schulter ausstrahlen, fiel ihr die Anerkennung der Akupunktur lange Zeit nicht ganz leicht (vgl. BENNINGHOFF/GOERTTLER, 1964). Ihr Placeboeffekt ist zwar sehr hoch, doch die Ergebnisse vieler durchgeführter Studien zeigten mehr als nur Placebo-Wirkung und kaum Nebenwirkungen oder Komplikationen (vgl. NISSEL, 2007, [http](http://)).

Sie wird als komplementärmedizinische Behandlungsmethode mit ihrer muskelentspannenden, analgesierenden und psychisch harmonisierenden Wirkung (vgl. SPACEK, 2004) bei verschiedenen (chronischen) Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates, bei Neuralgien, Asthma oder Menstruationsbeschwerden eingesetzt, und kann eine Erleichterung der Beschwerden sowie einen schnelleren Heilungserfolg bewirken (vgl. ERNST, 2001).

Die Behandlung mit Akupunktur erfreut sich seit Jahren großer Popularität und wird zum Teil auch von Krankenkassen bzw. privaten Zusatzversicherungen bezahlt.

#### **2.2.4.3 Traditionelle Chinesische Medizin**

Die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), die in China vor etwa 2000 Jahren in Schriften kanonisch begründet und in der Folge weiterentwickelt wurde, sucht nicht nach organischen Veränderungen, sondern setzt sich mit den funktionellen Störungen des Körpers auseinander. Sie betrachtet jeden Teil des menschlichen Organismus im Zusammenhang mit dem gesamten Menschen und fühlt sich in der Lage, Störungen (energetische Störungen) zu erkennen, lange bevor nach den Diagnoseverfahren der westlichen Medizin ein pathologischer Befund vorliegt. Die TCM, die weder als Komplementär- noch als Alternativmedizin betrachtet werden kann, sondern als traditionelle Schule, die sich für die Erhaltung und Wiedererlangung der Gesundheit einsetzt (vgl. STEINMASSL-WIRRER, 2002, [http](#)), sieht den Menschen als Widerspiegelung des Universums, der – sofern er gesund ist – mit der Natur im Einklang lebt. Das Chi (= die Lebensenergie) fließt bei einem Gesunden, ist bei einem Kranken jedoch blockiert, was zu einer Veränderung von dessen energetischem Gesamtbild und in weiterer Folge zur Entstehung von Krankheiten führen kann (vgl. HARSIEBER, 1993). Sie arbeitet genauso wie die Akupunktur nach dem Yin-Yang-Prinzip und nimmt an, dass die Lebensenergie (das Qi) des Menschen durch 12 Leitbahnen (Meridiane) fließt, die mit den Körperorganen in Verbindung stehen. Sie versteht sich nicht nur als Medizin, sondern mehr als (Natur-)Philosophie (vgl. KRATKY, 2003). Die Krankheitsursachen werden entweder auf äußere, klimatische Einflüsse oder auf innere Faktoren, wie Ernährungsfehler sowie psychische Belastungen zurückgeführt (vgl. STÖHR, 2001).

Um eine Diagnose erstellen zu können, wird der Patient zunächst einer klinischen Beurteilung unterzogen, wobei besonderes Augenmerk auf die Beurteilung von Gesicht, Haut, Zunge, Gliedmaßen sowie von Bewegungen gelegt wird. Weiters wird die Stimme des Patienten, dessen Sprache sowie Körperausdünstung durch bewusstes Hören und Riechen analysiert und bei der Befunderstellung berücksichtigt. Nachdem der Patient auch eingehend bezüglich seiner Beschwerden befragt und seine psychische und soziale Situation erhoben wurde, findet die eigentliche körperliche Untersuchung statt, bei der vor allem die Pulsdiagnostik an beiden

Handgelenken, aber auch die Augen- und Zungendiagnostik einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Aufgrund dieser Analyse wird festgestellt, welche Funktionsstörung/en der Patient hat und welche Therapie geeignet ist, das energetische Gleichgewicht wiederherstellen zu können (vgl. HARSIEBER, 1993).

Für die Behandlung stehen ihr zahlreiche Möglichkeiten zur Verfügung: Akupunktur, Akupressur, Arzneimitteltherapie (chinesische Heilpflanzen), Massagen (Tuina Massage), chinesische Sportarten (Tai Chi), Bewegungs- und Atemübungstherapien (Qi Gong), Ernährung nach den fünf Elementen sowie Meditation.

#### **2.2.4.4 Homöopathie**

Während Traditionelle Chinesische Medizin, Akupunktur und Ayurveda bereits seit mehreren Jahrtausenden existieren, ist die Homöopathie erst seit ca. 200 Jahren bekannt (vgl. HARSIEBER, 1993).

Der Begründer der Homöopathie, der deutsche Arzt Samuel HAHNEMANN (1755-1843) gab seine grundlegende Erkenntnis „Similia similibus curentur“, (Ähnliches möge durch Ähnliches geheilt werden.) im Jahr 1796 preis. Ausschlaggebend für dieses Ähnlichkeitsprinzip (Simile-Regel) war sein Chinarinden-Versuch, den er an sich selbst durchführte und der ihn zu dem Schluss brachte, dass die Chinarinde auch beim gesunden Menschen fieberähnliche Zustände verursachen kann. Dieser im Jahr 1790 erfolgte Versuch gilt als Geburtsstunde der Homöopathie. Das Grundprinzip der Homöopathie besteht daher darin, Krankheiten mit jenen Mitteln zu heilen, die am gesunden Menschen ähnliche Symptome hervorrufen. Die Homöopathie versucht den kranken Organismus mithilfe von homöopathischen Arzneimitteln zur Aktivierung seiner Selbstheilungskräfte anzuregen, um (energetische) Blockaden zu beseitigen. Ziel ist nicht die Bekämpfung von Symptomen, sondern die Heilung des ganzen, nämlich des physischen und psychischen Körpers (vgl. HARSIEBER, 1993).

Der klassische Homöopath, der sich im Sinne Hahnemanns nach den Gesetzen des Organons (Grundlagenwerk der Homöopathie, das 1810 erschien und die Erkenntnisse und Erfahrungen Hahnemanns in ca. 300 Paragraphen beschreibt) richtet, sieht den Menschen in seiner Gesamtheit als Körper-Seele-Geist-Einheit. Er geht davon aus, dass er sich im besten Fall in einem inneren Gleichgewicht befindet. Eine Krankheit kann auf eine Störung dieses Gleichgewichts zurückgeführt werden.

Aus diesem Grund betrachtet sie auch nicht explizit das erkrankte Organ bzw. den erkrankten Teil des Körpers, sondern wie bereits erwähnt den Menschen als Ganzes (vgl. BROCKHAUS, 2008).

Als therapeutische Mittel werden stark mit Alkohol verdünnte, so genannte „potenzierte“ Heilsubstanzen eingesetzt, die zumeist tierischen, pflanzlichen oder mineralischen Ursprungs sind. Als Ursubstanzen dienen entweder eine Tinktur, eine alkoholische oder wässrige Lösung, verriebene, unlösliche Mineralien, zerkleinerte oder pulverisierte, mit Milchzucker versehene Pflanzenteile (Globuli). Ein Teil einer Urtinktur wird mit neun Teilen Alkohol vermischt, was eine Potenz von D1 ergibt. Durch Vermischung dieser Potenz D1 im Verhältnis 1 zu 10 erhält man die Potenz D2 usw. Je höher die Potenz, umso geringer ist die Konzentration des vorhandenen Wirkstoffes (der Ursubstanz) und umso höher ist der Alkoholanteil, der bereits ab D23 mehr oder weniger 100% ausmacht (vgl. SCHWEIGER, 2005; vgl. HARSIEBER, 1993). C30 (C steht für centesima = Einhundertstel) würde bedeuten, dass ein Teil Arzneistoff mit 99 Teilen eines Alkohol-Wasser-Gemisches vermischt und 30mal hintereinander geschüttelt wird. Im Handel sind auch homöopathische Mittel in der Potenz D200 erhältlich.

Nach der schrittweisen Verdünnung des Arzneimittels sollen dem Trägerstoff durch Schütteln ‚gegen den Erdmittelpunkt‘ Informationen zugeführt werden, was zu einer Zunahme der Heilwirkung der Substanz führen soll. Die Homöopathie weist auf die Einzigartigkeit jedes Menschen hin und benötigt daher individuell angepasste Arzneien, weshalb sie auch als unwissenschaftlich gilt (vgl. HARSIEBER, 1993).

Da sich diese Philosophie mit unserem materialistischen Weltbild schwer vereinbaren und damit nicht erklären lässt, ist sie trotz ihrer Heilerfolge stark umstritten. Zudem wird ihr nachgesagt, in den Tiefpotenzen nicht völlig nebenwirkungsfrei zu sein (vgl. BROCKHAUS, 2008). Doch trotz ihres fehlenden Wirksamkeitsnachweises gemäß der Evidence based Medicine findet die Homöopathie großen Anklang bei der Solidargemeinschaft und wird auch teilweise von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt (vgl. SCHWEIGER, 2005).

### 2.2.5 Konzepte und Prinzipien der Alternativmedizin

Die Alternativmedizin kann zum Teil auf jahrhundertealtes Erfahrungswissen zurückblicken, das nicht mit der „Empirie“ der Naturwissenschaft verwechselt werden darf, sondern als solide Grundlage für ihre therapeutische Vorgehensweise gilt. Sie umgibt sich mit klingenden Eigenschaften, wie sanft, natürlich und ganzheitlich und weckt damit bei vielen Menschen im Krankheitsfall Interesse und Hoffnung auf Heilung.

Alternativmedizinische Behandlungsmethoden laufen in der Regel immer nach denselben Prinzipien ab. In erster Linie gehört dazu die **Unterstützung der Selbstheilungskräfte**, der auch schon Paracelsus im 16. Jahrhundert große Bedeutung zugemessen hat (vgl. SCHWEIGER, 2005; vgl. KELNER, 2000). Dem Körper wird die Fähigkeit zur Autoregulation zugesprochen, also sein Immun-, Blut- und Kreislaufsystem selbständig in Balance zu halten, die Reparatur- und Regenerationsmechanismen zu aktivieren sowie selbstreinigend und entgiftend zu arbeiten (vgl. DORSCHNER, 2004, [http](http://)). NITTEL (2000) beschreibt, dass exogene und endogene Einflüsse sowie Überforderungen der organischen Regelprozesse dann zu einem Ungleichgewicht (Heterostase) im System menschlicher Regulationsvorgänge führen, wenn die Kompensationsmechanismen zu dessen Erhaltung versagt haben. Andererseits kann Optimismus das Heilungspotential stimulieren und die Behandlungsergebnisse verbessern. Nicht nur die Behandlung selbst, sondern auch der Glaube an deren Wirksamkeit, wozu der Alternativmediziner in einem nicht unerheblichen Ausmaß beiträgt, kann zu einem vorübergehenden Therapieeffekt, ähnlich einem Placebo-Effekt führen (vgl. STÖHR, 2001).

Energetisch orientierte Medizinsysteme, wie die Traditionelle Chinesische Medizin, die Osteopathie oder Homöopathie nennen jene Störungen im Regulationssystem, die als Verursacher von Schmerzen und Krankheiten gelten „energetische Blockaden“, die der Alternativmediziner zu lösen versucht (**Lösen von energetischen Blockaden**) (vgl. PLATSCH, 2007). Aus diesem Ungleichgewicht bzw. diesen Blockaden können Befindlichkeitsstörungen entstehen, die sich in weiterer Folge zu manifesten Erkrankungen entwickeln können. Daher empfiehlt die Alternativmedizin auf ein **Gleichgewicht von Körper, Geist und Seele** zu achten bzw. den Organismus mit dessen Hilfe dazu zu bringen, mit Krankheitserregern selbst fertig zu werden. TRNKA (2009) behauptet, dass die Stärke der Alternativ- bzw. Komplementärmedizin darin läge, bereits subtile Störungen ohne klinisches

Substrat einfach und sicher erfassen zu können. Dabei dienen diagnostische Hinweise, die man durch Parameter wie Befindlichkeit, Typologie, Körperenergien und dergleichen erhält. Allerdings bedürfe es dazu begabter und kompetenter Diagnostiker mit jahrelanger Erfahrung in ihrer alternativmedizinischen Disziplin. Somit kommt der Alternativmedizin ein präventiver Effekt zu, der im Verein mit einer Lebensstiländerung umfassend wirkt. In Österreich dürfen allerdings nur ausgebildete Ärzte medizinische Diagnosen erstellen und entsprechende Leistungen erbringen. Die klassische, westlich orientierte Medizin beginnt hingegen mit der Präventionsarbeit erst nach dem Auftreten von Symptomen.

Häufig treten Befindlichkeitsstörungen auf, lange bevor ein pathologischer Befund vorliegt. Während die Alternativmedizin diese Befindlichkeitsstörungen ernst nimmt und darauf reagiert, um einen Krankheitsausbruch zu verhindern, sieht die Schulmedizin hier noch keinen Handlungsbedarf, was ihr von manchen Alternativmedizinern vorgeworfen wird (vgl. KRATKY, 2003).

Weiters wird der Alternativmedizin nachgesagt, ganzheitlich zu arbeiten, d.h. den „ganzen Menschen“ in den Behandlungsprozess einzubauen. Ihr steht die allopathische Medizin gegenüber, die körperliche Symptome isoliert vom „Ganzen“ zu behandeln versucht (vgl. KÖNTOPP, 2004). Kritisch betrachtet ist diese ganzheitliche Sichtweise bzw. Vorgangsweise gar nicht möglich, da die Auswahl einer therapeutischen Methode nur unter Berücksichtigung des „ganzen Menschen“ erfolgt (vgl. RÖSSLER, 1980). Aus diesem Grund wird empfohlen, den Begriff der „**Ganzheitlichkeit**“ durch „Patientenorientierung“ zu ersetzen, um nicht Enttäuschungen bei den Patienten entstehen zu lassen und das Gesundheitswesen, insbesondere die klassische Medizin zu überfordern, die diesem Anspruch nicht gerecht werden kann. Diese ganzheitliche Ausrichtung, derzeit von der Alternativmedizin nahezu exklusiv vereinnahmt, sollte das Prinzip jeder kompetenten Behandlung sein, sofern darunter die Einbeziehung des gesamten Menschen und dessen soziales Umfeld verstanden wird (vgl. WIESING, 2004). Steht jedoch der Begriff Ganzheitlichkeit für die Einbeziehung spiritueller und philosophischer Elemente und bekommt das „Seelische“ transzendenten bzw. spirituellen Charakter (Reiki oder Geistheilung), so bleibt die ganzheitliche Sichtweise der Alternativmedizin vorbehalten (vgl. SCHWEIGER, 2005).

Im Rahmen der ganzheitlichen Arbeit behandelt der Alternativmediziner nicht nur die Krankheitssymptome (diese werden „decodiert“, um besser verstanden werden zu

können), sondern beschäftigt sich auch mit dem Auffinden der eigentlichen Krankheitsursache (**Ursachenbekämpfung**) (vgl. KÖNTOPP, 2004). SCHWEIGER (2005) beschreibt das Ziel vieler alternativmedizinischer Heilweisen in der Symptomabschwächung und weniger in der vollständigen Heilung. Zudem betrachten sie die subjektive Verbesserung des Krankheitszustandes des Patienten bzw. die Steigerung seines Wohlbefindens als ihren Behandlungserfolg, auch wenn diese Beobachtung lediglich einmal gemacht werden kann (vgl. STULZ, 2006).

Zudem steht nicht die Geschichte der Krankheit, sondern die Lebensgeschichte des Kranken im Mittel alternativmedizinischer Behandlungen und macht den Patienten so zu einem einzigartigen Individuum, das eine auf ihn abgestimmte Therapie bzw. Behandlung braucht und von guten Alternativmedizinern auch erhält (**individuelle Therapie**) (vgl. PLATSCH, 2007). KRATKY (2003) hinterfragt, ob dies in der Praxis auch möglich sei und ihre Behandlungen nicht auf Grundlagen(wissen) basierten.

Die Alternativmedizin ist auch der Auffassung, dass der Heilungsprozess durch die **aktive Mitarbeit des Patienten** und dessen Selbstverantwortung beschleunigt werden kann (vgl. KÖNTOPP, 2004). Angemerkt sei hier, dass Eigenverantwortung nicht im Interesse jedes Patienten liegt, zumal es sich auch um unterschiedliche Erkrankungen von Persönlichkeiten mit verschiedenen Charaktereigenschaften und Denkstilen handelt.

### **2.2.5.1 Zur Wirkung der Alternativmedizin**

Im täglichen Leben treffen wir immer wieder auf Menschen mit unterschiedlichen Weltanschauungen, Vorstellungen, Vorlieben und Denkstilen, die einerseits zu akzeptieren, andererseits aber auch zu hinterfragen sind. Wenn alternativmedizinische Methoden, deren Konzepte und Prinzipien nicht immer mit einem rationalen Denkmodell erklärbar sind, belächelt werden, aber dennoch Erfolge verzeichnen, stellt sich die Frage nach dem Warum. Wie wirken sie bzw. worauf können ihre Heilerfolge zurückgeführt werden?

C. G. JUNG versteht unter Heilung nicht nur die Eingliederung in das normale Leben bzw. die Rückkehr in den Zustand vor der Erkrankung, sondern auch den „Zugang zum Numinosen“, was für ihn die eigentliche Therapie darstellt und sofern man „zu den numinosen Erfahrungen gelangt, wird man vom Fluch der Krankheit erlöst“ (HARSIEBER, 1993, S. 206). Mit diesem Prinzip des Numinosen, des

Unerforschten, des Magischen scheinen so manche alternativmedizinischen Behandlungsmethoden erfolgreich zu sein. Der Mensch ist neugierig und das Numinose zieht ihn an.

Mit dem Glauben an Heilung ist auch der Glaube an die Medizin und deren Fortschritt verbunden, der in der modernen Gesellschaft als nachhaltigster Aberglaube gilt. Es können jedoch weder im juristischen noch im theologischen Bereich Wunderdinge erwartet werden. Doch oft klaffen Realität und Illusion auseinander. Während medizinische Fortschritte ersichtlich und auch nachweisbar sind, sind die Erwartungen des Menschen an die Medizin von Illusionen, die sich im „Entfernen“ von Krankheiten und Beschwerden niederschlagen, geprägt (vgl. STULZ et al, 2006).

Wie bereits erwähnt, arbeitet eine Vielzahl alternativer Behandlungsmethoden nach dem Prinzip der Selbstheilungskräfte, die durch externe Einflüsse aktiviert werden sollen, um so den Heilungsprozess in Gang zu setzen. Als Erklärungsmodell dafür gilt das *Grundregulationssystem*, das im Jahr 1975 vom österreichischen Arzt Alfred PISCHINGER (1899-1983) aufgestellt wurde.

Dieses Ordnungsprinzip des Organismus beschreibt den menschlichen Körper als Funktionseinheit, die aus der Grundsubstanz (Gewebsflüssigkeit außerhalb der Zellen), aus Zellen des Bindegewebes sowie den kleinsten Blutgefäßen (Kapillaren) und einem Geflecht aus vegetativen Nervenfasern besteht. Dieses System ist für die Grundregulation, also die Aufrechterhaltung des biologischen Gleichgewichts (Homöostase) verantwortlich. Werden diesem Netzwerk aus hochmolekularen Zucker-Eiweiß-Verbindungen und Proteinen, externe Reize oder Informationen (nerval, biochemisch, therapeutisch, pathologisch) zugefügt, so gelangen diese über Nerven und Kapillaren zu den einzelnen Organen oder Zellen. Störungen dieses Regelkreissystems, die nicht nur auf äußere Einflüsse zurückgeführt werden sollen, können die Ursache für Beschwerden oder Krankheiten sein. Bei Auftreten von Regulationsblockaden (bei schwer Kranken) ist der Organismus nur mehr begrenzt in der Lage, auf äußere therapeutische Reize zu reagieren und Heilungsvorgänge einzuleiten (vgl. BROCKHAUS, 2008).

Weiters wird vermutet, dass die Wirkung mancher alternativer Heilverfahren auf einer persönlichen Arzt-Patienten-Beziehung beruht, was besonders auf die Homöopathie zutrifft. Ein gewissenhafter Homöopath verschreibt das homöopathische Arzneimittel nach einem ausführlichen Anamnesegespräch, in dem auch persönliche

Verhaltens- und Handlungsweisen erörtert werden (vgl. LAMBECK, 2003). Es könnte daher bereits das Gespräch mit dem Patienten, dem Respekt, Achtung und Wertschätzung vermittelt werden, therapeutische Effekte haben, die sich positiv auf den Genesungsprozess auswirken.

Während manche Nutzer mehr Wert auf ein persönliches Gespräch legen, ziehen andere körperliche Berührungen in Form von Massagen und ähnlichem vor. Diese körperbetonten Behandlungen wie Shiatsu, Akupressur oder Ayurveda verursachen ein Gefühl der Entspannung, das von ihren Anhängern als angenehm für Körper, Geist und Seele empfunden wird (vgl. BROCKHAUS, 2008) und besonders bei gestressten, hektischen Menschen Wirkung zeigt.

Für STÖHR (2001) sind es nicht primär die einzelnen alternativmedizinischen Behandlungsmethoden, die eine Verbesserung des Gesundheitszustandes herbeiführen, sondern mehr die Persönlichkeit von Therapeuten, die auch ungläubige, normalerweise rational denkende Menschen von der Wirksamkeit ihrer Methoden überzeugen können. So genügt es manchen Patienten, durch den Alternativmediziner Schubhilfe zur Ankurbelung der Selbstheilungskräfte zu bekommen, um dann, ähnlich wie bei einem Placebo-Effekt, Heilung zu finden.

PIETSCHMANN (2008) geht auf die häufig gestellte Frage ein, ob alle alternativmedizinischen Therapieverfahren ausschließlich auf Einbildung, d.h. einem Placebo-Effekt beruhen. Er sieht schon alleine in der Fragestellung einen Denkfehler, da sie von der Trennung zwischen Körper und Geist ausgeht. Eine Körperbehandlung, so PIETSCHMANN (2008) impliziert automatisch eine Behandlung der Psyche und umgekehrt. Da aber die Wirkung des Placebos physikalisch nicht erklärbar ist, bleiben hier weiter ungelöste Fragen.

Ungeklärt bleibt nach wie vor, was im Körper eines chronisch Kranken passiert, der mittels alternativmedizinischer Methoden geheilt wurde. Handelt es sich hierbei etwa um den Einsatz übernatürlicher Kräfte oder Fähigkeiten, ähnlich denen eines Magiers, der Kunststücke präsentiert, die für Laien unverständlich sind? Verraten werden die Kunststücke ja nicht, da ihre Protagonisten genauso wie Ärzte der Schweigepflicht unterliegen. Klar ist nur, dass es hierfür keiner übersinnlicher Fähigkeiten bedarf, sondern lediglich einer bestimmten, ausgeklügelten Technik, die lange trainiert sein muss, um den Effekt von Übersinnlichkeit - im wahrsten Sinne des Wortes - *hervorzaubern* und so die Menschen faszinieren zu können (vgl. PIETSCHMANN, 2008, [http](#)).

### **2.2.5.2 Alternativmedizin und Esoterik**

Alternativmedizin wird von einigen Menschen, ohne dass sie genau wissen, was darunter zu verstehen ist, unreflektiert mit Esoterik (siehe Anhang) in Verbindung gebracht. Es handelt sich hierbei um keine Religion, sondern um Weltanschauungen, die sich mit der spirituellen Entwicklung des Individuums auseinander setzen (vgl. JÄNICKE, 2006).

Esoterik bedient sich okkulten Praktiken und Lehren aus dem Bereich der Alchimie, Astrologie, Magie und Theosophie, die nur einem kleinen Kreis Eingeweihter zugänglich waren (vgl. BROCKHAUS Alternativmedizin, 2008).

Manche Überzeugungen der Alternativmedizin und der Esoterik stellen eine große Herausforderung für die heutige Wissenschaft dar. Sollte die Existenz paraphänomenologischer Effekte und die Gültigkeit der esoterischen Lehren der Anthroposophischen Medizin nach Rudolf STEINER (1861-1925), der von seinen Anhängern als „der größte Esoteriker des 20. Jahrhunderts“ (LAMBECK, 2003, S. 83) bezeichnet wird, durch die Physik nachgewiesen werden, dann wäre das rezente physikalische Weltbild unvollständig. - In dessen Vier-Kräfte-Lehre gibt es nämlich keine kosmischen Kräfte. Doch beim derzeitigen Forschungsstand müssen beide Welten, die der Alternativmedizin und die der Esoterik, in einem Spannungsverhältnis zueinander leben, da diese unsichtbaren Bereiche bzw. nichtmessbaren Phänomene noch unerforscht sind (vgl. LAMBECK, 2003).

Vielen alternativmedizinischen Methoden wird die Nähe zur Esoterik nachgesagt, wobei SCHWEIGER (2005) hierbei besonders an Geist- und Fernheilung sowie an Astromedizin denkt. Bei der Anthroposophischen Medizin, die das Thema der Reinkarnation in ihre Therapie einbaut, wird der esoterische Aspekt nicht sofort klar ersichtlich. Auch die Bach-Blütentherapie bedient sich esoterischer Vorstellungen, nämlich, dass es 38 Seelenzustände gibt, die Krankheiten hervorrufen können. Ihr Entdecker Eduard BACH (1886-1936) fand nicht nur 38 Blüten zur Behandlung dieser Zustände, sondern auch so genannte „Notfallstropfen“, deren Anwendung speziell bei Notfällen empfohlen wird (vgl. ERNST, 2001). Es stellt sich die Frage nach der Definition von Notfall und ob diese Empfehlung auch wirklich für lebensbedrohliche Zustände gelten darf. Der Hersteller macht darauf aufmerksam, dass deren Anwendung als erste Hilfsmaßnahme bei belastenden Situationen wie Prüfungen, Konflikten, Unfällen aller Art und ähnlichen Ereignissen hilfreich sei.

SCHWEIGER (2005) kann auch in der Homöopathie esoterische Aspekte erkennen. Sie behauptet ja, durch den Schüttelprozess den Trägersubstanzen (übersinnliche) Energien bzw. Informationen hinzuzufügen zu können, wodurch die gewünschte therapeutische Wirkung erzielt werden könne. Zudem stellt er kritisch fest, dass in der Homöopathie häufig eben jene aus dem (teilweise sehr intensiven) Anamnesegespräch gewonnenen Informationen erstaunlicherweise nicht für die individuelle Zusammenstellung komplexer, situations- und krankheitsangepasster Heilmittel verwendet werden, sondern auf der Basis einer schulmedizinischen Diagnose ein vorgefertigtes Mittel verabreicht wird.

Während sich die Traditionelle Chinesische Medizin an den Taoismus anlehnt, liegt das esoterische Substrat der Ayurveda in der Eingliederung des Menschen in kosmologische Strukturen. Dahingegen ist die Phytotherapie (Pflanzenheilkunde) abgesehen von heidnischen Relikten der Volksmedizin frei von übersinnlichen Elementen.

Esoterik darf jedoch nicht mit Spiritualität verwechselt werden, der als Gesundheitsfaktor im Sinne der Bewältigung von Krankheiten und Krisen eine herausragende Bedeutung zukommt und die als ein Bestandteil der von der Europäischen Union geförderten Mental Health („Seelische Gesundheit“) gilt (vgl. ESO-Jahresbericht, 2007, [http](http://www.eso-jahresbericht.de)). Gewarnt werden soll vor gefährlichen Thesen, wie beispielsweise jener, dass eine Infektion als Ausdruck einer „spirituellen Verunreinigung“ (STÖHR, 2001, S. 67) zu verstehen sei.

Erstaunlicherweise behauptet die überwiegende Mehrheit, so die Ergebnisse einer aktuellen deutschen Studie, dass der Glaube an die Wirksamkeit der Methoden sowohl in der Schul- als auch in der Alternativmedizin für die Heilung wichtig ist. Die Hälfte dieser Gruppe vertritt die Meinung, dass dieser Glaube, der nur für eine kleine Gruppe keine Rolle spielt, in der Alternativmedizin notwendig ist (vgl. BRÜCKER, 2008).

Es fragt sich nur, was die Menschen dazu bringt, den Versprechungen der Alternativmedizin blindlings zu glauben. Auch hoch gebildete Menschen lassen sich vom Zauber unseriöser alternativmedizinischer Praktiken beeinflussen. Es ist zu hoffen, dass dies auf Schwierigkeiten bei der Unterscheidung von seriösen und unseriösen Methoden zurückgeführt werden kann, einer Differenzierung, die auch Ärzten nicht immer leicht fällt. Gewarnt sei hier vor unrealistischen Heilsversprechen und Erwartungen sowie vor inadäquaten pseudomedizinischen Diagnose- und

Therapieverfahren, durchsetzt mit magischen Elementen. Die Inanspruchnahme alternativmedizinischer Heilweisen kann jedoch dann gefährlich werden, wenn zu sehr auf deren diagnostische Fähigkeiten oder therapeutische Wirkungen vertraut und deshalb auf eine fachkompetente Abklärung und Behandlung durch einen Schulmediziner verzichtet wird. Die schulmedizinische Abklärung und Diagnosestellung wäre wegen der Unzulänglichkeit alternativer Diagnostik in jedem Fall vor dem Einsatz alternativmedizinischer Heilverfahren zu fordern. So könnte auch der Verlust wertvoller Zeit im Rahmen eines deshalb nicht rechtzeitig erkannten und fortschreitenden Krankheitsprozesses vermieden werden.

Kritisiert wird, dass die Schulmediziner nicht ganz unschuldig an der Verbreitung alternativer Heilweisen, angeboten von Scharlatanen, sei, da sie zu wenig vehement auf deren schamlose Ausbeutung kranker Menschen aufmerksam mache. Scharlatane kennen die Psyche kranker, verzweifelter Menschen sehr gut und wissen, diese mit ihren unwirksamen, aber kostspieligen Verfahren auf professionelle Art und Weise für sich einzunehmen (vgl. STÖHR, 2001).

### **2.2.6 Kritische Auseinandersetzung mit der Alternativmedizin**

Die Nachfrage nach alternativmedizinischen Therapieverfahren und die Zahl der Anbieter und deren Behandlungsmethoden nehmen seit Jahren stetig zu. Diesen Trend bestätigen nicht nur diverse Hotelbetriebe, die ohne ein ausreichendes Angebot an alternativmedizinischen Methoden (im Wellness-Bereich) nicht denkbar wären, sondern auch der Buchhandel, der mit einschlägigen Ratgebern, deren es Unmengen am Markt gibt, hohe Umsätze macht.

Etwas mehr als ein Drittel der europäischen Bevölkerung (vgl. Schweiger, 2003) – Tendenz steigend – nimmt ihre Dienste gerne an. „Der Markt boomt“ und die Interessenten für diese so genannte „Außenseitermedizin“ können bereits aus einem breiten Spektrum an unterschiedlichen Methoden, nämlich ihrer Lebensanschauung entsprechend, die für sie geeignete Behandlungsmethode auswählen. Bei dieser Vielfalt an Methoden fällt es dem medizinischen Laien allerdings schwer, zwischen seriöser und unseriöser Medizin zu differenzieren, um nicht Opfer von Scharlatanerie zu werden (vgl. SCHWEIGER, 2005).

Manche alternative Heilverfahren sowie naturheilkundliche Therapien sind bereits zu einem festen Bestandteil der modernen Schulmedizin geworden sind. So werden in

der Regel physikalische Therapien (Heilgymnastik, Massagen, Bäder oder Inhalationen) bei verschiedenen orthopädischen Beschwerden therapeutisch, aber auch prä- und postoperativ als Nachbehandlung empfohlen (vgl. SCHWEIGER, 2005).

Auch die Phytotherapie (Pflanzenheilkunde; Mutter der modernen Pharmakologie) wird seit Jahren erfolgreich in der Schulmedizin eingesetzt. Man denke nur an das Opium aus dem Mohn, das Atropin aus der Tollkirsche, das Digitalis des Fingerhuts oder an das Aspirin aus der Weidenrinde, deren Wirkstoffe industriell synthetisiert wurden. Die Alternativmedizin ist von ihrer (fast uneingeschränkten) Nebenwirkungsfreiheit überzeugt (naturgemäße Verarbeitung), was allerdings von schulmedizinischer Seite kritisch hinterfragt wird, zumal für sie keine Wirkung ohne Nebenwirkung existiert. Schon alleine der hochprozentige Alkohol als Trägersubstanz in der Homöopathie hat pharmakologische Wirkung mit Nebenwirkungen (vgl. SCHWEIGER, 2005).

Spirituelle oder mentale Therapien aus dem alternativmedizinischen Bereich, so behauptet MARKMAN (2002), können bei Wirkungslosigkeit den Patienten psychisch stark belasten, der dies auf seine Unfähigkeit, sie richtig angewendet zu haben, zurückführt.

Akupunkturbehandlungen können Auslöser für einen Kreislaufkollaps sein und (allerdings in sehr seltenen Fällen, wenn beispielsweise die Nadeln zu tief gesetzt werden) auch schwerwiegende Nebenwirkungen wie Leber- und Herzklappeninfektionen sowie Lungen- und Herzbeutelverletzungen hervorrufen (vgl. GODLEE, 2000). Ein Zuviel an chinesischen Kräutern oder die falsche Kräutertherapie aus der Traditionellen Chinesische Medizin kann zu unerwünschten Effekten wie beispielsweise Allergien führen (vgl. MAYER-FRANKEN, 2003).

Auch LICHTENTHAELER (1987/88) ist der Auffassung, dass die Traditionelle Chinesische Medizin, das Paradebeispiel der sanften Medizin, mit höchst spekulativen Methoden, basierend auf einer imaginären Pathologie, arbeitet. JÜTTE (1996) fügt dem hinzu, dass die TCM nicht ganzheitlich, sondern organbezogen arbeite und den Grund für psychosomatische Erkrankungen in organischen Störungen zu finden glaubt. Trotzdem hat sie im Laufe der letzten Jahre an Popularität gewonnen.

Das, was der salutogenetisch ausgerichteten Alternativmedizin jedoch am häufigsten von der Schulmedizin angekreidet wird, ist ihr Mangel an Wissenschaftlichkeit, zumal

ihre Wirksamkeit, manche sprechen von *vermeintlicher Wirksamkeit*, nicht empirisch nachweisbar ist bzw. bis jetzt nicht nachgewiesen werden konnte. Gegenwärtig kann aufgrund mangelnder Forschungsergebnisse in der Alternativmedizin keine objektive Risiko-Nutzen-Rechnung aufgestellt werden (vgl. BAUER, 2002). Eine Ansammlung von Beobachtungen am Krankenbett sowie die daraus gezogenen Rückschlüsse genügen nicht für eine empirisch haltbare Medizin im Sinne der Schulmedizin, da ihre Wirksamkeit weder beweisbar, noch jederzeit wiederholbar ist (vgl. WIESING, 2004). Publikationen zu dieser Thematik gibt es genug, doch handelt es sich dabei weniger um objektive Darstellungen der einzelnen Methoden, sondern mehr um ein Eigenlob der Protagonisten (vgl. STÖHR, 2001).

Was an der Alternativmedizin sehr geschätzt wird, ist ihre *sanfte* Form der Therapie, womit assoziiert wird, dass keine oder wenig unerwünschte (Neben)Wirkungen auftreten können. Dieses Versprechen „frei von Gift“ zu sein, spricht vor allem Umweltbewusste an, die das Bedürfnis nach dem Einssein mit der Natur verspüren. SCHWEIGER (2005) merkt jedoch kritisch an, dass sich der Mensch nie vollkommen im Gleichgewicht befinden kann, da er sich ständig an variierende Umwelteinflüsse anpassen muss. Die Aussage mancher Alternativmediziner gegenüber ihren Patienten „Sie sind nicht in Balance...“ darf daher nicht überbewertet werden, sondern gilt als irrational begründete biologische Erklärung.

KIENE (1996) bringt fünf Kritikpunkte an der Alternativmedizin vor, die häufig mit ihr in Verbindung gebracht werden:

- Während sie den *Placebo-Effekt* nützt, wird von der wissenschaftlich arbeitenden Schulmedizin versucht, diesen auszuschalten
- Die *Doppelblind-Studie* als einzig mögliche Beweismethode für ihre Wirksamkeit
- Vorwurf der fehlenden oder fraglichen Wirksamkeit ihrer Methoden und Arzneimittel (Homöopathie)
- Vorliegen von *dogmatischen, teilweise irrationalen Grundeinstellungen*
- *Arzneimittelrisiken* – Unwissen und Irrglaube, die Alternativmedizin wäre sanft und ohne Nebenwirkungen (z.B. toxische Belastungen von TCM-Agentien)

Abschließend sei KÖBBERLING (1998) erwähnt, der die fehlende Sachlichkeit und kritische Distanz der Alternativmedizin kritisiert und vor der Überbewertung fanatischer Heilungsberichte in diversen Medien warnt, die nur zum Schaden und nicht zum Nutzen der Menschen angewendet werden. STÖHR (2001) behauptet sogar, dass viele alternative Therapeuten fiktive Krankheiten diagnostizieren, um nach Abschluss der Behandlung den Normalzustand feststellen zu können. Der Patient wurde somit von einem Leiden befreit, das er niemals hatte.

### **2.3 Das Spannungsfeld zwischen Schulmedizin und Alternativmedizin**

Bei den Diskussionen zwischen der Schulmedizin und der Alternativmedizin geht es seit geraumer Zeit um dasselbe zentrale Thema: die Wissenschaftlichkeit der Schulmedizin und die Unwissenschaftlichkeit und Nicht-Beweisbarkeit der Alternativmedizin.

Allerdings ist bis heute wissenschaftlich nicht belegt, dass Heilungserfolge nur auf schulmedizinische Behandlungen zurückgeführt werden können. Solange sich die alternative Medizin nicht auf durchschlagende Erfolge berufen kann, hat die konventionelle Medizin mit ihren - statistisch gesehen - hohen Erfolgsraten bzw. mit ihren Therapien, die zur Verlängerung der Lebenszeit führen, die besseren Argumente. Dass für die Menschen auch andere Kriterien zählen, zeigt das große Interesse an unkonventionellen Therapieverfahren.

Die Beziehung zwischen Schulmedizin und Alternativmedizin kann mit der zwischen christlichen Kirchen und Sekten verglichen werden. Durch den Verlust an kirchlicher Glaubwürdigkeit ist ein Vakuum zwischen beiden entstanden, das unterschiedliche Sekten fast unbehindert hereinströmen ließ (vgl. STÖHR, 2001).

Genauso unterschiedlich wie diese beiden Medizinsysteme, so unterschiedlich sind die Menschen, die diese nutzen. Patienten mit gleichen Krankheitsbildern bzw. -symptomen wählen verschiedene Zugänge zur Medizin und nehmen unterschiedliche Behandlungsmethoden in Anspruch (vgl. PLATSCH, 2007).

Während der Schulmedizin, die manche Denkweisen der Alternativmedizin nicht zu verstehen vermag bzw. ignoriert, fehlende Menschlichkeit vorgeworfen wird, muss die Alternativmedizin mit dem Stigma der Unwissenschaftlichkeit umgehen. Vergleicht man diese beiden fehlenden Bereiche bzw. die vorhandenen, dann wird

ersichtlich, dass es sich bei diesem Diskurs weder um kongruente noch um kompatible erkenntnistheoretische Grundlagen handelt (vgl. BRAUN, 2001). Auch STÖHR (2001) ist der Ansicht, dass jedes Medizinsystem in bestimmter Weise unvollständig und daher ergänzungsbedürftig ist.

Als „unseriös, unwissenschaftlich und esoterisch“ werden die Methoden der Alternativmedizin von der etablierten Medizin betrachtet (vgl. PLATSCH, 2007). Hat denn die Wissenschaft an Wert verloren, da die Alternativmedizin zunehmend mehr Menschen in ihren Bann zieht? Dies und die Frage, weshalb die Wirksamkeit alternativmedizinischer Behandlungsmethoden noch immer nicht befriedigend nachgewiesen werden kann und wie diese Methoden sinnvoll eingesetzt werden können, wird in den folgenden Kapiteln erörtert.

### **2.3.1 Medizin als Kunst oder Wissenschaft?**

Voller Hoffnung und Euphorie war man, als sich die Medizin um 1850 zur Naturwissenschaft entwickelt hatte, da man damals der Auffassung war, mit dieser neuen Ausrichtung alle Probleme der klinischen Medizin sicher und präzise lösen zu können. Sie führte jedoch dazu, dass nicht der Patient am Krankenbett, sondern das Labor, indem gemessen und gewogen wurde, zum Zentrum des ärztlichen Interesses wurde. Mit der Erkenntnis, dass zentrale Bereiche ärztlichen Handelns wie Gesundheit, Krankheit, Leiden etc. niemals vollständig wissenschaftlich erforscht werden können, sondern Aspekte der Lebenswelt der Patienten integriert werden müssen, war die Enttäuschung darüber groß. Auch die Hoffnung, im Einzelfall sicheres medizinisches Wissen zu besitzen, ging verloren. Somit war das Monopol der Naturwissenschaften auf Wissenschaftlichkeit nicht mehr haltbar. Problematisch war allerdings, dass der Wert der naturwissenschaftlichen Kompetenz wesentlich höher war als der des ärztlichen Handelns. Schlussendlich gelangte man zu der Erkenntnis, dass einfache Beobachtungen am Krankenbett zu wenig wissenschaftliche Aussagekraft und nur empirisch belegbare Studien ihre Geltung hatten (vgl. WIESING, 2004).

Im 20. Jahrhundert fand eine pragmatische Wende in der damaligen Medizintheorie (geführt von Ernst Schwennigen, Richard Koch, Georg Honigmann, Karl Eduard Rothsuh, Wolfgang Wieland, Stephen Toulmin u.v.m.) statt, die als Gegenbewegung zu der in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts maßgeblich

gesehen werden kann. Der Zugang zur Medizin erfolgte nicht mehr über die Theorien der Naturwissenschaft, sondern über die praktisch-ärztliche Tätigkeit hin zum Patienten (Anamnese, Diagnose, Prognose, Indikation). Somit entwickelte sich die Medizin zu einer praktischen Wissenschaft, einer Handlungswissenschaft, deren Aufgabe darin bestand, kranken Menschen zu helfen. Reine Erkenntnisarbeit („therapeutischer Nihilismus“) alleine würde nicht genügen, den Handlungsauftrag der Medizin erfüllen zu können (WIESING, 2004, S. 20f). Richard KOCH (1917) bekräftigt: „Das Wissen ist nur Mittel. Wenn sie [die Medizin] ohne Wissen besser helfen könnte, würde sie auf das Wissen verzichten. Da sie erkannt hat, dass für ihren Erfolg Wissen notwendig ist, macht sie von ihm Gebrauch“ (WIELAND, 1975, S. 11).

Seit einigen Jahren befindet sich die wissenschaftliche Medizin, ausgerichtet auf bloße Nutzbarkeit, laut RIECKER (2000), in einer Krise, zumal sie mit einem Mangel an wissenschaftlichem Nachwuchs, ärztlicher Ausbildung sowie einem sinkenden Bildungs- und Wissenschaftsbedürfnis (auf bloße Nutzenorientierung) konfrontiert ist und bei einem arbeitsintensivem Alltag wenig Zeit für die Forschung bleibt. Der engagierte Arzt arbeitet permanent daran, seine diagnostischen und therapeutischen Methoden zugunsten des Patienten zu modifizieren, indem er die Erfahrungswerte anderer kritisch hinterfragt und gegebenenfalls in seinen Arbeitsalltag einbaut. Somit befindet er sich in einem ständigen Erkenntnis- und Lernprozess.

RIECKER (2000, S. 110) glaubt sogar eine gewisse Wissenschaftsfeindlichkeit zu erkennen, die er als „Ausdruck einer romantischen Fluchtbewegung“ auffasst. Es ist das Mystische, das Unfassbare, Unerklärbare, das Magische, das eine Wiederkehr feiert. Die Sehnsucht nach dem Mythos wird geweckt und macht vernunftorientiertes Handeln fast unmöglich. Ein Blick in die Medizingeschichte zeigt, dass diese Hinwendung und Neigung zum Irrationalen, die insbesondere bei schwer kranken Menschen stark ausgeprägt sein kann, ihre geschichtlichen Vorläufer hat.

„*Die Wissenschaft denkt nicht.*“, meint der deutsche Philosoph Martin HEIDEGGER (1889-1976) und betont damit das zentralistische Denken der Wissenschaft, das mit dem Gebiet der Wissenschaft begrenzt ist und das „Menschliche“ ausklammert (HEIDEGGER, 2006, S. 47). Doch ein Leben ohne Wissenschaft und Technik ist, insbesondere im Gesundheitssektor, nicht mehr vorstellbar. Und was für die moderne Gesellschaft zutrifft, trifft auch auf den modernen Menschen zu, der die Welt zu einem Artefakt, zu seinem Werk macht (vgl. MITTELSTRASS, 2001).

Dass wissenschaftlicher und „humanistischer“ Fortschritt nicht kontinuierlich parallel verlaufen und sich daher keine Synergien entwickeln können, beweist das seit Jahren spannungsgeladene Zusammenleben von Schul- und Alternativmedizin. Die wissenschaftliche Medizin ist eben auch fehlbar. Ihr Erkenntnisstand ist vorläufig und bedarf der ständigen Verbesserung.

Daraus ist zu folgern, dass die ärztliche Entscheidungsfindung bei der Diagnose und Therapie nicht nur auf empirischen Daten beruhen solle, sondern hierfür auch intuitives, logisches Denken und Handeln eingesetzt werden dürfe. Das soll aber nicht bedeuten, dass sich die Schulmedizin nicht-wissenschaftlichen Materials bzw. nicht-wissenschaftlicher Zugänge bedient. Ihre Methoden werden gemäß den Regeln der Evidence based Medicine überprüft, die aufgrund ihrer permanenten Qualitätskontrolle als relativ zuverlässiges Hilfsmittel herangezogen werden kann. Obwohl Medizin als „Kunst im Umgang mit unsicherem Wissen“ (RIECKER, 2000, S. 127) gilt, behält die klassische Medizin trotzdem ihren wissenschaftlichen Charakter. Dem Anspruch der Wissenschaftlichkeit wird auch die Schulmedizin, die der Alternativmedizin diesen Mangel zum Vorwurf macht, nicht immer gerecht, da auch einige ihrer angewandten Methoden und Therapien nicht wissenschaftlich überprüft wurden oder widersprüchliche Ergebnisse vorliegen (vgl. WIESING, 2004). So kommt häufig vor, dass Schulmediziner betreffend Diagnose und Therapie bei ein und derselben Erkrankung nicht immer derselben Meinung sind. Sie handeln aus ihrem eigenen Erfahrungsschatz und treffen - in Ermangelung wissenschaftlicher Kenntnisse - manchmal intuitive Entscheidungen, die auch den gewünschten Heilungserfolg bringen können. Patienten werden jedoch durch solche Meinungsverschiedenheiten in der Ärzteschaft verunsichert und suchen anderswo Hilfe, nämlich bei der Alternativmedizin.

PLATSCH (2007) weist darauf hin, dass sich die wissenschaftliche Medizin auch mit dem, was über die vorwiegend stofflich-materielle Orientierung hinausgeht, beschäftigen müsse, um Antworten auf verschiedene nicht erklärbare Phänomene in der Medizin, wie die Fernheilung oder die sensitiven Diagnostik geben zu können. Es handelt sich hier um einen erkenntnistheoretischen Paradigmenwechsel (mehr dazu im nächsten Kapitel), der seinen Ursprung in der Physik hat und den medizinischen Blick grundsätzlich verändern könnte. In Anlehnung an den Leitsatz „*Ich glaube nur das, was ich sehe!*“ (PLATSCH, 2007, S. 64), d.h. nur die Realität ist von Relevanz,

gerät die Medizin in eine gewisse Diskrepanz zu den Anforderungen der wissenschaftlichen Medizin und den Erkenntnissen der Physik, sofern sie Offenheit für ein neues Paradigma in der Medizin zeigt. Die Schulmedizin ist gewöhnt, ihre Therapieform anhand von Fakten und Daten zu wählen, ist sich aber dessen bewusst, dass sich nicht alles was zählt, zählen lässt.

Dem muss hinzugefügt werden, dass sich die klassische Medizin wissenschaftlicher Kenntnisse bedient, sie selbst aber keine Wissenschaft ist bzw. aufgrund des intuitiven Handelns im ärztlichen Alltag diesen Anspruch der reinen Wissenschaftlichkeit gar nicht erfüllen kann.

Kommen wir zurück zur Physik, die meint, dass es gar keine Materie im herkömmlichen Sinn gäbe, sondern nur ein unsichtbares Quantenfeld mit unendlich vielen Informationen sei. Somit müsste der oben genannte Leitsatz umgeändert werden auf „*Ich sehe nur, was ich glaube!*“ (PLATSCH, 2007, S. 64). Unsere Wahrnehmung ist jedoch auf unsere fünf Sinnesorgane beschränkt, auf Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Tasten, womit lediglich ein Bruchteil der vorhandenen Informationen wahrgenommen werden kann. Dieses Quantenfeld kann auch nur als Modell und nicht als Abbild der Wirklichkeit betrachtet werden. Dem ist zu entnehmen, dass immer ein völlig unerforschter, unsichtbarer Bereich vorhanden bleibt, über den, in Ermangelung einer rationalen Grundlage, lediglich spekuliert werden kann (vgl. PLATSCH, 2007). Jede Form von Medizin wird daher in erster Linie ein Kunst-Handwerk und keine Wissenschaft sein. Da ihr primäres Ziel in der Heilung von Krankheiten und nicht in der wissenschaftlichen Sachlichkeit besteht, ist die Medizin nicht uneingeschränkt den Prinzipien der Wissenschaftlichkeit zu unterwerfen.

### **2.3.2 Zum Problem des Wirksamkeitsnachweises alternativmedizinischer Therapien**

Wer hätte noch vor 100 Jahren gedacht, dass jedermann in weniger als 7 Stunden von New York nach Wien fliegen wird können? Technik und Wissenschaft haben es ermöglicht. Doch wenige Menschen werden auf kompetente Art und Weise erklären können, warum ein Flugzeug sich in der Luft halten kann bzw. welche physikalischen Kräfte hier wirksam werden. Sie nehmen es genauso wie die Wirksamkeit von Medikamenten bei einem Heilungserfolg als gegeben hin.

In der Medizin muss jedoch die Wirksamkeit nachweisbar sein. Während in alten Zeiten noch tradierte und persönliche Erfahrungen ausreichten, war dieser Ansatz mit dem Aufkommen der Naturwissenschaften obsolet. Subjektive Empfindungen können, müssen aber nicht richtig sein. Aus diesem Grund verlangt die wissenschaftliche Medizin nach einer Überprüfbarkeit und kritischen Überprüfung von Therapieverfahren. Zudem kann ein Einzelfall auch nicht falsifiziert werden. Er ist immer wahr und stellt keine wissenschaftliche Erkenntnis dar. In allen Bereichen der Naturwissenschaften, so auch in der Medizin, bedürfen wissenschaftliche Aussagen der kontrollierenden Bestätigung und müssen daher auch bei Wiederholung dasselbe Ergebnis erbringen. Das ist in der Medizin schwierig, da jeder Mensch einzigartig ist und auf therapeutische Maßnahmen unterschiedlich reagiert. Daher macht der Einsatz einer statistischen Analyse Sinn, sofern auch die aufgestellten Regeln eingehalten werden. Eine beliebige Aneinanderreihung von geeigneten Einzelfällen sowie der Hinweis auf tradiertes Wissen (Schon die alten Chinesen haben gesagt...) wären nicht nur unwissenschaftlich, sondern auch nicht aussagekräftig (vgl. MEINERS, 2001, [http](http://)).

Der Umstand, dass manche Phänomene nicht erklärbar sind, nur weil ihr Wirkprinzip nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft nicht nachweisbar ist, muss nicht auf ihre Inexistenz hindeuten. Das bringt uns wieder zurück zur Frage nach dem Wirkungsprinzip der Homöopathie. Der Begriff „Schütteln“ als Verarbeitungsschritt nach dem Verdünnen ist weder im Physiklexikon noch in Römpps Chemielexikon (vgl. NEUMÜLLER, 1972) zu finden. Auch die Chemie schließt jegliche Veränderung durch einen simplen Schüttelvorgang aus. Doch im Vergleich zum Biochemiker zeigt der Biophysiker dafür Verständnis und behauptet, ihre Wirksamkeit sei durch diese Schüttelmethode im atomaren Bereich nachweisbar, da diese eine Erhöhung der Temperatur sowie eine stärkere Bewegung der Moleküle bewirkt. Für den Homöopathen befinden sich in den Hochpotenzen „Informationen“ und die durch die Schüttelung hervorgerufenen energetischen Schwingungen (vgl. JÜTTE, 1996). Nicht ganz klar ist dabei, wie das Wasser zwischen den Informationen der Urtinktur, die es aufnehmen soll und den Verunreinigungen, die unweigerlich in die Lösung gelangen, differenzieren kann.

Über das Potenzieren steht im Organon, § 269 (Grundlagenwerk der Homöopathie) geschrieben, dass dadurch eine unsichtbare Kraft entsteht, die sich positiv auf die Lebenskraft des Patienten auswirken soll. Auch diese Kraft ist für die Physik nicht

messbar. Die Überprüfung der Homöopathie als medizinisches Therapieverfahren ist daher aus den genannten Gründen mit den derzeit existierenden Hilfsmitteln bzw. Geräten sehr schwierig, ja fast unmöglich. Sollte tatsächlich eine höhere Verdünnung zu einer stärkeren therapeutischen Wirkung führen, wäre Mineralwasser das wirksamste Breitbandmedikament, da es doch im Laufe der Jahrhunderte mit Gesteinen unterschiedlichster Art in Berührung kam und auch deren Informationen aufnehmen konnte. Leider aber hat es noch nicht zu einem Durchbruch als Panazee gereicht (vgl. LAMBECK, 2003).

Sir Karl Popper sieht dies mit anderen Augen und ist der Auffassung, dass es keine absolut wahren Kenntnisse gibt, sondern wir nur über ein Vermutungswissen verfügen, das einer ständigen Prüfung unterzogen werden muss. Aussagen müssen daher „falsifizierbar“ sein. Folglich unternimmt die Wissenschaft ständig unterschiedliche Versuche, dieses Vermutungswissen, das als vorläufig und relativ gilt, zu widerlegen. Das bedeutet aber keineswegs, dass Spekulationen unerwünscht sind, im Gegenteil sie gelten als Vorstufe jeder Erkenntnis (vgl. POPPER, 1984). Auch der Wissenschaftstheoretiker MITTELSTRASS (2001) bekräftigt dessen Meinung, indem er die Grenzen der Wissenschaft als Irrtumsgrenzen (aber auch als ökonomische und ethische Grenzen) sieht, die er als normal betrachtet.

Die Weisheit, dass Irrtümer „die Kanäle zur Wahrheit“ (POPP, 2006, S. 158) sind, soll nicht nur für die Schulmedizin, sondern auch für die Alternativmedizin Geltung haben. Viele Vertreter der letzteren zeigen jedoch auf arrogante, überhebliche Art und mit erstaunlich großer Sicherheit, dass das, was sie machen und von sich geben, das einzig Richtige sei.

Wie bereits mehrfach erwähnt, wird der Alternativmedizin von der Schulmedizin stets ein Mangel an Wissenschaftlichkeit vorgeworfen, doch ist es weder den Vertretern der Schulmedizin noch denen der Pharmaindustrie gelungen, deren angebliche Ineffektivität und Unwissenschaftlichkeit nachzuweisen. Vertreter alternativmedizinischer Verfahren betonen immer wieder die fehlende Akzeptanz ihrer Methoden und der Anerkennung ihrer Erfolge seitens der Schulmedizin, die sich nur in geringem Ausmaß zur wissenschaftlichen Überprüfung bereit erklärt (vgl. ERNST, 2001).

Der Wirksamkeitsnachweis, also der zeitliche und kausale Zusammenhang zwischen der Therapie (Ursache) und dem Heilerfolg (Wirkung) ist in der Alternativmedizin mit

den derzeit geltenden, anerkannten wissenschaftlichen Methoden nicht zu erbringen und wird daher zum Gegenstand von Kontroversen (vgl. WIESING, 2004). Auch wenn der Behandelte an sich selbst eine heilende Wirkung feststellt, wird diese von ihren Gegnern nicht auf den positiven Einfluss der Alternativmedizin zurückgeführt, da keine Kausalität zu erkennen ist, sondern es sich lediglich um ein subjektives Empfinden handelt. Es wird behauptet, dass die externen Umweltfaktoren, wie Behandlungsatmosphäre oder Gesprächskultur, auf die in der Alternativmedizin besonderer Wert gelegt wird, den Genesungsprozess beschleunigen könne. Diese Wirkungen werden von der Schulmedizin jedoch solange nicht anerkannt, bis ein klinischer Wirksamkeitsnachweis erbracht werden kann. Das Problem der Überprüfung sieht WIESING (2004) in der Methodik selbst, die mit folgenden Einwänden konfrontiert ist:

- Da die Alternativmedizin sehr personenzentriert arbeitet, fließen auch subjektive Faktoren in den Evaluationsprozess ein, die die Ergebnisse verfälschen könnten. - Dieses Faktum gilt selbstverständlich auch für die personenzentriert arbeitende Schulmedizin.
- Die Menschen, die alternativmedizinische Behandlungsmethoden in Anspruch nehmen, seien zu inhomogen, sodass sie sich nicht in eine Gruppe zusammenfassen lassen. - Dieses gilt jedoch für jede klinische Studie, für die immer eine geeignete Stichprobenauswahl getroffen werden muss.
- Die Arzt-Patienten-Beziehung verläuft sehr unterschiedlich, sodass ihr Einfluss in klinischen Studien nicht überprüfbar ist.
- Die Komplexität, d.h. die vielen verschiedenen Substanzen in den Arzneimitteln (Homöopathie) oder die vielen verschiedenen Behandlungsmethoden würden eine fachliche Überprüfung erschweren oder gar verhindern.
- Da der Behandlungserfolg von den betroffenen Patienten rein subjektiv bewertet wird, wäre eine objektive Überprüfung nicht möglich. Auch dieser Einwand ist nicht haltbar, zumal auch die Schulmedizin mit dieser Tatsache konfrontiert ist.

Daraus ergibt sich die Frage, ob sich die Schulmedizin immer nach den strengen Kriterien der Wissenschaftlichkeit hält und empirisch einwandfrei vorgeht. Lassen wir

uns nicht allzu leicht von Etiketten mit der Aufschrift „Klinisch getestet“ auf Produkten beeinflussen, ohne zu hinterfragen, wer, wo, mit welcher Absicht und unter welchen Bedingungen getestet hat und welche Ergebnisse erzielt worden sind?

Fest steht, dass objektive, kausallorientierte, klinische Studien von hoher Qualität der Alternativmedizin auf dem Weg zu ihrem Wirkungsnachweis helfen würden. Dafür wären allerdings große Versuchs- und Placebo-Gruppen notwendig, deren Teilnehmer über eine längere Zeitspanne behandelt bzw. beobachtet werden müssten. Typische „Blindstudien“ sind bei Therapieverfahren, die ein ausführliches Anamnesegespräch voraussetzen (TCM, Homöopathie), nicht vorstellbar und daher nicht geeignet. Zudem ist das Interesse der Alternativmediziner an der Mitarbeit bei wissenschaftlichen Studien nicht besonders groß, weil eine Störung in der Arzt-Patienten-Beziehung sowie schlechte Ergebnisse bezüglich der Funktion des Regulationssystems und der Behandlung von Krankheiten befürchtet werden. Auch die Bereitschaft der Patienten, an diesen Studien teilzunehmen, ist gering und stößt auf Widerstand. Kritiker führen die Behandlungserfolge der Alternativmedizin auf einen Placebo-Effekt zurück, d.h. auf psychologische und nicht pharmakodynamische Wirkungen (vgl. BROCKHAUS, 2008).

Es sei hier auch angemerkt, dass aufgrund der unterschiedlichen Denkansätze von Schul- und Alternativmedizin zur Überprüfung alternativmedizinischer Behandlungsmethoden nicht ausschließlich statistische Verfahrensweisen, sondern auch andere Qualitätskriterien herangezogen werden können, die nicht unbedingt die Sprache der Physik sprechen müssen (vgl. HORNING, 1996; vgl. CANT, 1996). Da der Schulmediziner die Krankheit behandelt (z.B. Senkung des Cholesterin-Spiegels) und der Alternativmediziner den kranken Menschen („ganzheitlicher“ Therapieansatz), können für die Evaluierung schulmedizinischer Behandlungsmethoden nicht dieselben empirischen Maßstäbe wie für alternativmedizinische Verfahren herangezogen werden. Das scheint ein falscher Ansatz zu sein. Zudem hat die wissenschaftliche Medizin zu wenig Beweise dafür, dass die ausschließliche Therapie von abweichenden Blutparametern wie z.B. die Herabsetzung des Cholesterinspiegels (Folge)Erkrankungen mit unerwünschten Langzeitfolgen verhindern könne.

Es ist auch bis heute noch nicht gelungen, den Energiefluss des „Qi“ zu messen, von dem sämtliche fernöstliche Heilweisen sprechen und den manche Patienten zu spüren glauben. Da es sich um keine ‚Energie‘ im physikalischen Sinne handelt,

sondern um ein angenehmes, leicht kribbelndes Gefühl oder eine spirituelle Vorstellung, die auf subjektiven Erfahrungen beruht, müssten geeignete Messinstrumente bzw. Methoden zu deren Messung gefunden werden.

Es ist notwendig, sich diese gravierenden Unterschiede zwischen den beiden Medizinsystemen bewusst zu machen, und auch bei der Wirksamkeitsprüfung loyal, sachlich und fair vorgehen zu können. Nicht so wie es die Anekdote von Hans-Peter DÜRR (2000) darstellt, die in Ansätzen die Probleme mit der „wissenschaftlichen“ Medizin widerspiegelt:

*Eine Gruppe von wissenschaftlich arbeitenden Fischern fährt mit einem Netz bestimmter Maschenbreite aufs Meer hinaus, um Fische verschiedener Arten zu fangen und dann zu katalogisieren. Von Laien darauf aufmerksam gemacht, dass es noch kleinere Fische gäbe, antworteten sie, dass nur die von ihnen gefangenen Fische die einzig richtigen Fische und kleinere Exemplare keine Fische wären.*

Sinn bzw. Unsinn der Überprüfung zeigt die wissenschaftliche Interpretation des Gedichtes „Über allen Wipfeln ist Ruh“ von Wolfgang Goethe. Das dazu beauftragte Institut für „molekulare Poetik“ schreibt in seinem Gutachten, dass der Buchstabe A im Text 8mal, der Buchstabe B 2mal, der Buchstabe C 3mal usw. vorkommt (vgl. POPP, 2006).

Diese Antwort ist sachlich richtig und jederzeit von jedem reproduzierbar, ja sogar argumentierbar, doch geht sie an der eigentlichen Frage nach dem Inhalt des Gedichts und der Wirkung auf den Leser vorbei und ist als Interpretationsmöglichkeit nicht relevant (vgl. POPP, 2006).

Sagt doch die Wissenschaft: Wer eine Behauptung aufstellt, muss sie auch belegen können. Und erst wenn diese Belege überzeugend sind, werden sie zur Kenntnis genommen und in wissenschaftliche Denkansätze eingebaut.

Ein Physiker weiß jedoch, dass seine Modelle keine dauerhafte Gültigkeit haben und Abweichungen für die weitere Forschung zielführender als Übereinstimmungen sein können. Doch solange keine Gegenbeweise existieren, macht die derzeit gültige Hypothese Sinn und hat somit ihren Wert (vgl. POPP, 2006).

### **2.3.3 Zum Umgang und Einsatz alternativmedizinischer Therapien**

Der erwachsene, moderne Mensch ist selbstverantwortlich und autonom; ihm alleine obliegt es, welche Entscheidungen er im Krankheitsfall trifft. Er kann wählen zwischen einer universitären Medizin, die mit großen Erfolgen im diagnostischen und therapeutischen Bereich aufwarten kann, der kranken Person jedoch nur eine passive und untergeordnete Rolle einräumt, und einer alternativen Medizin, in der der Kranke im Mittelpunkt steht und zur Mitarbeit aufgefordert wird. Häufig kommt es vor, dass sich der Mensch im Falle einer schweren Erkrankung, aufgrund des großen Bedürfnisses nach Zuneigung und Empathie, zusätzlich zur Schulmedizin auch - teilweise voller Hoffnung - der alternativen Medizin zuwendet. Dieses Verhalten zeigt, welchen Stellenwert psychosoziale Faktoren in so genannten Ausnahmesituationen haben. Es ist der Glaube an die Alternativmedizin und die Hoffnung auf Hilfe, die dem von der Schulmedizin als „austherapiert“ geltenden Patienten alleine dadurch zu einer besseren Befindlichkeit verhelfen kann. Dem muss hinzugefügt werden, dass die Schulmedizin lediglich bei einem Drittel aller Krebskranken Heilung im gewünschten Sinne erzielen kann. Die Hälfte der erfolgreich Behandelten erleidet jedoch früher oder später einen Rückfall (vgl. DOLD, 2003).

Daher ist es vorstellbar, dass ein wirksames, konventionelles Therapieverfahren aufgrund starker Nebenwirkungen abgelehnt und stattdessen Hilfe bei der Alternativmedizin mit ihren sanften, nebenwirkungsarmen Methoden gesucht wird. Bezüglich der Wirksamkeit schneidet die Alternativmedizin oft ganz gut ab. Doch darf nicht übersehen werden, dass es keine Wirkung ohne Nebenwirkungen gibt, vor denen auch die sanfte Alternativmedizin nicht gefeit ist.

Gemäß den ethischen Standards gilt sowohl für die Schul- als auch für die Alternativmedizin „das Prinzip des Benefits gegen Non-Malefizien“ (LACKNER, 2004, S. 29). Somit sind alle Heilverfahren, die sich nicht an dieses Prinzip halten, unethisch. Handelt es sich jedoch um harmlose, komplementärmedizinische Methoden, ob rationale oder irrationale, an deren Wirksamkeit die Nutzer glauben, so sind diese vertretbar und ihre Anwendung ist ratsam, solange keine weiteren schulmedizinischen Maßnahmen (Operationen, medikamentöse Therapien etc.) erforderlich sind. Allerdings fällt die Grenzziehung nicht immer leicht, denn bei schweren Erkrankungen ist eine rasch wirkende Therapie von Nöten, die nicht immer den Ansprüchen einer sanften Medizin genügen kann (vgl. LACKNER, 2004).

Auch die Unterscheidung zwischen seriöser und unseriöser Medizin fällt dem medizinischen Laien schwer, der sich leicht dadurch beeinflussen lässt, dass einige der alternativmedizinischen Methoden von Akademikern, ja sogar Ärzten wie z.B. Edward BACH, dem Erfinder der Bach-Blütentherapie, entwickelt wurden. Durch den schulmedizinischen Background des Erfinders erhalten diese Verfahren sogar den Anschein von Wissenschaftlichkeit und genau deshalb würden sie wenige Menschen mit Scharlatanerie in Verbindung bringen. Auch wissenschaftlich, modern und fortschrittlich klingende Namen der alternativen Verfahren (Bioresonanz-Therapie, Rebalancing oder Spagyrik) tragen zur vermeintlichen Seriosität bei (vgl. AHRENS, 2009, [http](http://)), ebenso wie der Einsatz hochwissenschaftlich klingender Begriffe, wie Degranulationstest, bioenergetischer Regulationstest, feinstoffliche Energiefelder, Potenzieren, Tachyonen oder Biophotonen (vgl. MUCH, 2003).

HARSIEBER (1993) unterstreicht, dass schulmedizinische Eingriffe und Handlungen bei akuten Erkrankungen lebensrettende Funktion haben und daher die Domäne der klassischen Medizin sind. Da chronische Erkrankungen sowie Befindlichkeitsstörungen mit teilweise erstaunlichem Erfolg, kosteneffizient und nebenwirkungsarm mit alternativmedizinischen Methoden behandelt werden, macht ihr Einsatz in diesen Fällen durchaus Sinn. Da manchen Heilsweisen auch psychologische Wirkung nachgesagt wird, bedarf es vereinzelt nur eines ‚Rezept‘ (ähnlich Coping-Instrumenten) für den Umgang mit der unerfreulichen Situation, um mit dem Leiden im Alltag besser zurecht zu kommen.

Auch KÖNTOPP (2004) schließt sich dieser Meinung an und beschreibt, dass Behandlungserfolge mit alternativmedizinischen Methoden nicht nur bei chronischen Krankheiten und Befindlichkeitsstörungen, sondern auch in der Rehabilitation gesehen werden. PLATSCH (2007), der auch diese Meinung vertritt, fügt hinzu, dass eine Ausheilung durch komplementärmedizinische Maßnahmen jedoch eine Utopie sei.

Umfrageergebnisse zeigen, dass alternative Therapieverfahren weniger anstelle der Schulmedizin in Anspruch genommen werden, sondern eher als Ergänzung bei Bagatellerkrankungen, Befindlichkeitsstörungen oder auch als psychotherapeutisches Therapie-Angebot bei chronischen Erkrankungen (vgl. MARSTEDT, 2002; vgl. KELNER, 2000).

Nicht unberücksichtigt bleiben sollte die Tatsache, dass eine Vielzahl von unterschiedlichen Erkrankungen von selbst, also ohne medizinische Behandlung, ausheilt. Allerdings nur unter der Voraussetzung, dass das Prinzip der Selbstheilungskräfte, das Regulationssystem des menschlichen Organismus, einwandfrei und ausreichend funktioniert, was bei Schwerkranken (Diabetes, lebensbedrohliche Organerkrankung oder schwere Infektionskrankheiten) oft nicht der Fall ist. Hier hat der kranke Mensch nur durch die Anwendung der Schulmedizin, zu der in solchen Fällen dringend zu raten ist, eine Überlebenschance (vgl. BROCKHAUS, 2008; vgl. HARSIEBER, 1993).

Aber kehren wir noch einmal zu den Befindlichkeitsstörungen, die hier bereits kurz erwähnt wurden, zurück. Auch wenn alle Werte und Befunde vorerst in der Norm sind und der Patient klinisch für gesund befunden wird, ist die Diagnose ‚*Befindlichkeitsstörung*‘ für den Betroffenen unbefriedigend, zumal sein Leidensdruck weiterhin vorhanden ist. Es ist daher verständlich, dass dieser Leidende einen Arzt nach dem anderen aufsucht, in der Hoffnung, in seinem unerfreulichen, belastenden Zustand Verständnis und Hilfe zu bekommen. Doch solange der Patient aus schulmedizinischer Sicht als gesund bzw. nicht krank eingestuft wird, gibt es für den Betroffenen auch keine schulmedizinische Therapie. Erst wenn sich daraus eine sichtbare, manchmal akute Erkrankung entwickelt, kommt die Schulmedizin wieder zur Anwendung, indem sie Symptom bekämpfend agiert. Wird diese akute Erkrankung jedoch ignoriert, kann sich daraus eine chronische entwickeln, bei deren Behandlung der Schulmedizin wieder Grenzen gesetzt sind. Hier zeigt sich, dass bereits subjektive Befindlichkeitsstörungen aus ärztlicher Sicht ernst genommen werden sollten und alternativmedizinisch solange guten Gewissens behandelbar sind, solange sich nicht daraus eindeutige Krankheitsbilder für die vernünftige Anwendung der Schulmedizin entwickeln (vgl. HARSIEBER, 1993). Vorsicht ist dann geboten, wenn sich Patienten mit Befindlichkeitsstörungen oder chronisch Kranke ausschließlich alternativmedizinisch behandeln lassen, da dadurch schwere (Folge)Erkrankungen übersehen werden könnten, wo den Methoden der Alternativmedizin nur unterstützende Funktion zukommen sollte. Die Relevanz bzw. Gefährlichkeit von Krankheit wird in Pyramidenform in Abb. 8.2.8 dargestellt.

Auch ROGNER (2005), PLATSCH (2007) und SCHWEIGER (2005) sind der Auffassung, dass sich die Anwendung komplementär- bzw. alternativmedizinischer Methoden bei Krankheiten mit subjektiven Befindlichkeitsstörungen sowie bei

chronischen Erkrankungen bewährt. HARSIEBER (1993) sieht bei Befindlichkeitsstörungen den Einsatz der Homöopathie als zielführend, da sie auf der psychischen Ebene arbeitet, und zwar mit Stoffen (Globuli, Tropfen), die keine chemische Wirksamkeit haben, sondern „Informationen“ weiterleiten. Dieser Vorgang, so HARSIEBER (1993), kann das Auftreten von möglichen physischen Problemen verhindern.

Patienten, die sich ausschließlich bzw. hauptsächlich alternativmedizinisch behandeln lassen, neigen gerne dazu, Medikamente abzulehnen. Nämlich auch dann, wenn diese wegen ihrer sicheren Wirkung bei einer vorliegenden Erkrankung mehr oder weniger zwingend empfohlen werden (bei akuter Nierenbeckenentzündung oder Lungenentzündung). Diese strikte Ablehnung ist jedoch ebenso schädlich wie der gedankenlose Einsatz von Antibiotika, wodurch eine Schwächung des Immunsystems sowie eine Erhöhung bakterieller Resistenzen hervorgerufen werden kann (vgl. HARSIEBER, 1993).

Für LACKNER (2004) hat der Alternativmediziner die Verpflichtung, seine Patienten umfassend aufzuklären, um sie dann bei der Wahl der Behandlungsmethode unterstützen zu können. Er möge sie auch „gegen Druck, Zwang, Manipulation oder sogar Betrug [zu] schützen“ (LACKNER, 2004, S. 29). Diese Verhaltensweise setzt nicht nur fundierte medizinische Kenntnisse des Alternativmediziners, sondern auch eine uneigennützig, altruistische Persönlichkeit voraus, deren primäres Ziel im Streben nach dem Nutzen für den Patienten besteht.

Zuletzt sei noch angemerkt, dass alternativmedizinische Therapieverfahren vielfach auch ohne gesundheitliche Probleme, d.h. zur Prävention bzw. zur Steigerung des Wohlbefindens in Anspruch genommen werden und in dieser Funktion den Menschen gute Dienste leisten können. Sie dienen mehr der Erhaltung der Gesundheit als der Heilung von Krankheiten und werden als Diagnosemittel von subtilen Störungen, die auf Ungleichgewichte im Organismus hinweisen, erfolgreich eingesetzt (vgl. TRNKA, 2009).

### 2.3.4 Zur offiziellen Anerkennung alternativmedizinischer Therapien

Methoden, die noch vor einigen Jahren als suspekter Außenseiter galten, sind heute von der Gesellschaft hoch akzeptiert. Doch kaum eine nicht konventionelle Methode hat bis dato den Weg bis zur staatlichen Anerkennung geschafft.

1998 wurde die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) als ärztliche Tätigkeit im Sinne von § 2 des Ärztegesetzes *anerkannt*, jedoch ist sie als solche in Österreich noch nicht *zugelassen* (vgl. STEINMASSL-WIRRER, 2002, [http](#)).

Lediglich die Akupunktur als Teilbereich der TCM (macht weniger als 10% der innerhalb der TCM angewandten Methoden aus) erhielt als nicht-schulmedizinisches Therapieverfahren in Österreich trotz einiger kontroverser Studienergebnisse vom Obersten Sanitätsrat im Jahr 1986 die Anerkennung als wirksame Form zur Schmerztherapie. Seit 1991 kann hierzulande auch das anerkannte Ärztekammerdiplom für Akupunktur erworben werden (vgl. NISSEL, 2007, [http](#)). Es sei darauf hingewiesen, dass zur Ausbildung, die mindestens 18 Monate dauert, in Österreich ausschließlich Ärzte oder Medizinstudenten ab dem dritten Studienabschnitt (entspricht in etwa dem achten Semester) zugelassen werden (vgl. AKUPUNKTURAUSBILDUNG, 2007, [http](#)).

Ähnlich ist die Ausbildungssituation in der Homöopathie. Obwohl für sie dieselben Voraussetzungen gelten, und die Ausbildung sogar drei Jahre in Anspruch nimmt, kämpft sie nach wie vor heftig um ihre Anerkennung. Anerkannt wird lediglich der Abschluss der homöopathischen Grundausbildung durch das Ärztekammer-Diplom: Homöopathie (vgl. HOMÖOPATHIE in Österreich, 2009, [http](#)).

An dieser Stelle sei auch kurz auf die im „Lancet“ (älteste medizinische Fachzeitschrift der Welt) veröffentlichten placebokontrollierten Doppelblindstudien verwiesen, die in England in den späten 90er Jahren an Heuschnupfenpatienten durchgeführt wurden und die Wirksamkeit von homöopathischen Hochpotenzen beweisen konnten (vgl. SALLABERGER, 1998, [http](#)). Eine 2005 in dieser Zeitschrift publizierte Studie, die von der Schweizer Regierung zur Evaluierung des medizinischen Nutzens und der therapeutischen Sicherheit in Auftrag gegeben wurde, überraschte die Öffentlichkeit mit einem vernichtenden Urteil für die Homöopathie. Diese schlechten Ergebnisse, die im Widerspruch zu den bereits vorhandenen stehen, konnten jedoch nach eingehender Untersuchung auf statistische Fehler zurückgeführt werden. So kam man letztlich zu dem Schluss, dass

mit der Homöopathie nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung (2006) signifikante Wirkungen über das Placebo-Niveau erzielt werden können und sie als sichere und kostengünstige Intervention eingesetzt werden kann (vgl. DELLMOUR, 2008, [http](#)). Dies zeigt, dass die Homöopathie von vielen Kritikern umgeben ist, die nicht zur Kenntnis nehmen wollen, dass Homöopathie „anders“ wirkt als herkömmliche Medikamente, was wiederum Anerkennung oder Nicht-Anerkennung beeinflusst.

Anders ist die Situation bei den so genannten klassischen Naturheilverfahren, die zu den schulmedizinisch weitgehend anerkannten, wissenschaftlich evaluierten Therapieverfahren zählen. Dazu gehören die fünf Säulen der Kneipp-Therapie (Hydro-, Ernährungs-, Phyto-, Bewegungs- und Ordnungs-Therapie), die Elektro-Therapie, die Neural-Therapie, die Manuelle Therapie, die Chiropraktik, die Mikrobiologische Therapie sowie die Orthomolekulare Therapie und ähnliche (vgl. DORSCHNER, 2004, [http](#)).

Schwierigkeiten bei der staatlichen Anerkennung werden Heilverfahren mit spirituellem und esoterischem Hintergrund, wie Reiki, Steinheilkunde, Aura-Soma-Therapie, Geistheilung und ähnliche haben. Ihre Wirksamkeit ist wissenschaftlich nicht nachweisbar und die Methodik nicht erklärbar. Bei der Ausbildung zu ihrer Anwendung handelt es sich um eine Kurzausbildung von wenigen Tagen, deren Aufwand in keiner Relation zu den vorhin genannten Heilverfahren (Akupunktur oder Homöopathie) steht. Dennoch werden die Menschen trotz des fehlenden Wirksamkeitsnachweises und der kurzen Ausbildungszeit, die zu ihrer Anwendung nötig ist, von der Inanspruchnahme solcher Verfahren nicht abgehalten.

Würde man sich in diesem Bereich selbständig machen wollen, bedarf es lediglich eines Gewerbescheins (freies Gewerbe) ohne Befähigungsnachweis. Theoretisch könnte man beispielsweise sofort nach Absolvierung eines Wochenendkurses in Bach-Blütentherapie oder sogar ohne denselben das „freie Gewerbe der Energetiker“ anmelden und dann gleich sein Glück am Patienten versuchen, der auch dafür zur Kassa gebeten wird (vgl. WKO, 2009, [http](#)).

## 2.4 Zusammenfassende Schlussbetrachtung

Bei genauer Betrachtung lassen sich bei beiden Medizinsystemen deutliche Schwachstellen erkennen. Während es der Alternativmedizin an Wissenschaftlichkeit mangelt, muss sich die wissenschaftlich orientierte Schulmedizin den Vorwurf unzureichender Effizienz und mangelnder Humanität gefallen lassen. Die Frage nach der mangelnden Humanität der Schulmedizin ist rasch mit dem Mangel an Zeit und der großen Zahl an Patienten, mit denen der Arzt konfrontiert ist, sowie mit seiner Funktion, die auf manche Menschen autoritär und Angst auslösend wirkt, beantwortet. Weshalb die Alternativmedizin wenig bis keine wissenschaftlichen Untersuchungsergebnisse vorweisen kann, hat Gründe, auf die bereits genauer eingegangen worden ist.

Es stellt sich nur die Frage, ob es überhaupt zweckmäßig ist, hier dermaßen stark auf den Wert der Wissenschaftlichkeit zu pochen, um auch auf Akzeptanz von Seiten der universitären Medizin und damit der in die Zahlungspflicht genommenen politischen Entscheidungsträger zu stoßen. Würden nun sämtliche alternativmedizinischen Therapieverfahren den vorgegebenen wissenschaftlichen Kriterien standhalten können, müssten sie in Folge auch einen Platz im konventionellen Medizinsystem bekommen. Das würde bedeuten, dass die vormals alternativen Methoden nach ihrer Überprüfung denselben Stellenwert wie die schulmedizinischen Verfahrensweisen einnehmen würden. Es ist zu bezweifeln, dass dies die Schulmedizin wirklich anstrebt, da sie somit mehrere „gleichwertige“ Konkurrenten hätte, die bekanntermaßen nach völlig anderen Gesichtspunkten als die Schulmedizin arbeiten. Daraus ergibt sich die Frage nach dem Sinn der Überprüfbarkeit, der von Seiten der Schulmedizin fast ausschließlich in der Überprüfung der Wissenschaftlichkeit zu liegen scheint.

Dass nur wenige alternative Methoden den klinischen Wirksamkeitsnachweis erbringen konnten, könnte auf zweierlei Art und Weisen ausgelegt werden. - Die von der Alternativmedizin angewandten Methoden sind einfach gemäß der Schulmedizin nicht wissenschaftlich oder nur mit den derzeit gültigen wissenschaftlichen Verfahrensweisen nicht erklärbar. Es ist daher zu hinterfragen, ob diese angewandten empirischen Methoden für die Überprüfung alternativmedizinischer Therapieverfahren überhaupt geeignet sind.

Ob wissenschaftlich oder nicht, so KELNER (2000), auch die Bestätigung, dass es sich bei (einzelnen) alternativmedizinischen Therapieverfahren um keine sicheren

und zuverlässigen Therapien handelt, würde manche Nutzer nicht davon abhalten, sie weiterhin in Anspruch zu nehmen. Auch eine Zulassung bzw. Anerkennung einer alternativmedizinischen Methode hat auf das Verhalten des Nutzers keinen Einfluss. Folglich sind es andere Elemente, die hier wirken. Interessanterweise haben vereinzelt auch Schulmediziner alternative Therapieverfahren in ihren ärztlichen Alltag integriert. Ob sie dies aus reiner Überzeugung, unabhängig davon, ob wissenschaftlich oder nicht wissenschaftlich, tun, oder ob hier (auch) wirtschaftliche Faktoren mitspielen, lässt sich nur hypothetisch beantworten.

Für ihre Nutzer besteht jedenfalls die Schwierigkeit herauszufinden, welche Methode aus welchem Medizinsystem wann bzw. unter welchen Umständen am besten eingesetzt werden sollte (vgl. KELNER, 2000), zumal es manche alternativmedizinische Therapeuten perfekt beherrschen, sich als „ultimative Heiler mit göttlichem Auftrag“ zu verkaufen und alle Krankheiten, auch ohne fundierte Ausbildung, heilen zu können.

Abschließend eine Gegenüberstellung von Schulmedizin und Alternativmedizin, in der hier zusammengefasst auf wesentliche Unterschiede aufmerksam gemacht wird, ohne eine Wertung vorzunehmen.

Der analytisch-dissoziierenden Schulmedizin mit reduktionistischem Denkansatz (Ursache-Wirkungs-Prinzip) steht die nach den Kriterien der Ganzheitlichkeit arbeitende Alternativmedizin (integral) gegenüber. Die korrektiv bzw. substitutiv agierende Schulmedizin bedient sich zur Befunderhebung zumeist technischer Apparate (z.B. Röntgen, Magnetresonanz oder Ultraschall), während die regulierende Alternativmedizin, die auf der Basis des Reiz-Reaktionsmechanismus arbeitet, fast zur Gänze darauf verzichtet (Ausnahme z.B. Bioresonanz-Therapie). Die Verfahrensweisen der Alternativmedizin können als sanft und human bezeichnet werden. Die der Schulmedizin, welche zur Therapie verschiedene pharmazeutische Heilmittel einsetzt, haben den Ruf chemisch bzw. „toxisch“ zu wirken (vgl. MARKTL, 2004). LACKNER (2004) beschreibt, dass der Technik des Behandelns in der Schulmedizin die Kunst des Heilens in der Alternativmedizin gegenüber steht. Hier kommen die ausschließliche Orientierung der Schulmedizin zur Naturwissenschaft und die der Alternativmedizin sowohl zur Natur- als auch zur Geisteswissenschaft zum Ausdruck. Der Schulmedizin, die nach etablierten und konventionellen Methoden vorgeht, steht die Alternativmedizin mit ihren vorwiegend tradierten Methoden, deren Wirksamkeit nicht nachweisbar ist, gegenüber (als Grundlagen

dienen anekdotische Berichte). Weitere Kriterien für die Unterscheidung medizinischer Richtungen finden sich tabellarisch dargestellt im Anhang (siehe Abb. 8.2.7).

LACKNER (2004) stellt fest, dass es keine rationalen Gründe dafür gibt, ein Medizinsystem dem anderen vorzuziehen: es obliegt dem Menschen selbst, die für ihn passende Entscheidung hinsichtlich der Behandlungsmethode zu treffen. Die Patienten sind jedoch vor Irrtümern oder Fehlbehandlungen durch die Alternativmediziner nicht gefeit und kaum geschützt. Während der Schulmediziner für so genannte Kunstfehler Schadenersatzzahlungen leisten muss, wird der Alternativmediziner kaum dazu verurteilt und die Chance Ersatzleistungen für Behandlungsfehler zu bekommen, ist daher für den Patienten sehr gering.

Die steigende Nachfrage nach alternativmedizinischen Behandlungsmethoden wirft jedoch die Frage auf, ob sie tatsächlich nur als Alternative bzw. Zusatz zur Schulmedizin in Anspruch genommen werden (medizinische Funktion), oder ob die Alternativmedizin, die teilweise auf einem gänzlich anderen Wissenschaftsverständnis beruht, für die Menschen des 21. Jahrhunderts auch andere Funktionen ausübt. Ein Paradigmenwechsel in der Medizin ist unumgänglich - oder hat er bereits stattgefunden? Das nächste Kapitel widmet sich dieser Thematik und versucht eine Antwort darauf zu geben.

### **3. Medizin als Spiegelbild unserer Zeit**

Ist die Medizin noch zu retten? Die Schulmedizin ist nicht perfekt und vielfach überfordert. Doch kann sie auf millionenfache spektakuläre Heilungserfolge infolge von medikamentösen Therapien, chirurgischen Eingriffen, Organtransplantationen und dergleichen zurückblicken und zeigt weiterhin Engagement und Kompetenz bei neuen Erkrankungen, die aufgrund des raschen Wandels der Gesellschaft entstehen und sich ihr anpassen.

Der moderne Mensch sucht jedoch häufig sein Heil in der „sanften Medizin“, bei Naturheilern, Heilpraktikern oder Homöopathen und in manchen Fällen auch bei Geistheilern und Scharlatanen, die zumeist selbst von der Unwirksamkeit ihrer

angewendeten Methode überzeugt sind, dem Patienten jedoch anderes vermitteln. Bei allem Respekt vor dem, was die konventionelle Medizin insbesondere in den letzten Jahrzehnten im Bereich der Diagnostik und Therapie erreicht hat, sind wir gezwungen, die neuen Bewegungen in der Medizin zu sehen, die Ursachen der Attraktivität ihrer Anwendung zu hinterfragen und einen möglichen Paradigmenwechsel anzuerkennen. Wie ein Paradigmenwechsel zustande kommt, welche Problematik dahinter steckt und inwiefern dabei auch die Gesellschaft eine Rolle spielt, wird im folgenden Abschnitt erörtert.

### **3.1 Paradigmenwechsel in der Medizin**

Der Wandel von einem mechanistischen Weltbild der Gesellschaft und ihrer Mitglieder als einer Maschine zu einem ganzheitlichen, biopsychosozialen Weltbild schien bereits Mitte der 80er Jahre angesagt. Man hatte die Vorstellung, dass der Organismus des Menschen wie ein perfektes Uhrwerk funktionieren müsse und den Glauben, dass auch das Gesundheitswesen einer gewaltigen Maschine vergleichbar wäre. Eine Krankheit wurde als eine Maschinenstörung angesehen, entstanden gleichsam durch verstopfte Gefäße oder verursacht durch defekte Pumpen (vgl. HUBER, 2001, [http](#)).

Die Meinung, dass nur das Drehen an einer Schraube Veränderungen am Menschen hervorrufe, kann jedoch nicht mehr vertreten werden. Es ist die Psyche des Menschen, die im Krankheitsfall eine nicht unbedeutende Rolle spielt. Mancherorts zeigt sich bereits, dass die seelische Befindlichkeit im Körper des Menschen wieder mehr Berücksichtigung bei der Diagnoseerstellung und im therapeutischen Entscheidungsprozess findet (vgl. UNGER, 2007). Der Arzt von morgen ist daher nicht mehr mit einem Ingenieur vergleichbar, der Defekte erkennt und repariert, sondern wird als verlässlicher Partner im Umgang mit Gesundheit und Krankheit gesehen. Ein Paradigmenwechsel scheint bereits voll im Gang zu sein, geht aber nie völlig problemlos vonstatten. Über die Begriffsdefinition und die Beschreibung des Wesens und der Entwicklung eines Paradigmas wird zum Vorgang eines Paradigmenwechsels hingeführt.

### **3.1.1 Der Begriff Paradigma**

Der Begriff „Paradigma“ wurde zu einem modernen Schlagwort und wird heute inflationär verwendet. In den unterschiedlichsten Bereichen wird dieser Begriff, der von Thomas Kuhn, einem bekannten Professor für Wissenschaftstheorie und -geschichte, geprägt wurde, verwendet. Er versteht darunter ein vorherrschendes Denkmuster in einer bestimmten Zeit bzw. „allgemein anerkannte wissenschaftliche Leistungen, die für eine gewisse Zeit einer Gemeinschaft von Fachleuten maßgebende Probleme und Lösungen liefern“ (JENS, 1990, S. 833). Anhand einer neuen Darstellung der Wissenschaftsgeschichte versuchte er nachzuweisen, dass Entwicklungsfortschritte in den diversen Wissenschaftsgebieten in Abhängigkeit von den jeweils herrschenden Paradigmen stehen, weshalb die wissenschaftliche Entwicklung nicht logisch zu erklären ist (vgl. KUHN, 1976).

UNGER (2007) beschreibt ein wissenschaftliches Paradigma als eine Denkweise bzw. verbindliche Art der Problembetrachtung, -beschreibung und -lösung, und ist der Ansicht, dass Interdisziplinarität zur Schaffung eines medizinischen Paradigmas notwendig ist. Weiters bemerkt er, dass der modernen Medizin ein verbindliches Paradigma sowie eine klare Aufgabenstellung fehlen.

Um den Begriff „Paradigmenwechsel“ nicht zu überstrapazieren, sei betont, dass nicht jede Veränderung und Anpassung der Medizin an die moderne Gesellschaft als Paradigmenwechsel gesehen, sondern manche auch als Modeerscheinung, Trend oder vorübergehende Entwicklung betrachtet werden können.

### **3.1.2 Das Wesen eines Paradigmas**

Paradigmen sind einem stetigen Wandel unterworfen und von unterschiedlicher Dauer bzw. Halbwertszeit. Sofern ein Paradigma etabliert ist und weitgehend Anerkennung gefunden hat, wird es nicht sofort von neuen Entdeckungen oder Entwicklungen überholt, sondern seine aktuelle Aufgabe besteht im Lösen von Problemen, die aus ihm selbst hervorgehen. Eine mögliche Frage aus dem medizinischen Bereich wäre beispielsweise die nach einem nebenwirkungsärmeren Antibiotikum oder Anti-Histaminikum. Das Hinterfragen von alten und auch neuen Techniken und Methoden sollte stets Gegenstand der modernen Medizin sein, um besseren, erprobten Verfahrensweisen den Weg in den medizinischen Tätigkeitsbereich nicht zu versperren (vgl. UNGER, 2007).

Das von KUHN (1976) entwickelte Konzept des Paradigmas bezieht sich auf die klassischen Naturwissenschaften, wie Physik und Chemie, die Modelle für beobachtbare Prozesse entwickeln. Ein gänzlich anderes Bild zeigt sich in der Medizin, der es nicht primär auf die Beschreibung eines Zustandes ankommt, sondern die vielmehr nach der Änderung eines Zustandes trachtet. Während in der Astronomie die jahrelange Beobachtung der Gestirne möglich und auch sinnvoll ist, ist die Zustandsbeobachtung ohne Eingriff in die Medizin eher die Ausnahme als die Regel, außer es handelt sich um wissenschaftliche Studien mit langjährigem Beobachtungszeitraum, wie dies etwa die bekannte ‚Framingham Studie‘ ist, die seit 1948 den Einfluss kardiovaskulärer Herzerkrankungen untersucht. Aus diesem Vergleich geht hervor, dass die Medizin andere wissenschaftliche Strategien braucht als die klassischen Naturwissenschaften, obwohl die Grundlagenwissenschaften der Medizin dem naturwissenschaftlichen Paradigma entsprechen und in erheblichem Maße zu einem besseren Verständnis des menschlichen Körpers beigetragen haben. RORTY (1993) verweist darauf, dass Paradigmen nicht immer rational erklärbar sind. Die gegenwärtigen Paradigmen sind selten effizienter und erfolgreicher in der Problemlösung als die vergangenen und genau aus diesem Grund wurde diese Position eingenommen. Nicht unberücksichtigt dürfen ihre gesellschaftliche und kulturelle Prägung, ihre religiösen Einflüsse sowie ihre Wandelbarkeit bleiben. Wenn es bei dieser Bewertung jedoch ausschließlich um theoretische Untermauerung wissenschaftlicher Fakten gehen sollte, so können weder simple Fakten noch neutrale Beobachter einbezogen werden. Selbstverständlich existieren Kriterien, an Hand derer man sich bei der Beurteilung von Paradigmen, die inkommensurabel sein können, bedient (vgl. WIESING, 2004).

UNGER (2007) ist der Ansicht, dass ein Paradigma auch unterstützend bei der Lebensbewältigung sein kann, solange der Mensch als Subjekt im Zentrum des Interesses bleibt. Wird es von einem neuen abgelöst, dann ist vorerst eine Mischung aus beiden paradigmatischen Ansätzen zu beobachten.

Der „normalen“ Wissenschaft geht es um Erkenntnisgewinn durch Experimente und empirische Untersuchungen, die teilweise mithilfe von technischen Geräten bzw. Apparaten durchgeführt werden. Diese verlangen im Prozess ihres Ablaufes nach Informationsgenauigkeit und Exaktheit und können daher in ihren Forschungsmethoden und -ergebnissen als unflexibel betrachtet werden (vgl. KUHN, 1976). Die Wissenschaft hat aber auch die Verpflichtung, gesellschaftspolitische

Strukturen und Entwicklungen in ihre Überlegungen und Vorgangsweisen einzubeziehen (vgl. WEIZSÄCKER, 1980).

Nicht nur die Wissenschaft selbst, sondern auch die Reflexion über sie stellen Interessensgebiete der Forscher dar. Grundsätzlich gilt jedoch, dass die ‚normale‘ Wissenschaft eine bestimmte Bindung an ein Paradigma voraussetzt. Hinzu kommt, dass sich der Blick der Forscher durch einen Paradigmenwechsel ändert und diese plötzlich anders oder anderes sehen (vgl. KUHN, 1976). Selbstverständlich ist hier entscheidend, was bzw. welcher Bereich betrachtet werden will bzw. worauf man zu sehen und zu achten gelernt hat. Eine Wahrnehmungsverschiebung, also eine Verschiebung der Sehweise im Rahmen eines Paradigmenwechsels kann die logische Folge sein. Es stellt sich nur die Frage, wodurch dieser Wandel des Sehens eingeleitet wird und ob mehrere Wissenschaftler bei der Betrachtung eines Objektes tatsächlich Verschiedenes ‚sahen‘.

Für KUHN (1976) hat ein Paradigmenwechsel revolutionären Charakter, obwohl die damit einhergegangene Veränderung weder revolutionär erscheinen noch besondere Merkmale aufweisen muss. Wissenschaftliche Revolutionen sollten jedoch von gesellschaftlichem Nutzen und Wert sein.

### **3.1.3 Die Entwicklung eines Paradigmas**

Paradigmen entstehen nicht von heute auf morgen, sondern durchlaufen einen gewissen Entwicklungsprozess. Zudem werden sie von der Gesellschaft und nicht von einzelnen Individuen getragen. Es ist auch nicht ratsam, an Paradigmen allzu lange festzuhalten. Eine die Entwicklung der Medizin hemmende Innovationsstarre wäre die Folge (vgl. UNGER, 2007).

KUHN (1976, S. 79) bekundet, dass „in den Wissenschaften Faktum und Theorie, Entdeckung und Erfindung nicht grundsätzlich und dauerhaft verschieden sind“, sondern dass z.B. veraltete Theorien durch neue abgelöst werden. Für gewöhnlich ist eine neue wissenschaftliche Theorie auch besser als ihre Vorläufer. Doch mit jedem gelösten wissenschaftlichen Problem, so MITTELSTRASS (2001), entstehen neue Probleme, genauso wie jede beantwortete Frage weitere Fragen aufwirft.

Den Beginn einer Krise sieht KUHN (1976) daran, dass ein Paradigma sich aufzulösen beginnt und auch die Regeln für die normale Forschung eine gewisse Auflockerung erfahren.

Während dieses Prozesses können auch Überlappungen auftreten, ehe eine vollständige Übernahme durch das neue Phänomen stattgefunden hat. Durch die Darstellung neuer Phänomene und Theorien wird eine Verschiebung bzw. ein Abbau des derzeit herrschenden Paradigmas in Gang gesetzt. Damit wird deutlich, dass erst mit dem Beginn des Auftretens neuer Phänomene, dem die Aufstellung von Theorien folgt, eine Entwicklung eingeleitet wird, die zumeist mit einem Paradigmenwechsel einhergeht. Probleme können nur unter der Voraussetzung, dass dazu bereits neue Theorien und Regeln aufgestellt wurden, gelöst werden (vgl. KUHN, 1976).

Vor dem Übergang von der vor- zur nachparadigmatischen Periode finden mehrere Dispute einzelner Schulen um die Vorherrschaft über einen bestimmten Bereich statt. Mit diesem Übergang zur Reife können Änderungen an der Form des Paradigmas erkannt werden. Bevor es aber zu Modifizierungen am „Gegenstand“ selbst kommt, finden Diskussionen unter Fachexperten statt (vgl. KUHN, 1976). Handelt es sich um zwei konkurrierende Paradigmen, wie wir im vorliegenden Fall bei beiden Medizinsystemen sehen, dann können diese mit der „Wahl zwischen unvereinbaren Lebensweisen der Gemeinschaft“ verglichen werden (KUHN, 1976, S. 106). Damit wird deutlich, dass die Entscheidung für bzw. gegen ein Paradigma einzig und allein von der Gesellschaft getragen wird. Dieses Paradigma muss sich auch nicht zerstörend auf vorherige wissenschaftliche Kenntnisse und Entwicklungen auswirken. Alleine der Umstand, dass im Rahmen eines Forschungsprozesses Erkenntnisse oder Ergebnisse nicht den Erwartungen und Zielvorstellungen entsprechen, hilft der Wissenschaft weiter. Sie wird also gezwungen, einen anderen als den gewählten Weg einzuschlagen, um erfolgreich zu sein bzw. um Akzeptanz und Anerkennung in der Öffentlichkeit zu finden. Der technische Fortschritt im Bereich der Computertechnologie (Nanotechnologie) brachte auch der Medizin ungeahnte Erfolge und gab ihr in den letzten Jahren Einblick in wenig oder sogar völlig neue, unerforschte Gebiete.

Es sind nicht nur neue Entdeckungen (z.B. Penicillin, Röntgenstrahlen, Antibabypille), die zu einem Paradigmenwechsel führen oder geführt hatten, sondern auch die Erweiterung bestehender Kenntnisse, die mehr oder weniger große Verschiebungen bzw. ein Umdenken einleitet. Dass nicht ausschließlich wissenschaftliche

Errungenschaften und Erkenntnisse zu einem Paradigmenwechsel führen, sondern auch das Interesse an nicht wissenschaftlichen Erkenntnissen bzw. Denksystemen, zeigt die Hinwendung zu und die Attraktivität von wissenschaftlich nicht belegbaren Prinzipien und in der Folge zu daraus resultierenden alternativmedizinischen Behandlungsmethoden.

In naturwissenschaftlichen Bereichen kann oft ein ganz plötzlicher Paradigmenwechsel stattfinden, der aufgrund neuer Ergebnisse bzw. neuer Erkenntnisse – fast über Nacht – entsteht, ähnlich einer wissenschaftlichen Revolution (vgl. KUHN, 1976). Allein die Entdeckung eines neuen, unerwarteten Phänomens kann schon revolutionären Charakter zeigen (vgl. KUHN, 1976), wie dies auch aus der Medizin bekannt ist (Entdeckung des Penicillins).

STULZ (2006) behauptet, dass es sich bei einem Paradigmenwechsel um keinen einfachen Prozess handelt, sondern um Wirkungen verschiedener Kräfte aus unterschiedlichen Bereichen, die alte Denkansätze umstoßen und weit reichende Wirkungen hervorrufen. Man denke an den kopernikanischen Heliozentrismus, demzufolge sich die Erde um die Sonne dreht und nicht umgekehrt wie Ptolemäus einige Jahrhunderte zuvor angenommen hatte und mit ihm die weltliche und geistliche Macht.

Auch der wachsende Einfluss außereuropäischer medizinischer Heilsweisen spielt bei der Entwicklung eines neuen Paradigmas eine nicht unwesentliche Rolle. Genannt werden dürfen die Traditionelle Chinesische Medizin, die indische Ayurvedamedizin sowie weitere ethno-medizinische Praktiken, deren Methoden auf dem Konzept der Selbstheilung - verbunden mit dem der Lebensenergien - aufgebaut sind. Der Unterschied zur modernen westlichen Schulmedizin liegt darin, dass diese wahrscheinlich als einzige seit einigen Jahrhunderten ohne solch ein spirituell geprägtes Konzept der Lebensenergien auskommt. Hier öffnet sich die Frage, ob für den Menschen wahrnehmbare Phänomene *messbar* sein müssen, um wissenschaftlich anerkannt zu werden. Die Einbeziehung von Wissen anderer Kulturen über Gesundheit und Heilen kann einerseits zur Erweiterung des Wissens der westlichen Medizin dienen, andererseits besteht aber auch die Gefahr der Ausbeutung außereuropäischer Heilsysteme (vgl. BISCHOF, 2000).

### 3.2 Das Paradigma zwischen Medizin und Gesellschaft

Während im Mittelalter Krankheit als Strafe Gottes betrachtet wurde und Zweifel an Gott geradezu ketzerisch war (vgl. SCHWEIGER, 2003), würde man heute die Psyche des Menschen als wesentlichen Bestandteil des medizinisch-wissenschaftlichen Paradigmas anerkennen, die jedoch als nicht wahrnehmbares Konzept den Nachteil der Nicht-Standardisierung hat (vgl. IVANOVAS, 2001).

Aufgrund des naturwissenschaftlichen Ansatzes verliert die menschliche Seele zunehmend an Relevanz oder wird als ‚Objekt‘ wissenschaftlicher Überlegungen betrachtet, was auf die Konzentration auf das Messen und Zählen zurückgeführt werden kann, so UNGER (2007).

IVANOVAS (2001) sieht in der Medizin zwei paradigmatisch verschiedene Herangehensweisen, die er als linear und systematisch bezeichnet. Während die lineare Betrachtungsweise, auf die sich die klassische Medizin stützt, für die standardisierte Beobachtung von Krankheit eingesetzt wird („Generalisieren“), wird bei der systematischen Betrachtungsweise die Symptomatik im Gesamtkontext betrachtet („Individualisieren“).

Die Aufgabe der Wissenschaft besteht darin, eine Lösung zu finden, bei der weder die wissenschaftliche Medizin noch die alternativmedizinischen Heilsweisen diskreditiert werden, sondern beide in einem neuen Konzept, sei es gemeinsam oder einzeln verpackt, zu finden sind. Es ist einerseits im Interesse der Wissenschaft, eine gewisse Wartezeit in Kauf zu nehmen, bis eine befriedigende Lösung für die vorhandenen Anliegen der Gesellschaft vorliegt. Andererseits, so KUHN (1976), wird man durch eine zu detaillierte Untersuchung seltener zu einem abschließenden Ergebnis kommen, an dem nicht nur die Wissenschaft selbst, sondern auch die Wirtschaft und die Politik Interesse haben. MITTELSTRASS (2001) bemerkt, dass nicht die Wissenschaft die Gesellschaft orientiert, sondern umgekehrt, die Gesellschaft Einfluss auf die Wissenschaft ausübt.

Man kann aber als Wissenschaftler nichts falsch machen, so POPP (2006), wenn man unermüdlich daran arbeitet, vermutete Gesetzmäßigkeiten zu belegen, um aufgestellte Hypothesen verstehen zu können. Auf diese Art und Weise kann sich auch ein Paradigmenwechsel durchsetzen.

### 3.2.1 Wandel von Medizin oder Gesellschaft?

Mit der ständigen Weiterentwicklung der Medizin im 18. Jahrhundert und dem Herannahen eines einzelwissenschaftlichen Erkenntnisprozesses wurde auch eine veränderte Denkweise beobachtet. Nicht mehr das Wesen der Dinge, sondern einzelne Wirkungsabläufe standen im Mittelpunkt des Interesses, was der Medizin eine entscheidende Strukturveränderung brachte. Vergleicht man die Medizin des 18. mit der des 21. Jahrhunderts, so sind wenige Ähnlichkeiten zu erkennen, da heutzutage vom Arzt zunehmend mehr Wissen verlangt wird. Es werden nicht nur fachspezifische, sondern auch psychologische, soziale, ethische, religiöse sowie politische Kenntnisse vorausgesetzt werden, um den Anforderungen der Gesellschaft gerecht werden zu können (vgl. WAGNER, 1984).

Mit der Industrialisierung gelangte die Gesundheit zu einem höheren Stellenwert, da die Arbeiter als produktive Wesen zur Steigerung des nationalen Reichtums und Wohlstandes beitrugen und ihr Ausfall durch Krankheit wirtschaftliche Verluste einbrachte. Isolierkrankenhäuser für Pestkranke sowie Mütterheime für unverheiratete Schwangere zeigten das Interesse bzw. die Verpflichtung des Staates, einen Beitrag zur nationalen Gesundheitspolitik zu leisten. Weiters wurde der Einfluss sozialpolitischer Bedingungen auf Gesundheit und Krankheit zur Kenntnis genommen und wissenschaftlichen Untersuchungen unterzogen. Nicht nur medizinische sondern auch soziale Faktoren galten als wesentlich bei der Bekämpfung von Krankheiten bzw. bei der Förderung von Gesundheit (vgl. WAGNER, 1984). ‚Armut‘ wurde als soziale Krankheit diagnostiziert, womit der Einfluss sozialer Verhältnisse festgemacht wurde.

Bezug nehmend auf die Situation der zukünftigen Ärzte wird beobachtet, dass diese ihr Studium mit der Motivation beginnen, primär Menschen mit ihren Leiden helfen zu können, in der alltäglichen medizinischen Praxis aber schnell eines Besseren belehrt werden. Der Verwaltungsaufwand hat in den letzten Jahren immens zugenommen und nimmt einen großen Teil des ärztlichen Handelns ein, was auf Kosten der Patienten geht, zumal ihnen dadurch weniger Aufmerksamkeit in Form von Zeit geschenkt werden kann. Der Großteil der Ärzte ist jedoch bemüht, den Patienten zu helfen und ihnen trotz der derzeitigen schwierigen Bedingungen unseres Gesundheitssystems, welches mehr an der Kostenminimierung als an der Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung interessiert ist, ein Optimum an

medizinischer Betreuung zu bieten. Der Grund für diese Entwicklung liegt in den extrem hohen finanziellen Belastungen des Gesundheitssystems, die in den letzten Jahrzehnten zu einer wahren Kostenexplosion verbunden mit einer Verknappung der Ressourcen geführt haben, und eine Ökonomisierung der Medizin unvermeidbar machten.

Für PLATSCH (2007) ist jedoch ein Mindestmaß an Zeit für den Patienten notwendig, um ihn in seiner Gesamtheit als physisches, psychisches und soziales Lebewesen erfassen zu können, und um dann die geeigneten, Erfolg versprechenden Therapieschritte anordnen zu können. Es ist daher nicht verwunderlich, wenn Ärzte, besonders Jungärzte desillusioniert sind und sich mit ihrer Arbeit nicht identifizieren können. Er betont die Unzufriedenheit der Menschen mit der so genannten „Apparatemedizin“. LUCADOU (2001, [http](http://)) fügt dem hinzu, dass die Menschen über die Apparate der High-Tech-Medizin schimpfen und gleichzeitig davon fasziniert sind, weil vor ihren Augen etwas passiert. Lämpchen blinken, Geräusche sind zu hören und die Auswertung findet vor Ort statt. Man könnte sagen: *Ut aliquid fieri videatur*. (Damit es aussieht, als geschehe etwas.) Da jedoch manche Patienten Angst vor apparativen Diagnoseverfahren haben und gelegentlich auch aus diesem Grund die Arztpraxen meiden, fühlen sich Hypochonder durch die aufwändigen, apparativen Verfahren bestens betreut. Der Großteil der Ärzte schätzt den Einsatz medizintechnischer Apparate, der ihnen eine gewisse Sicherheit bei der Diagnoseerstellung gibt, obwohl auch hier Fehlinterpretationen möglich sind. Dennoch steigt die Tendenz der Chirurgen und Orthopäden, alles zu röntgen und zu tomographieren, was einerseits auf unsicheres, apparategläubiges Verhalten hinweist, andererseits das Bedürfnis des Arztes, sich juristisch abzusichern, widerspiegelt (vgl. STÖHR, 2001). STÖHR (2001) spricht in diesem Zusammenhang sogar von Denkfaulheit bei der Analyse von Krankheitssymptomen und einem Mangel an dafür nötigen psychologischen und auch psychosomatischen Kenntnissen sowie von fehlender Geduld der behandelnden Ärzte. Dieser Einwand berücksichtigt aber nicht den Umstand, dass die hier kritisierten, hoch technischen Methoden fast immer auf andere Weise nicht zu gewinnende Aufschlüsse erbringen.

Bei kritisch-rationaler Betrachtung wird verständlich, dass für den kranken Menschen nur eine Weiterentwicklung diagnostischer, chirurgischer und therapeutischer Methoden Vorteile bringen kann, insbesondere dann, wenn er unter schweren akuten

oder auch chronischen Erkrankungen leidet. Eine intensive Auseinandersetzung mit der Psyche des kranken Menschen alleine kann nicht zur Heilung auf medizinischer Ebene beitragen. So sind zwar die großen Errungenschaften im Bereich der Nuklear- und Transplantationschirurgie ein grandioser Erfolg, den man zu schätzen weiß, wenn man gezwungener Maßen davon Gebrauch machen muss. Da der Mensch gerne dazu neigt, das was er hat, nämlich Gesundheit, nicht bedingungslos zu schätzen, ist ihm dieser Fortschritt bei guter physischer und psychischer Verfassung möglicherweise nicht vollkommen bewusst. Er sucht immer nach dem, was ihm (noch) fehlt, ohne Einsatz rationalen Denkens, was an der wachsenden Beliebtheit der Alternativmedizin zu sehen ist.

Die Frauengesundheitsbewegung in den 80er Jahren, die die Unzufriedenheit mit der orthodoxen Medizin aufgezeigt hatte und durch die der Ruf nach einer ganzheitlichen Perspektive laut wurde, machte die Öffentlichkeit auf die Alternativmedizin aufmerksam (vgl. KELNER, 2000). Dieses ‚Hilfesuchen‘ der Gesellschaft in unkonventionellen Heilverfahren zeigt, dass sich die Medizin in einer krisenähnlichen Situation befindet, aus der sie schwer herausfinden wird, sofern sie den Schwerpunkt ausschließlich auf die Wissenschaft setzt und den Patienten weiterhin jene Werte vorenthält, welche die Alternativmedizin so anziehend macht und aus denen jene größtenteils ihre Existenzberechtigung herleiten.

Bei alledem ist das große Interesse der Gesellschaft an der Komplementär- bzw. Alternativmedizin ernst zu nehmen. Es sind daraus Schlüsse zu ziehen und die Ergebnisse bei weiteren Entscheidungsprozessen zu berücksichtigen. Daraus geht die Frage nach der gegenseitigen Abhängigkeit von Wissenschaft und Gesellschaft hervor. In gewisser Weise zeigt die Gesellschaft eine Abhängigkeit von den Wissenschaftlern, von denen sie sich einerseits stetigen Fortschritt, andererseits auch das Eingehen auf ihre Bedürfnisse und Wünsche erwartet. Wissenschaftliches Arbeiten setzt aber auch das Beachten grundlegender ethischer Regeln voraus, damit Erfolge nicht durch berechtigte Kritik geschmälert werden, was beispielsweise bei Tierexperimenten im Rahmen der Entwicklung und Forschung von Arzneimitteln beobachtet werden kann.

### 3.2.2 Die Problematik eines Paradigmenwechsels

Das Interesse der Wissenschaft am Paradigmenwechsel ist von zentraler Bedeutung, da diese Veränderung zumeist Fortschrittscharakter hat und eine veraltete bzw. nicht mehr zeitgemäße Theorie ablöst (vgl. KUHN, 1976). Damit verhilft sie der Medizin und in weiterer Folge der Gesellschaft und ihrem Land zu größerem Ansehen. Man denke beispielsweise an die Erfindung der Röntgenstrahlen von Wilhelm Conrad RÖNTGEN (1845-1923) im Jahr 1896, dem es mittels bildgebender Verfahrenstechnik mit einem Schlag gelang, eine dem Auge bis dahin noch verborgene Strukturen des menschlichen Körpers sichtbar zu machen, und damit ein neues Zeitalter für die Medizin einzuleiten. Dieses Beispiel zeigt, dass mit der Entwicklung eines neuen Paradigmas Grundlage und Forschungsimpulse für die Arbeit mehrerer Generationen von Forschern und Ärzten an der Verbesserung der diagnostischen Möglichkeiten und der Weiterentwicklung bildgebender Verfahren insgesamt vorgegeben werden kann.

KUHN (1976, S. 90) sieht eine Krise als „notwendige Voraussetzung für das Auftauchen neuer Theorien“, auf die entsprechend reagiert werden muss. Er weist weiter darauf hin, dass die neu erstellte Theorie den Platz der alten Theorie übernehmen kann, wenn deren Paradigma ihren Stellenwert verliert und von der Wissenschaft bzw. der Gesellschaft als überholt angesehen wird. Wird ein altes Paradigma abgelehnt, dann muss bereits ein neues, erprobtes Paradigma vorhanden sein, zu dem (auf direktem Wege) übergegangen werden kann, um nicht „paradigmenlos“ zu sein. Teilweise handelt es sich nur um Modifizierungen der alten, veralteten Theorie, die als Neue gepriesen wird. Mittels Verifikation, so KUHN (1976), wird die überlebensfähigste unter den gegebenen Möglichkeiten, angepasst an die jeweilige geschichtliche und kulturelle Situation, ausgewählt.

Für Sir Karl POPPER (1959) existieren keine Verifikationen, nur Falsifikationen, d.h. Prüfungen, die aufgrund negativer Ergebnisse die Ablehnung einer etablierten Theorie erforderlich machen. Für KUHN (1976) steht fest, dass weder die eine noch die andere Theorie in der Lage ist, alle gegenwärtigen Probleme vollständig zu lösen, zumal auch die aktuellen Lösungen der Prüfung auf Vollkommenheit nicht standhalten können. Daraus ist zu entnehmen, dass auch existierende, *wissenschaftliche* Theorien trotz Mangels an vollkommener „Richtigkeit“ zu mindestens für eine geraume Zeit in der Gesellschaft überlebensfähig sind. Dieses Faktum wirft unweigerlich die Frage nach den Kriterien von *Wissenschaftlichkeit* auf,

wenn ihre Theorien nur für kurze Zeit Anerkennung finden und rasch von neuen überholt werden.

Das Ende einer Krise kann laut KUHN (1976) auf drei verschiedene Arten erfolgen:

- Entweder sieht sich die Wissenschaft in der Lage, mit dem Problem, das zur Krise führte, zurecht zu kommen, auch wenn sich schon das Ende des derzeit bestehenden Paradigmas abzeichnet.
- Die zweite Möglichkeit der Krisenlösung besteht darin, dass es aufgrund des derzeitigen Stands der Wissenschaft keine befriedigende Lösung gibt und das Problem daher „archiviert“ werden muss. Es wird der nächsten Generation übergeben, in der Hoffnung, dass diese besser dafür gerüstet sein wird, d.h. dass ihr neue, geeignete Hilfsmittel oder Überprüfungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen werden.
- Als dritte und vorläufig letzte Möglichkeit eines Krisenausgangs wird das Auftreten eines neuen Paradigmas gesehen, mit dem Streitigkeiten im Bezug auf dessen Anerkennung einhergehen.

Wenn mehrere Paradigmen gleichzeitig existieren, so KUHN (1976), kann ihr Wettstreit, bei dem nicht empirische Voraussetzungen auf die Waagschale gelegt werden, auch nicht anhand von Beweisen entschieden werden.

Max PLANCK (1928 zit. aus KUHN, 1976) bedauert, dass eine neue wissenschaftliche Wahrheit nicht durch Überzeugungsarbeit gegenüber den Gegnern an Vertrauen gewinnt, sondern durch das Aussterben der Gegner, sodass die heranwachsende Generation lediglich mit der neuen Wissenschaft und Wahrheit konfrontiert und zunehmend von ihr überzeugt wird.

KUHN (1976) bekräftigt, dass kein einziges Argument *alle* überzeugen kann und auch nicht die Bekehrung einer ganzen Gruppe das Ziel sein soll. Als ganz natürlich sieht er den anfänglichen Mangel an Befürwortern jedes neuen Paradigmas an, zumal deren Motive oft auf Unverständnis stoßen. Gewinnen die Argumente des neuen Paradigmas an Quantität und Qualität, wird es sich durchsetzen können, viele Anhänger finden und in verschiedenen Medien präsentiert werden. Es ist eine altbekannte Tatsache, dass Wissenschaftler trotz ihrer Tätigkeit nicht frei von menschlichen Schwächen sind, und das Einräumen von Fehlern, Versäumnissen und Irrtümern fällt manchmal auch ihnen sehr schwer.

Bezug nehmend auf das Paradigma in der Medizin des 21. Jahrhunderts sind Ansätze eines vorhersehbaren Krisenausgangs in allen drei von KUHN genannten Möglichkeiten vorhanden. Die klassische Medizin ist sich dessen bewusst, dass sie in den letzten Jahren zugunsten des medizintechnischen Fortschritts dem Menschen selbst, der besonders im Krankheitsfall nach Zuwendung und emotionaler Betreuung verlangt, zu wenig Beachtung geschenkt hat. Hier wäre eine Reaktion mit dem Abbau der Defizite über eine Bewußtseinsänderung der Ärzteschaft relativ leicht zu bewerkstelligen (betrifft 1. Krisenausgangsmöglichkeit). Würde die zweite Möglichkeit der Krisenbewältigung gewählt werden, dann würde man aufgrund der derzeit begrenzten (technischen/methodischen) Möglichkeiten im Hinblick auf wissenschaftlich vertretbare Evaluationsmöglichkeiten der Alternativmedizin diese Arbeit vorerst aufschieben. Da die Entwicklung bzw. die gesellschaftliche Bewegung im Umgang mit unkonventionellen Heilmethoden weit fortgeschritten ist, werden die Bürger diesen Lösungsansatz nicht begrüßen, zumal ein Übergang von einem krisenhaften zu einem neuen Paradigma in Ansätzen erkennbar ist. Bei rationaler, kritischer Analyse wird auch ein teilweiser oder vollständiger Ersatz der Schulmedizin durch die Alternativmedizin in der Form, wie sie derzeit besteht, weder möglich noch sinnvoll. Die Schulmedizin hat wahrscheinlich auf die Bedürfnisse der Gesellschaft und die Abwanderung von Patienten zur Alternativmedizin zu spät reagiert. Auch wenn der Alternativmedizin die so genannte Wissenschaftlichkeit fehlt und spekulative Elemente überwiegen, die allerdings trotz *Evidence Based Medicine* auch in der Schulmedizin zu finden sind, sieht die Wissenschaft kein Problem darin, aus vorerst spekulativen Theorien den Zugang zu paradigmatischen Veränderungen zu schaffen, sofern sie Erfolg versprechend sind und die entsprechenden Daten liefern können (vgl. KUHN, 1976). Doch auch das Bewusstsein, sich in einer Krise zu befinden, genügt nicht, den Streit um das geeignete Paradigma zu entscheiden.

### **3.2.3 Das neue Paradigma in der Medizin**

Die Entwicklung eines neuen Paradigmas stellt aufgrund der hohen Anforderungen der Gesellschaft an die Medizin des 21. Jahrhunderts eine große Herausforderung dar. Da die Medizin als Kulturleistung verstanden wird und naturwissenschaftliche, wirtschaftswissenschaftliche, sozialwissenschaftliche, philosophische, theologische und auch rechtswissenschaftliche Erkenntnisse (zumindest teilweise) in ihr Handeln

einbezieht, hat sich ihr Weltbild nachhaltig verändert. Dies lässt sich nicht nur auf demografische Veränderungen, sondern auch auf sozioökonomische Entwicklungen zurückführen. Das bisherige Paradigma der Medizin mit mechanistischem Weltbild wird immer mehr hinterfragt und scheint ausgedient zu haben. Die Grundidee medizinischen Handelns, Körper, Geist und Seele in ihrer Gesamtheit zu berücksichtigen, ist mit der sprachlosen High-Tech-Medizin zum Teil verloren gegangen. Dass es sich bei Paradigmenwechseln stets um schmerzhaft Erfahrungen handelt, die einer echten Revolution gleichkommen, verbunden mit diversen Machtkämpfen auf unterschiedlichen Ebenen, erkannte KUHN (1976) bereits vor mehreren Jahrzehnten. Es ist durchaus anzunehmen, dass die Vorkämpfer des neuen Paradigmas von den erfolgreichen Forschern des alten, noch bestehenden Paradigmas anfangs höchstwahrscheinlich massiv kritisiert werden. Neue, konkurrierende Theorien anzunehmen, fällt in der Regel schwer und kann auch dann lange dauern, wenn deren Richtigkeit evident ist.

Doch darf nicht vergessen werden, welche phänomenalen Erfolge, zu denen Hygiene, Prävention, Impfungen, diagnostische und chirurgische Methoden sowie wirksame Arzneimittel und gentechnologische Errungenschaften zählen, wir dem letzten neuzeitlichen Paradigma zu verdanken haben (vgl. UNGER, 16/2006).

Laut UNGER (2007) beruht das neue Paradigma der Medizin im Wesentlichen auf drei Hauptsäulen:

- Zuwendung – Patient als Subjekt
- Ultramedizin
- Gesundheitserhaltung

#### *Zuwendung – Patient als Subjekt*

Zuwendung wird als wichtiger Pfeiler im Rahmen ärztlichen Handelns gesehen, zumal sie von jedem gerne angenommen wird und einen nicht unerheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden hat. Die Medizin versucht sich daher wieder mehr dem Kranken als menschliches Wesen mit seinen verschiedenen Wünschen, Erwartungen und Bedürfnissen anzunähern. Dieser Ansatz ist auf den Einfluss fernöstlicher Behandlungsmethoden zurückzuführen, bei denen der Mensch im Mittelpunkt des Geschehens steht. Auch die Pflege hat auf den Wunsch nach

persönlicher, menschlicher Betreuung reagiert und sich schon seit langem von dem alten „Satt-sauber-still“-Prinzip verabschiedet.

### *Ultramedizin*

Die Ultramedizin, auch Hochleistungsmedizin genannt, nimmt einen besonderen Stellenwert im neuen Paradigma ein, zumal sie in der Lage ist, mit großem Nutzen und Einsatz den Patienten nur minimal zu belasten (z.B. die interventionelle Kardiologie oder Krebstherapie). Ihre Aufgabe besteht weiterhin im detaillierten, verfeinerten wissenschaftlichen Forschen, was eine ständige Weiterentwicklung der Ärzte auf fachlicher Ebene voraussetzt. Allerdings muss hier darauf hingewiesen werden, dass die Ultramedizin alleine und für sich noch lange keine ‚ganzheitliche‘ Betreuung einschließt noch menschliche Zuwendung ersetzen kann.

### *Gesundheitserhaltung*

Unter Gesunderhaltung als drittem Pfeiler im neuen Paradigma ist die Motivation zu einer gesunderhaltenden Lebensführung unter Einschluss von Hygiene und Vorsorge zu verstehen. Jeder Mensch ist daher selbst dafür verantwortlich, sich um die Aufrechterhaltung seiner Gesundheit zu kümmern. Dabei können ihn die Wellness-Bewegung sowie die Inanspruchnahme diverser alternativmedizinischer Behandlungsmethoden (zur Steigerung des Wohlbefindens) unterstützen. Schädliches Verhalten wie Rauchen oder ungesunde Ernährung belasten den Organismus und können Erkrankungen wie Adipositas, Diabetes oder Lungenkarzinome hervorrufen. Gemäß dem Motto „Mens sane in corpore sano“ sollte diese Erkenntnis schon Adoleszenten vermittelt werden.

## **3.3 Zusammenfassende Schlussbetrachtung**

In den letzten Jahren ist ein zunehmend stärker werdender Wunsch nach einem neuen Paradigma in der Medizin des 21. Jahrhunderts zu beobachten, das die Erkenntnisse und Errungenschaften der Schul- aber auch die der Alternativmedizin einschließen soll. Zudem muss sich das Denken und Handeln der Ärzte stets nach

dem Wohl des Patienten richten, um die bestmögliche Versorgung gewährleisten zu können.

Dieser Veränderungsprozess, der aufgrund der als ergänzungs- und überholungsbedürftig betrachteten Medizin eingeleitet wurde, hat nicht nur Auswirkungen auf das Gesundheitswesen, sondern aufgrund der Miteinbeziehung naturheilkundlicher Verfahren und Heilsweisen auch auf die Natur- und Geisteswissenschaften. Durch die langsame, fast unsichtbare Auflösung dieses lang bestehenden Antagonismus zwischen den beiden Medizinsystemen steuert das Gesundheitswesen einer „Integralen Heilkunde“ zu, die alles Bewährte aus Schul- und Alternativmedizin anerkennt. Der Zugang zu ganzheitlichen Konzepten, mit denen auch die Schulmedizin aus vergangenen Jahrzehnten vertraut ist, kann nur unter der Voraussetzung, dass der Blick auf Wissenschaftlichkeit etwas an Schärfe verliert, gewonnen werden (vgl. BISCHOF, 2000). Konzepte der Integralen Heilkunde wurden in der Biomedizin bereits in den 20er und 30er Jahren erstellt und durch die stark molekulargenetisch orientierte Medizin ins Abseits gedrängt. Etwa um 1925 wurde auch die zukünftige Entwicklung der Medizin als Wissenschaft in Frage gestellt und die Zahl der Laienmediziner und Heilkundler erfuhr eine massive Zunahme. Unter den 52.000 Ärzten befanden sich 14.000 registrierte, aber nicht approbierte Heilbehandler. Die Medizin war damals in einer Krise (vgl. MARSTEDT, 2002).

Während der Gedanke der Leib-Seele-Geist-Einheit sowie soziale und psychologische Aspekte der „Integralen Medizin“ positiv bewertet werden, stellt sich die Frage, ob nicht die universitäre Medizin durch eine Modifikation in diese Richtung an Wissenschaftlichkeit und Seriosität verlieren würde.

BISCHOF (2000) beschreibt in diesem Prozess das „Unspezifische“ als Schlüsselrolle; unspezifische, systemisch wirkende Maßnahmen und Methoden werden präventiv eingesetzt und bilden die Grundlage für die spezifische Therapie, die gezielt auf einzelne Teile und Teilfunktionen des Organismus einwirkt. Die spezifische Medizin zeigt dort ihre unbestrittene Stärke, wo die Medizin mit ihren unspezifischen Methoden an ihre Grenzen stößt. Als weiterer Grundsatz, den auch schon die hippokratische Tradition nannte, gilt, dass nicht die Behandlung der Krankheit das zentrale Thema sein soll, sondern der kranke Mensch.

Etwas kühn klingt die Behauptung von KÜHN (1976), dass die Ablehnung eines Paradigmas ohne dafür ein neues anzuerkennen einer Ablehnung der Wissenschaft

gleichkomme. Bei einem Ablösungs- bzw. Übergangsprozess von der Schulmedizin zur Alternativmedizin würde sogar ein vollständiger Paradigmenwechsel stattfinden, der ausschließlich unkonventionelle Heilmethoden als das „Non plus Ultra“ anerkennen würde. Dieser Vorgang wäre einer Ablehnung der wissenschaftlichen Vorgangsweise gleichzusetzen. Das erklärt sich rational betrachtet darin, dass die Schulmedizin verpflichtet ist, nach den Grundlagen der *Evidence Based Medicine* zu arbeiten, während sich die Alternativmedizin nicht an wissenschaftliche Prinzipien halten muss und auch keine (kaum) empirische Forschungsergebnisse vorweisen kann. Verglichen mit der Schulmedizin überwiegen die Elemente der praktischen Erfahrung und der Spekulation. Ein Blick in die Medizingeschichte zeigt, dass vor dem Einzug der Naturwissenschaften Spekulationen und handwerkliches Erfahrungswissen wesentliche Elemente ärztlichen Handelns waren. Ein Ansatz, dessen Anspruch durch die Entwicklung der wissenschaftlichen Medizin überholt ist und seitdem keine Überlebenschance mehr hat (vgl. WAGNER, 1984).

ROTHSCHUH (1977) äußert sich kritisch zu KUHNs Theorie und verweist auf das Bestehen und die Koexistenz von mehreren konkurrierenden Methoden in der Medizin in den letzten Jahrhunderten bis in die Gegenwart. Seiner Meinung nach gab es daher keine Revolutionen in der Medizin im KUHNschen Sinne, da sich *kein einziges* Konzept zur Gänze durchsetzen konnte, sondern stets ein polyparadigmatischer Zustand bestand. Damit wird betont, dass der Wandel in der Medizin wesentlich komplexer ist als dies KUHN mit seiner Theorie zu beschreiben versuchte. Paradigmen können sowohl komplementär zueinander stehen als auch in der friedlichen Koexistenz einer konstruktiven Kooperation bestehen. Destruktive Verhaltensweisen sind jedoch nicht vermeidbar. Wie bereits erwähnt, kann es Übereinstimmung aber auch Überlappungen existierender Theorien geben. Das Ziel besteht auch nicht darin, so WIESING (2004), sich auf die Suche nach dem wahren, sondern nach dem angemessenen, adäquaten Paradigma zu begeben - ein unaufhaltsamer Aufbruch zu neuen Ufern.

## **4. Alternativmedizin und ihre Akzeptanz in der Gesellschaft**

Wundermittel und Geistesheilung liegen im Trend – die Alternativmedizin boomt! Wer hätte gedacht, dass trotz der beschleunigten Entwicklung der klassischen Medizin und ihrer unbestrittenen Erfolge die Nachfrage nach alternativmedizinischen Behandlungsmethoden dermaßen steigen würde? Die Ursache für die zunehmende Popularität der Alternativmedizin ist unter anderem auch der konventionellen Medizin anzulasten, da sie den Menschen als kranke Persönlichkeit vernachlässigt und sich bevorzugt mit technischen und wissenschaftlichen Aspekten der Krankheit auseinandersetzt. Der Mensch sucht nach für ihn schlüssigen Alternativen, gleichgültig ob wissenschaftlich oder unwissenschaftlich. Er hofft auf Linderung seiner physischen und/oder psychischen Leiden durch den Alternativmediziner, Heilpraktiker, Energetiker, Schamanen (siehe Anhang) oder Scharlatan und erwartet dort das zu bekommen, was ihm die Schulmedizin vorenthält und er bei ihren Vertretern vermisst. Zeit, Zuwendung, Empathie und Ganzheitlichkeit sind jene Kriterien, die er vom Alternativmediziner erwartet und weshalb er ihn in Anspruch nimmt. Die Alternativmedizin hat die Außenseiterrolle, die sie noch vor wenigen Jahrzehnten hatte, abgelegt und wird auch seit einiger Zeit in manchen schulmedizinischen Praxen ergänzend angeboten.

### **4.1 Medizin und Gesellschaft**

Die Medizin eines Landes spiegelt die Wertigkeit der Gesellschaft gegenüber ihren Mitgliedern wider. Durch die Beschäftigung mit länderspezifischen gesundheitsrelevanten Themen gewinnt man Einblick in die gesellschaftlichen Strukturen. Diese Strukturen sind ein Indikator für die Gesundheitspolitik eines Landes und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung. Viele moderne Gesundheitsprobleme gelten daher als Spiegelbild ihrer Gesellschaft (vgl. WILKINSON, 2001).

Die Menschen haben auf die zunehmende Technisierung der Medizin und die Materialisierung der Patienten reagiert, indem sie nicht nur Patientenorganisationen gegründet und sich für Patientenrechte eingesetzt haben (vgl. UNGER, 2007),

sondern indem sie auch zunehmend mehr Interesse an alternativmedizinischen Behandlungsmethoden zeigen und diese auch in Anspruch nehmen.

#### **4.1.1 Gesellschaftliche Einflüsse auf die (Alternativ)Medizin**

Gesundheit und auch Gesundheitsvorstellungen sind einem gesellschaftlichen Wandel unterworfen. Während noch vor wenigen Jahrhunderten Gesundheit einer moralischen Bewertung unterzogen wurde, ist diese Ansicht heute nur noch Fundamentalisten eigen und nicht mehr relevant. Abhängig vom Lebensalter, dem Geschlecht und der sozialen Schicht hat die Gesundheit den Stellenwert als Leistungsvermögen, Wohlbefinden und selbstdiszipliniertes Verhalten bekommen, wobei das Gesundheitsbewusstsein bei Frauen einer höheren sozialen Schicht auffallend groß ist (vgl. SIEGRIST, 2005).

Ferner wird unser Gesundheitsverhalten bzw. unsere Medizin auch durch die Medien geprägt, über deren Kanäle diverse Empfehlungen und Anleitungen zur Erhaltung der Gesundheit und Vitalität sowie zur Steigerung der Leistungsfähigkeit verbreitet werden. Diese von den Menschen gesuchten Informationen haben jedoch teilweise diktatorischen Charakter. „Freie Medien machen eben das Individuum noch lange nicht frei“, bemerkt MITTELSTRASS (2001, S. 60) kritisch.

Gesundheit als Lebensmaxime, eingefordert für ein glückliche(re)s Leben, bestimmt immer mehr Lebensstil und ärztliches Verhalten. Die Zunahme des Zulaufs zu schul- und alternativmedizinischen Instituten bzw. Praxen erklärt sich aus dem Wunsch der Menschen nach anhaltender und andauernder Gesundheit. Damit hoffen sie gesellschaftliche Anerkennung bewahren zu können und nicht in die Rolle des Außenseiters abgedrängt zu werden. Aus diesem Anspruch heraus wurde das Augenmerk auf neue Erkrankungen (Zivilisationserkrankungen bzw. -schäden, psychosomatische Erkrankungen etc.) gelenkt, denen ebenso wie den subjektiven Befindlichkeitsstörungen zunehmend mehr Beachtung durch die Medizin geschenkt wird. Die trügerische Hoffnung auf Bewahrung von Jugend und Schönheit, dauerhafter Gesundheit und gleich bleibenden Wohlbefindens scheint für den Menschen bedeutend zu sein. Sie kann jedoch zum derzeitigen Zeitpunkt trotz hervorragender wissenschaftlicher Erkenntnisse in den diversen Bereichen der Medizin (Anti-Aging) nicht erfüllt werden und ist daher als irrationale Vorstellung anzusehen.

Aufgrund des großen Wissenszuwachses in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten erlebte die moderne Medizin einen „Quantensprung“, der neben Chancen auch Risiken und Gefahren birgt und dadurch manche Menschen verunsichert bzw. verängstigt (vgl. SCHMIDT, http). Verunsichert wird der Mensch durch die teilweise herabwürdigende und Ängste schürende Kritik an der Schulmedizin bzw. deren Vertretern, die in den Medien verbreitet wird und den ärztlichen Berufsstand angreift. Es sind die so genannten „schwarzen Schafe“, die zu keiner guten Reputation beitragen, sondern Unruhe in der Ärzteschaft und der Bevölkerung hervorrufen (vgl. UNGER, 2007).

Zudem erwarten sich die Menschen, dass die ärztlichen Behandlungen immer auf dem Niveau der Spitzenmedizin und nach den neuesten Erkenntnissen der Spitzenforschung erfolgen. Doch trotz Berücksichtigung des Gleichheitsprinzips muss in der Medizin zwischen Erwünschtem und Möglichem, sowie zwischen Dringlichem und Verzichtbarem differenziert werden (vgl. UNGER, 2007).

Die Menschen, die aufgrund des medizinischen Wandels und des Gesundheitswahns teilweise als Kunden betrachtet werden, sind eine sich ständig verbessernde Medizin gewöhnt. Diese wird in unserer Gesellschaft als Solidargut betrachtet und darf daher für den Einzelnen keine Kosten verursachen. Der Leitspruch „Gesundheit darf nichts kosten!“ hat jedoch negative Auswirkungen auf die Zahlungsbereitschaft der Menschen im Gesundheitsbereich. Daher ist es nachvollziehbar, wenn vorausgesetzt wird, dass auf schulmedizinische Untersuchungen und Therapien ein Anrecht besteht und daraus resultierende Leistungen selbstverständlich kostenfrei zu sein hätten. Es stellt sich nur die Frage, warum die Menschen bereit sind, für alternativmedizinische Behandlungsmethoden, die zum Teil sogar von Laienmedizinern angeboten werden, viel Geld auszugeben. In folgendem Abschnitt wird versucht, dafür eine Erklärung zu finden.

#### **4.1.2 Gesundheitsverhalten und –trends**

Gesundheit muss Spaß machen, sie muss erlebt und gelebt werden können. Der damit verbundene Wellness-Boom, der mit einem erheblichen Aufschwung in den letzten 30 Jahren stark zugenommen hat, hat das Interesse der Bürger an medizinischen Themen geweckt und deren Gesundheitsbewusstsein erhöht.

Der moderne Mensch des 21. Jahrhunderts ist zum Gesundheitskonsumenten geworden, der für verschiedene soziale Bewegungen und sämtliche Gesundheitsoptionen, unter dem Motto „shopping for health“ offen ist (KELNER, 2000, S. 61).

Das in verschiedenen Medien, wie Fernsehen, Printmedien und vor allem das im Internet präsentierte (Laien-)Wissen lässt die Menschen zu kritischen Patienten werden, die vom Arzt angeordnete (medikamentöse) Therapien hinterfragen und sich auch selbst zu kurieren versuchen (vgl. UNGER, 2007). Die Selbstbehandlung und -medikation als Teil einer präventiven Lebensführung mündiger Menschen hat trotz ihrer Grenzen an Bedeutung zugenommen. Ebenso wie die Laienmedizin als nicht-professionelle Medizin, ausgeübt und angeboten von Familienmitgliedern oder Bekannten, stellt sie eine gewisse Entlastungsfunktion für das Gesundheitssystem dar (vgl. KÖNTOPP, 2004).

Der enorme Erfolg der Wellness-Industrie zeigt deutlich das Verlangen der Menschen nach Heil- bzw. Therapieanwendungen, um ihre persönlichen Bedürfnisse zu befriedigen und ihr Körper-Geist-Seele Gleichgewicht wieder herzustellen (vgl. UNGER, 2007). Nicht nur das, manche Kunden fragen auch nach Anti-Aging-Behandlungen sowie nach Life-Style-Medikamenten, nach Mitteln gegen Übergewicht, Impotenz oder Haarausfall. Da diese Kunden kaum Kosten verursachen, für die Gesundheitsindustrie aber gewinnbringend sind, werden sie auch gerne gesehen. Das Interesse, auf ihre Wünsche und Bedürfnisse zu reagieren, steigt, wenn damit die „Gesundheitskassen“ aufgefüllt werden können (vgl. SCHWEIGER, 2005). Dem kommt hinzu, dass auch der soziale Druck, den Körper ständig renovieren und manipulieren zu müssen, mit den hohen Anforderungen der Leistungsgesellschaft stetig steigt (vgl. FELDMANN, 2005). Doch trotz aller Auswüchse der Wellness- und Anti-Aging-Kultur kann in Summe ein erfreulicher Trend in Richtung eines gesundheitsbewussteren Verhaltens erkannt werden.

Gesundheit wird nicht mehr ausschließlich durch das Gesundheitssystem angeboten, sondern das Individuum bedient sich selbst am Angebot eines stetig wachsenden Gesundheitsmarktes. Nahrungsmittel bzw. Nahrungsergänzungsmittel haben die Funktion, Gesundheit sowie die körperliche und seelische Verfassung zu optimieren. Man denke nur an „Functional Food“ zur Senkung des Cholesterin-Spiegels oder an „Smart-Drugs“ zur Steigerung der Gehirnfunktion und der Leistungsfähigkeit. Apotheken könnten sich zu Lifestyle-Zentren für Gesundheit entwickeln, die nicht nur

verschiedene Arzneimittel und Gesundheitspillen verkaufen, sondern auch als Anbieter von Fitness-Kursen, medizinischen Seminaren und Lebensberatung aufgesucht werden (vgl. *Der Patient als Konsument*, 2006, [http](#)).

Der Zukunftsforscher Matthias Horx bezeichnet diesen Wellness- und Gesundheitsbereich als Schlüssel- und Wachstumsmarkt der Zukunft, für den er auch in Österreich große Potentiale sieht (vgl. AHAMMER, 2008, [http](#)). Warum damit gute Geschäfte zu machen sind, beschreibt das nächste Kapitel.

#### **4.1.3 Das gute Geschäft mit der Alternativmedizin**

Aus der großen Nachfrage nach unterschiedlichen alternativen Therapieverfahren hat sich ein lukrativer, florierender Gesundheitsmarkt entwickelt, der die Unkenntnis vieler Menschen profitorientiert auszunützen weiß. Es sei hier bemerkt, dass alternativmedizinische Methoden und unkonventionelle Zugänge zur Gesundheit und Krankheit keinesfalls a priori abzulehnen sind, solange sie nicht missbräuchlich verwendet werden.

Immer und überall haben es Scharlatane unter den Alternativmedizinern verstanden, ihr Publikum mit einer Phraseologie aus Pseudowissen und Halbwahrheiten zu beeindrucken, indem sie nicht vorhandenes Expertentum vorgetäuscht haben.

Unter den „sanft“ arbeitenden Alternativmedizinern finden sich nicht nur Gesundheitsapostel, die altruistisch agieren, sondern auch profitgierige Anbieter, die mit der Leichtgläubigkeit kranker Menschen Geld machen wollen. Dieser Verlockung erliegen aber auch so manche seriösen Schulmediziner, zumal sie aufgrund ihrer finanziellen Situation auf ein Zusatzeinkommen angewiesen sind (vgl. AHRENS, 2009, [http](#)).

„Balance“, „Harmonie“, „positive Schwingungen“ oder „Lösen von Blockaden“ sind beliebte Schlagwörter in der Alternativmedizin, die den Menschen *Heilung* versprechen sollen, was aufgrund ihrer metaphysischen Dimension sogar *mehr als Gesundheit* bedeutet, womit die universitäre Medizin nicht dienen kann, weil diese Faktoren in ihrem Medizinsystem nicht vorkommen.

Besonders beliebt sind exotische Methoden, die bei den Menschen Neugier wecken oder traditionelle Heilweisen, die Altbewährtes suggerieren und Heil bzw. Heilung in Aussicht stellen (vgl. KELNER, 2000).

Man geht davon aus, dass dem aufgeklärten Patienten des 21. Jahrhunderts bekannt ist, dass jede Krankheit unterschiedliche Ursachen hat und nach spezifischen Therapien verlangt. Viele komplementärmedizinische Methoden gehen hier auch konform mit der Schulmedizin (TCM oder Homöopathie), doch nicht selten wird *eine* spezielle alternative Methode gegen *alles* und jedes, ähnlich einer Panazee, eingesetzt. Kritiker fragen sich daher, wie es sein kann, dass die Anbieter alternativer Methoden bei Patienten mit unterschiedlichen Symptomen und Krankheitsbildern das gleiche Verfahren anwenden.

Erstaunlicherweise können manche Alternativmediziner ohne den Einsatz von Geräten oder technischen Überprüfungsmöglichkeiten mit schlafwandlerischer Sicherheit ad hoc Diagnosen erstellen, für die ein Schulmediziner mehrere Spezialisten heranziehen müsste, was wesentlich mehr Zeit in Anspruch nehmen und hohe Kosten verursachen würde. Die Auswirkungen von Fehldiagnosen, die auch in der Alternativmedizin häufig gestellt werden, sind hier weniger verheerend, da der Befund uninteressant ist, wenn die angewandte Therapie wirkungslos ist (vgl. AHRENS, 2009, [http](#)).

Dazu kommt, dass das Wirkungsprinzip der Alternativmedizin zumeist in groben Zügen auch von einfachen Menschen verstanden werden kann oder vermeintlich verstanden wird (Aktivierung der Selbstheilungskräfte, Schwingungen, das Yin-Yang-Prinzip). Die Zusammenhänge sind denkbar einfach, weil, so AHRENS (2009, [http](#)), es gar keine gibt. Es existieren lediglich schwammige, scheinbar nachvollziehbare Erklärungen. Die Erläuterungen werden zur Glaubensfrage. Demjenigen, der mehr daran glaubt, wird eher geholfen. Ein Placebo-Effekt, der zum Teil sehr erfolgreich in der Alternativmedizin eingesetzt wird. Wenn die in Anspruch genommene alternative Behandlungsmethode jedoch nicht die gewünschte Wirkung zeigt, wird in der Regel Hilfe beim nächsten Alternativmediziner gesucht.

Im Vergleich zur Schulmedizin steht dem Betroffenen auch ein breiteres Spektrum an unterschiedlichen Behandlungsmethoden zur Verfügung, aus denen er seiner Lebensanschauung und seinen Denkansätzen entsprechend, die für ihn geeignete auswählen kann. Es ist also der Patient selbst, der hier die Initiative ergreift und sich auf die Suche nach „seiner Therapie“ bzw. seinem Therapeuten begibt, wo ihm Hoffnung (bis zu seinem Ableben) versprochen wird. Da die Alternativmedizin nicht wie die konventionelle Medizin *evidence based* ist, ist es auch jedem

Alternativmediziner gestattet, in seinem Bereich individuell vorzugehen, unter dem Motto: Nahezu alles ist möglich in dieser heilen Welt der Wunder!

In der Schulmedizin ist das anders, weil dort andere Regeln gelten. Das erkennt man anhand der forensischen Bedrohung im Fall falscher oder zu spät gestellter Diagnosen und missglückter oder auch nur scheinbar misslungener Therapien. Die Frage nach dem Wirkungsprinzip schulmedizinischer Therapieverfahren wird vom Patienten in der Regel selten gestellt, da es für einen medizinischen Laien gewöhnlich schwer verständlich ist. Der Patient fragt nicht nach, sondern setzt die Wirkung des Medikaments bzw. der eingesetzten Methode voraus. Die Glaubensfrage steht hier nicht zur Debatte. Wenn jedoch trotz des Einsatzes konventioneller Therapie keine Besserung des Gesundheitszustandes eintritt, wird dem Arzt bzw. seiner Therapie Schuld gegeben und in einzelnen Fällen sogar Schadenersatz verlangt. Tatsache ist, dass sich der Schulmediziner im Vergleich zum Alternativmediziner in einer unvorteilhaften Lage befindet, da ihm, wenn er den Therapierichtlinien der evidenzbasierten Medizin folgen will, im ärztlichen Handeln wenig Spielraum bleibt. Sobald also die therapeutischen Gestaltungsmöglichkeiten des Lehrgebäudes der Schulmedizin erschöpft sind, ist der Weg zur Alternativmedizin frei. In vielen Fällen bietet sich die Alternativmedizin geradezu an, und nicht selten wandert der Patient - ähnlich dem „doctor shopping“ - von einem Alternativmediziner zum nächsten.

Die Medizin, so auch die Alternativmedizin, ist zwar verpflichtet, nach dem Grundprinzip des „Nihil nocere“ (Dem Patienten nicht schaden!) zu arbeiten, ein Prinzip, welches jedoch im Gesundheitsbereich vielfach aufgrund lukrativer Geschäftsideen verletzt wird.

## **4.2 Die Nutzer alternativmedizinischer Therapien**

Sie suchen nach Geborgenheit, Vertrauen und Wertschätzung. Sie fühlen sich im Stich gelassen von einer Medizin, die nur Organdefekte erkennen kann, aber übersieht, dass sich ein menschliches Wesen mit Gefühlen und Bedürfnissen hinter einem nicht mehr funktionierenden Organ verbirgt. Sie fühlen sich von der konventionellen Medizin missachtet und nicht als „beseeltes“ Lebewesen wahrgenommen – die Nutzer alternativmedizinischer Therapien.

Der moderne Mensch in einer hoch entwickelten Gesellschaft ist in der glücklichen Lage, selbst bestimmen zu können, welchen Arzt bzw. welche Behandlungsmethode er in Anspruch nehmen möchte. Der Philosoph und Wissenschaftstheoretiker Paul FEYERABEND (1924-1994) hat die Zuwendung der Menschen zu nicht etablierten wissenschaftlichen Methoden folgendermaßen beschrieben. Es handelt sich hier um „erste, zögernde Schritte auf eine Aufklärung hin, bei der der Bürger das Urteil der Fachleute nicht einfach schluckt, sondern es sich wie ein mündiger Mensch überlegt und dann zu einem eigenen Entschluss kommt“ (FEYERABEND, 1981, S. 34).

Zunehmend weniger leidende Menschen lassen sich auch durch befremdliche, ja oft sogar obskur erscheinende Praktiken der Alternativmedizin (z.B. Orgonomie – Sitzen in einem schwarzen Kasten, Einnahme von „Hochpotenzen“ und ähnliches) abschrecken (vgl. POPP, 2006). Weshalb das so ist, welche Erwartungen die Menschen an die Alternativmedizin haben und welche Beweggründe für die Inanspruchnahme alternativmedizinischer Behandlungsmethoden sprechen, wird in diesem Abschnitt erörtert.

#### **4.2.1 Charakteristika und Denkweisen der Nutzer**

Während noch vor wenigen Jahren der Prototyp des alternativen Klienten mit Birkenstock-Sandalen und Naturtextilien bekleidet in der Ökoszene anzutreffen war (vgl. STÖHR, 2001), hat sich der Phänotypus der Nutzer dieser Therapien heute sehr verändert.

Zu den regelmäßigen Nutzern von Naturheilverfahren und unkonventionellen Methoden zählen primär jüngere Frauen mit höherer Schulbildung. Diese verhalten sich im Alltag gesundheitsbewusster, betreiben regelmäßig Sport, sind präventionsorientiert und zeigen generell großes Interesse an Gesundheitsthemen und alternative Therapiemöglichkeiten (vgl. NAHIN et al, 2007). Zudem geben sie an, auf ihren Körper zu hören und aufgrund der intensiven Auseinandersetzung mit ihm am besten zu wissen, was er braucht bzw. welche Behandlung für ihn die richtige ist (vgl. KELNER, 1997). Bei Erkrankungen bevorzugen sie natürliche Heilmittel, sie glauben an den Regulationsmechanismus des Körpers und sind im ärztlichen Behandlungsprozess nicht bereit, die Rolle des Arztes als alleinigen medizinischen Experten anzuerkennen, sondern bestehen auf aktive Teilnahme und Mitbestimmung („partizipative Entscheidungsfindung“). Kommunikation und emotionale Kompetenz

werden folglich in der medizinischen Versorgung besonders geschätzt, d.h. mehr „sprechende Medizin“ als technische Medizin (vgl. MARSTEDT, 2005, [http](#)).

Sympathie gegenüber alternativen Heilmethoden muss jedoch nicht immer auf Distanz zur Schulmedizin hinweisen, außer der Anhänger der Alternativmedizin hat gewichtige Gründe, das Feld der Schulmedizin zu verlassen. Die Mehrheit setzt jedoch nicht-schulmedizinische Behandlungsmethoden zusätzlich zur Schulmedizin und nicht statt ihr ein (vgl. SIROIS, 2008; vgl. KELNER, 2000).

Die Handlungsweisen der Menschen sind im Krankheitsfall äußerst unterschiedlich und daher kaum vorhersehbar. So wird die Entscheidung, einen Alternativmediziner zu kontaktieren entweder völlig spontan, auf Anraten eines Familienmitgliedes, Freundes oder Bekannten oder nach längerer Überlegung gefällt. Manche stehen der Alternativmedizin skeptisch gegenüber, manche fühlen sich sofort zu ihr hingezogen (vgl. SCHÄR, 1999).

Weitere Umfrageergebnisse zeigen, dass Menschen mit niedriger Körperwahrnehmung seltener alternativmedizinische Hilfe in Anspruch nehmen (32%) als Menschen mit hoher Körperwahrnehmung (56%). Als Fazit der bislang vorliegenden empirischen Befunde lässt sich auch erkennen, dass nur 30% der gesunden Menschen alternative Therapieverfahren in Anspruch nehmen, aber 50% der chronisch Kranken. Dass die Zahl unter den chronisch Kranken dermaßen hoch ist, verdeutlicht, dass sich diese Menschen, die von der Schulmedizin als „austherapiert“ gelten, mit ihrem Leid nicht abfinden wollen und nach Alternativen Ausschau halten (vgl. MARSTEDT, 2002; vgl. EISENBERG et al, 1993).

Auch aus der aktuellen Studie von BRÜCKER (2008) geht hervor, dass alternativmedizinische Behandlungsmethoden am häufigsten vom Personenkreis der chronisch Kranken, gefolgt von jenem mit unkomplizierten Erkrankungen in Anspruch genommen wird. Weitere häufige Anliegen sind die Steigerung des Wohlbefindens und die Hoffnung auf Linderung von Schmerzzuständen. Eine österreichische Studie aus dem Jahr 2004 weist darauf hin, dass sich 90% der Krebspatienten eine entsprechende Begleittherapie bzw. eine Kombination aus den besten therapeutischen Möglichkeiten aus Schul- und Alternativmedizin wünschen (vgl. MEDICAL TRIBUNE, 2005, [http](#)).

Aus einer kanadischen Studie ist bekannt, dass nur etwa die Hälfte der an Brustkrebs erkrankten Frauen, alternativmedizinische Hilfe in Anspruch nimmt und darüber auch ihren behandelnden Arzt in Kenntnis setzen würde (vgl. BEGBIE et al, 1996). Auch

unter Männern mit Prostatakarzinom konnte ein ähnliches Verhalten beobachtet werden (vgl. DIEFENBACH et al, 2003).

Manche Nutzer fühlen sich von Allgemeinmedizinerinnen oft zu wenig über Sicherheit und Wirksamkeit alternativmedizinischer Verfahren informiert und aufgeklärt und würden gerne von Ärzten oder auch Apothekern mehr über pflanzliche Heilmittel erfahren (vgl. MEDICAL TRIBUNE, 2004, [http](#)).

Aus der Generali-Gesundheitsstudie 2007 (Studie einer Krankenversicherung, [http](#)) geht hervor, dass sich unter den österreichischen Versicherungsnehmern 65% zur Homöopathie, 59% zur Bach-Blütentherapie, 33% zur Akupunktur und nur 7% zur Traditionellen Chinesischen Medizin hingezogen fühlen. Diese Behandlungsmethoden werden zur Steigerung des Wohlbefindens (79%), bei leichten Erkrankungen (78%) sowie bei chronischen Erkrankungen (61%) eingesetzt. Geschätzt wird ihre schonende Wirkung auf den Körper (54%), bemängelt hingegen werden die relativ hohen Kosten (37%). Doch trotz der großen Nachfrage nach alternativmedizinischen Behandlungsmethoden würden 99% der Befragten in lebensbedrohenden Situationen schulmedizinische Hilfe suchen und für 91% gilt sie sogar in allen Fällen als erste Anlaufstelle.

Im Vergleich dazu eine Studie aus Deutschland aus dem Jahr 2004, deren Teilnehmer zu mehr als zwei Dritteln alternativmedizinische Behandlungsmethoden in Anspruch nehmen würden, nämlich Akupunktur (34,5%) und Homöopathie (27,3%), weniger häufig Bach-Blütentherapie, TCM oder Bioresonanz-Therapie. 54,7% der Nicht-Nutzer wären grundsätzlich bereit, alternative Therapieverfahren anzunehmen, lediglich 17,2% aller Teilnehmer schließen dies zur Gänze aus (vgl. BRÜCKER, 2008).

#### **4.2.1.1 Die Nutzertypen**

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass alternativmedizinische Therapieverfahren vor allem komplementär zur Schulmedizin herangezogen, von einer kleineren Gruppe von Menschen aber auch als echte Alternative zur Schulmedizin in Anspruch genommen werden.

KÖNTOPP (2004) unterscheidet drei Nutzertypen, nämlich die Ergänzungs- bzw. Supplementärnutzer, die Wechsel- bzw. Alternationsnutzer und die Ersatz- bzw. Substitutionsnutzer, die sie wie folgt beschreibt:

*Ergänzungs- bzw. Supplementärnutzer*

Die Menschen, die zu dieser Gruppe gezählt werden, zeigen eine deutliche Affinität gegenüber komplementärmedizinischen Methoden und nutzen diese in Ergänzung zur Schulmedizin. Sie sind gebildet, kritisch und informiert. Zudem gelten sie weder als Pragmatiker noch als Dogmatiker, sind weniger gesundheitsbewusst und zeigen sich gegenüber esoterisch-spirituellen Denkstrukturen distanziert.

*Wechsel- bzw. Alternationsnutzer*

Zu dieser Gruppe gehören Menschen, die medizinische Leistungen sach- und anwendungsbezogen in Anspruch nehmen, und daher ein so genanntes „shopping-around“-Verhalten innerhalb beider Medizinsysteme zeigen. Sie werden als Pragmatiker gesehen, die jene Methoden auswählen, die ihnen in der jeweiligen Situation als die geeignetsten erscheint. Weiters verhalten sie sich äußerst gesundheitsbewusst und sind an präventiven Gesundheitsparametern interessiert.

*Ersatz- bzw. Substitutionsnutzer*

Zur Komplementärmedizin gilt die Grundhaltung dieser Nutzer als dogmatisch und ideologisch, zur Schulmedizin als kritisch. Folglich wird Komplementärmedizin als Substitutionsgut herangezogen, wofür intrinsische Beweggründe sprechen. Sie zeigen einerseits esoterisches und psychologisches Interesse, andererseits selbständiges und selbstverantwortliches gesundheitsbezogenes Handeln. Komplementärmedizinische Verfahren werden in die gesamte Lebensführung integriert.

Diese Klassifizierung verdeutlicht, dass es kein Einheitsbild der Nutzer der Alternativmedizin gibt, sondern dass hier eine klare Differenzierung vorgenommen werden muss. Ein kurzer Einblick in die Soziologie der Kranken zeigt, welche Stadien auf dem Weg zur Alternativmedizin durchschritten werden.

**4.2.1.2 Die Soziologie der Kranken**

In der Regel werden wir nicht von heute auf morgen krank, sondern durchlaufen auf dem Weg zum Krankheitsausbruch mehrere Stadien, in denen die Krankheitssymptome ernst genommen und behandelt oder verdrängt werden (vgl.

BUSER et al, 2003). Bei Ausbruch einer Krankheit mit sicht- und fühlbaren Einschränkungen zeigen die Betroffenen unterschiedliche Verhaltensweisen, was sich auch in einem spezifischen Hilfesuchverhalten niederschlägt. Abhängig von Persönlichkeit, Einstellung und Erfahrung versucht der Kranke sich selbst zu therapieren, sucht Hilfe im Laiensystem oder wählt den klassischen Weg zur Medizin, wobei er zwischen der konventionellen und der unkonventionellen wählen kann.

Der Beginn der Suche nach Hilfe bei gesundheitlichen Problemen hängt einerseits von der Schmerz- bzw. Symptombelastung, d.h. vom Leidensdruck des einzelnen ab, andererseits aber auch von seinem Schmerzempfinden, seinem Zugang zum Körper, dem subjektiven/objektiven Schweregrad der Erkrankung sowie den damit verbundenen Risiken für sein soziales Umfeld (Ansteckungsgefahr, Arbeitsunfähigkeit, Krisenerlebnis) (vgl. BAUCH, 2000). Mit dem Ausmaß des Leidensdruckes steigt - auch bei intelligenten Menschen - das seelische Verlangen nach einem Wunderheiler, der zur Heilung lediglich den Glauben an seine Methode verlangt (vgl. STÖHR, 2001).

BENGEL (1993) nennt vier Stufen des so genannten Hilfesucheverhaltens:

1. *Symptomwahrnehmung durch den Betroffenen*
2. *Konsultationen im Laiensystem*
3. *Selbstmedikation*
4. *Zuweisung zum Arzt*

Diese Stadien werden möglicherweise sowohl auf dem Weg zur Schul- als auch auf dem zur Alternativmedizin durchlaufen. ANDRITZKY (1997) hat sich mit dieser Thematik intensiver auseinandergesetzt und beschreibt fünf Entwicklungsstufen, die er auf dem Weg zum Alternativmediziner beobachtet hat:

1. *Persönliche Glaubensgrundsätze und Erfahrungen*

Kindheitserfahrungen mit Naturheilkunde und Alternativmedizin zeigen später prägendes Verhalten zur Medizin; Glaube an die Selbstheilungskräfte, Hinwendung zur Alternativmedizin, eventuell negative Erfahrungen mit der Schulmedizin.

## 2. *Die Entscheidung zu gehen*

Lebensstil und Glaubensgrundsätze ändern sich im Verlauf einer chronischen Krankheit; Alternativmedizin wird oftmals direkt nach einem schulmedizinischen Misserfolg in Anspruch genommen oder wenn der Kranke ahnt, dass die Möglichkeiten der Schulmedizin offensichtlich ausgeschöpft sind und er sich selbst überlassen wird.

## 3. *Patient-Arzt-Beziehung*

Der Arzt bzw. Therapeut zeigt oder heuchelt Interesse am Gesundheitszustand des Betroffenen und vermittelt Hoffnung; die Behandlung wird vom Patienten sehr geschätzt, sofern sie sofortige Wirkung zeigt.

## 4. *Die Erfahrungen nach dieser Begegnung*

Der Betroffene beginnt Interesse für die Naturheilkunde zu zeigen und ist aufgeschlossen gegenüber anderen und unterschiedlichen Therapieverfahren.

## 5. *Der regelmäßige Nutzer*

Bei einer Erkrankung wird die Diagnose vom Schulmediziner eingeholt, zur Behandlung wird der Alternativmediziner konsultiert; Affirmation der erworbenen Überzeugung; Weiterempfehlung der in Anspruch genommenen Methoden;

Erstaunlicherweise verliert für viele Menschen, die im Alltag kritisches, vernunftorientiertes Handeln zeigen, im Krankheitsfall die rationale Auseinandersetzung mit Tatsachen an Bedeutung. Auch durchaus gebildete Menschen lassen sich in Ausnahmesituationen von Vertretern abstruser Gesundheitslehren und zur Anwendung ebensolcher Verfahren verführen, die sie kritiklos und voller Hoffnung (sie sind rational durch nichts begründet) in Anspruch nehmen. Somit haben auch Scharlatane mit überzeugendem Auftreten ein Leichtes, unterschiedliche Persönlichkeiten für ihre Methoden zu gewinnen. Vernünftig denkende, gesunde Menschen lassen sich ungern und schwer indoktrinieren. Als Kranke hingegen akzeptieren sie in der besonderen Situation unmittelbar und widerspruchslos den Umstand, dass der medizinische Wissensstand der Alternativmediziner im Vergleich zu dem der Schulmediziner in der Regel eher bescheiden ist (vgl. STÖHR, 2001).

Welche Anforderungen an die Alternativmedizin gestellt und welche Erwartungen in sie gesetzt werden, um die Zahl der regelmäßigen Nutzer erhalten zu können, beschreibt das nächste Kapitel.

#### **4.2.2 Anforderungen und Erwartungen an die (Alternativ)Medizin**

Einsatzbereitschaft, Verantwortungsbewusstsein, Sorgfalt, Verschwiegenheit und Gelassenheit soll der Arzt des 21. Jahrhunderts seinen Patienten gegenüber zeigen. Die Ansprüche, die heute an ihn gestellt werden, sind gestiegen und auch die Rolle des Arztes hat sich geändert. Der Arzt wird in der Regel nicht mehr als „Guru“ oder „Halbgott in Weiß“ bezeichnet, dem uneingeschränkt Einblick in die physische und psychische Intimsphäre gewährt wird, sondern als „Knopfloch-Operator, Herzkatheter-Schieber, Hirnstrom-Auswerter oder Röntgen-Technokrat“ (STÖHR, 2001, S. 2). Zudem ist er immer häufiger mit kritischen Patienten konfrontiert.

Da die Erwartungen der Patienten in die Heilkraft des Arztes sowie in die Wirksamkeit seiner Methoden, zumeist sehr hoch sind, kommt es häufig zu Enttäuschungen, was sich auf den Genesungsprozess ungünstig auswirken kann. Mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes schwindet die Hoffnung auf Heilung, sodass der behandelnde Arzt mit massiven Schuldzuweisungen durch den unzufriedenen Patienten rechnen muss (vgl. UNGER, 2007). Es darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass der mündige Patient zur Verbesserung des Gesundheitszustandes auch selbst beitragen kann und soll. Selbst optimale Therapien werden bei fehlender Compliance des Patienten nicht die zu erwartenden Wirkung haben und können auf diese Art und Weise zu Unrecht diskreditiert werden. Erstaunlicherweise äußern sich Patienten, die eine alternativmedizinische Behandlung in Anspruch genommen haben, darüber in der Regel positiv und geben an, dass ihre Erwartungen erfüllt worden seien, obwohl sich ihr Gesundheitszustand objektiv kaum merklich gebessert hat (vgl. MARSTEDT, 2008, [http](http://)). Dieser Umstand zeigt, dass die Erwartungshaltung der Menschen, unabhängig davon, ob sie einen Schul- oder Alternativmediziner konsultieren, die subjektiv empfundene therapeutische Wirkung in der einen oder anderen Weise beeinflusst. Manche Nutzer der Alternativmedizin erwarten nicht nur (Spontan)Heilung, d.h. kurative Hilfe, sondern auch oder eher psychologische Unterstützung in Richtung Lebenshilfe (vgl. KELNER, 2000). Dafür benötigt es Zeit, Zeit für ein Gespräch, in dem der Patient

seine Wünsche, Bedenken und Ängste äußern kann und sich verstanden fühlt (vgl. MARTSTEDT, 2008, <http>). Zudem erwartet der Patient vom Alternativmediziner einen ganzheitlichen therapeutischen Zugang, sodass dessen Ratschläge für sämtliche Fragen zu Lebensführung, Gesunderhaltung und Verhaltensweisen bei Krankheiten beigezogen werden können (vgl. RICHARDSON, 2004; vgl. STÖHR, 2001).

Der Klient der Alternativmedizin, der als gleichwertiger Partner behandelt werden möchte, schätzt eine „sanfte“, „sprechende“ und „diskursive“ Medizin (vgl. MARSTEDT, 2003) und da der kranke Mensch oft nach einer Erklärung für seine Erkrankung sucht, auf die ihm die Schulmedizin keine Antwort geben kann, hofft er diese im Rahmen der alternativmedizinischen Behandlung zu bekommen (vgl. RICHARDSON, 2004).

#### **4.2.2.1 Die Patienten-Arzt-Beziehung**

Arzt oder Helfer? Helfen oder heilen? Patient oder Kunde?

Nach der hippokratischen Tradition war es ausschließlich dem Arzt vorenthalten, ihm geeignet erscheinende Mittel, Maßnahmen und Behandlungsmethoden im Krankheitsfall anzuwenden. Der Patient spielte dabei eine passive Rolle und bekam dadurch „Objekt“-Charakter („Paternalismus“). Im Rahmen des Modernisierungsprozesses, begleitet von einem zunehmenden Streben nach Emanzipation und Selbstbestimmung der Patienten, verlor die paternalistisch-hippokratische Ethik ihre Vormachtstellung und der autoritäre Führungsstil des Arztes wurde vom Konzept der Patientenautonomie verdrängt. Der mündige Patient der modernen Gesellschaft, nach dessen Willen und Einwilligung ärztliche Maßnahmen gesetzt werden, rückt in den Mittelpunkt des Geschehens und wird aktiver Teilnehmer am medizinischen Patienten-Arzt-Gespräch („patient empowerment“). Den Patienten wird nicht nur autonomes Handeln ermöglicht, sondern es wird ihnen auch mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit auferlegt bzw. zugemutet, was allerdings ein gewisses Maß an Informationen und Aufklärung voraussetzt (vgl. STULZ, 2006) und nicht von jedem gewünscht wird.

Nicht nur Ärzteschaft und Politik beschäftigen sich seit einiger Zeit mit dieser Thematik, sondern auch Soziologen machen sich Gedanken zu dieser Zweier-Beziehung, die eine große Herausforderung in der Patientenversorgung darstellt (siehe Abb. 8.2.9 – Ursachen einer gestörten Arzt-Patienten-Beziehung). Der amerikanische Soziologe Talcott Parsons beschreibt, dass es einer gewissen

Vertrauensbasis bedarf, um dem behandelnden Arzt seinen Körper zur Untersuchung anvertrauen und offen über persönliche Beschwerden und Leiden sprechen zu können. Zumeist fällt der Arzt aufgrund seiner Qualifikationen und Erfahrungen die Entscheidung, welche therapeutische oder operative Methode im vorgegebenen Fall eingesetzt werden soll. Es liegt allerdings im Ermessen des Patienten – sofern er noch zurechnungsfähig ist – diese in der Hoffnung auf rasche Genesung anzunehmen oder abzulehnen, so PARSONS (1991).

Während der Arzt Spezialist für medizinische Belange ist, gilt der Patient als Spezialist für seine Krankheit im Sinne seiner Beobachtungen und zugehörigen Empfindungen. Er kennt seine Beschwerden am besten, kann seine Ängste und Nöte meist am treffendsten artikulieren (sofern möglich!), und hat sich in der Regel vor der Konsultation mit seiner Krankheit auseinander gesetzt, um mit dem Arzt des Vertrauens darüber sprechen zu können (vgl. PLATSCH, 2007). Vertrauensvoll ist die Beziehung unter anderem dann, so STÖHR (2001), wenn der Patient den Arzt - ohne Angst vor Spott oder Gelächter - auch über die Inanspruchnahme eines Alternativmediziners informieren kann. Dies hat den Vorteil, dass auf mögliche Unverträglichkeiten beider Therapiemaßnahmen hingewiesen werden kann. Außerdem haben nicht wenige Patienten Angst davor, vom Arzt nicht ernst und als Hypochonder abgestempelt zu werden.

Der Arzt gewinnt von Seiten des Patienten dann an Humanität, wenn er ihn nicht als Objekt behandelt, sondern sich in Anhörung der jeweiligen Lebenssituation diese auch bei der Therapie berücksichtigt. Der beste Arzt, so GALENUS von Pergamon, müsste daher zugleich Philosoph sein. Damit meinte er, dass im Rahmen der medizinischen Tätigkeit der ärztliche Blick auf den *ganzen* Menschen gerichtet werden solle und nicht nur die Leib-Seele-Theorie, sondern auch die Lebenssituation des Betroffenen Berücksichtigung finden sollen. Dadurch bekommt Therapieren Ähnlichkeit mit dem Philosophieren (vgl. STULZ et al, 2006).

UNGER (2007) sieht als Grundlage ärztlichen Handelns die Berücksichtigung von drei verschiedenen Bereichen. Diese sind der Umgang mit dem Patienten, dem medizinischen Umfeld sowie der Gesellschaft. Die permanente Beachtung dieser drei Faktoren, insbesondere ihre Synthese stellt eine große Herausforderung in einem medizinischen Alltag dar, in dem Ärzte meist einem erheblichen Zeitdruck ausgesetzt sind.

Der Faktor Zeit spielt im schulmedizinischen Beratungsgespräch eine eher untergeordnete Rolle, weil diese Gespräche zumeist nur wenige Minuten dauern dürfen. Die konventionelle Medizin hat ihr vorgegebenes, standardisiertes Prozedere, an dem aufgrund des evidenzbasierten Forschungsstands nicht zu rütteln ist und nach dessen Vorgaben sich ihre Vertreter zu halten haben, um in juridischer Hinsicht unangreifbar zu sein. Das Leiden des Patienten wird im dicht gedrängten ärztlichen Alltag „routiniert“ wahrgenommen und mit den Augen eines Mediziners und nicht „mit den Augen des anderen“ kommentiert und behandelt. Für die Schaffung eines Vertrauensverhältnisses könne bestimmt weniger Zeit aufgewendet werden, da dem klassischen Mediziner - möglicherweise aufgrund seiner umfangreichen Ausbildung oder seines Status - ein gewisses Vorvertrauen zu Gute kommt, das sich der Alternativmediziner erst erarbeiten muss. Daher kommt dem Faktor Zeit eine andere Bedeutung und Funktion zu. Im Vergleich zur konventionellen Medizin bedient sich die unkonventionelle Medizin keines standardisierten Programms, da viele ihrer Vertreter der Auffassung sind, dass der (kranke) Mensch für seinen Genesungsprozess eine individuelle Betreuung benötige. Der Alternativmediziner muss jedoch vor allem beim Erstkontakt eine gewisse Vertrauensbasis zu seinem Kunden/Klienten aufbauen, indem er nicht nur seine Methode bzw. Arbeitsweise und sich selbst vorstellt, sondern sich Zeit für die Bedürfnisse des Kunden nimmt. Zeit, Zwischenmenschlichkeit und die Fähigkeit zuzuhören gelten hier als essentielle Parameter mit (psycho-)therapeutischer Funktion und machen daher einen Teil der Behandlung(sstrategie) aus. Etwas überspitzt ausgedrückt findet hier eine Art „Werberede“ statt, denn der Alternativmediziner muss seinen Klienten davon überzeugen, dass *seine* Methode die Richtige und *er* der richtige Anbieter sei. Der Konkurrenzkampf unter den Alternativmedizinern ist groß, die Zahl der Anbieter ist im Steigen. Resümierend betrachtet basiert die Beziehung zum Schulmediziner primär auf dem Vertrauen auf fachliche Kenntnisse, während bei der Beziehung zum Alternativmediziner die medizinische Partnerschaft zwischen Therapeuten und Arzt im Vordergrund steht (vgl. KELNER, 2000).

Diese Patienten-Arzt-Beziehung zeigt sich heute jedoch weniger als *Vertrauensverhältnis*, so GIRKE (2007), sondern mehr als *Vertragsverhältnis* sodass dem kranken Menschen, sprich dem Patienten aufgrund der vertraglich zugesicherten Leistungsansprüche Kundencharakter zukommt.

Abschließend sei angemerkt, dass die veränderte Patienten-Arzt-Beziehung selbstverständlich nicht immer und überall gleich aussehen kann, da alleine der Umstand, dass sich ein Mensch auf der Intensivstation befindet und keine eigenen Entscheidungen treffen kann, anders zu bewerten ist als ein Routinegespräch mit einem niedergelassenen Arzt (vgl. SIEGRIST, 2005). Die persönliche Zuwendung spielt aber nicht nur bei Schwerkranken, sondern auch bei Patienten im Allgemeinen eine bedeutende Rolle und sollte daher als essentieller Baustein der medizinischen Versorgung und Therapie ausreichend Berücksichtigung finden.

#### **4.2.2.2 Heilung und Spontanheilung**

Wer kennt nicht den durch Anekdoten belegten Spruch „Wer heilt, hat Recht!“ Daraus ergibt sich nicht nur die Frage nach der Definition von „heilen“, sondern auch, ob eine Therapie nur dann eingesetzt werden dürfe, wenn *nachweislich* mit einer Heilung zu rechnen sei. Eine Therapie muss nicht per se zur Heilung führen. Zudem weiß der Arzt in nur wenigen Fällen vor dem Behandlungsbeginn, ob seine Therapie mit annähernder Gewissheit erfolgreich sein wird. Daher liegt die Kunst des ärztlichen Handelns darin, für jedes kranke Individuum die richtige Therapie zu finden, die zur Besserung bzw. Heilung führt, wobei einmalige Therapieversuche langfristig wenig aussagekräftig sind (vgl. WIESING, 2004).

ROTHSCHUH (1978) merkt kritisch an, dass die Mehrzahl der Erkrankungen von selbst heilt, nämlich ohne medizinische oder therapeutische Interventionen. SCHWEIGER (2005) und KELNER (2000) betonen, dass sogar 80% aller Krankheiten ohne jegliche (alternativ)medizinische Hilfe vorübergehen. Grippale Infekte, Darmerkrankungen, aber auch bakterielle Infektionserkrankungen kann der Körper meist von selbst beheben. Auch JONAS (1994) beschreibt die bedeutende Fähigkeit und Macht des menschlichen Organismus zur Selbstheilung. Für POPP (2006) sind Spontanremissionen auch im fortgeschrittenen Stadien schwerer Erkrankungen unbestritten. Er weist darauf hin, dass in unserem Organismus ständig uns nicht bewusst wahrgenommene Heilungsvorgänge ablaufen, quasi eine Heilung von innen kommt.

Nicht unerwähnt darf die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende Tatsache sein, dass innerhalb eines bestimmten Zeitraumes im menschlichen Organismus eine fast vollständige Erneuerung von Körperzellen stattfindet. Etwa alle fünf Wochen

erneuern sich die Magenwände, alle sechs Wochen werden die Leberzellen ausgetauscht und etwa alle drei Monate erneuern sich die Hautzellen (vgl. PLATSCH, 2007).

HESSE (2001) versteht unter Heilung nicht nur die Befreiung von Symptomen und Einschränkungen sowie die Wiederherstellung von Gesundheit, sondern auch das Heilen im spirituell-religiösen Sinne, da im Wort *Heilen* auch *Heil* steckt. Vorsicht sei geboten, wenn sich der Patient durch den ‚Zauber der Alternativmedizin‘ lediglich geheilt fühlt, obwohl er nicht geheilt ist. Dies kann in manchen Fällen in Anlehnung an den Placebo-Effekt tatsächlich mittel- und sogar langfristige Heilung bewirken, aber bei schweren Krankheitsfällen und einem gänzlichem Verzicht auf schulmedizinische Behandlung das Gegenteil hervorrufen.

Auch der Intuition kommt im Rahmen ärztlichen Handelns und Heilens große Bedeutung zu, d.h. die Fähigkeit, intuitiv die richtigen medizinischen Entscheidungen zu treffen (vgl. UNGER, 2007). DORSCHNER (2004, http) sowie UNGER (2007) sind der Auffassung, dass die Kunst des Heilens nicht nur in der Berücksichtigung der wissenschaftlich belegten Erkenntnisse und in der Anwendung chemischer Substanzen (Tabletten, Tropfen oder ähnliches) besteht, sondern auch im Einsatz von *soft skills*, wie einer kompetenten Gesprächsführung, einer feinfühligem Behandlung (behandeln = „palpare“ = berühren, Hand auflegen) und ähnlicher Vorgangsweisen. Damit arbeiten auch diejenigen Formen der Alternativmedizin, die sich der manuellen Techniken bedienen, wie Shiatsu oder Osteopathie. Nachdem der Therapeut genügend Vertrauen zum Patienten hergestellt hat, versucht er durch sanfte Berührungen (Gegner nennen sie „Streicheleinheiten“) Spannungen im Körper des Patienten aufzufinden und diese zu lösen bzw. „abzuleiten“.

9% der Probanden meiner Studie erwarten sich Spontanheilung, was in manchen Fällen einer Wunderheilung gleichkommen würde. Der Vorteil dieser „Wunderheilung“ ist der, dass sie grundsätzlich von jedem praktiziert werden kann und dafür kein abgeschlossenes Medizinstudium notwendig ist.

#### **4.2.3 Was führte zur Vertrauenskrise?**

Einen Wandel mit krisenhaften Entwicklungen, die Individuen, Gesellschaften, Institutionen und selbst die Wissenschaft betroffen hat, hat es immer wieder gegeben und daher sind Krisen nicht Ungewöhnliches. Ältere Entwicklungen kommen zu

einem gewissen Ende und neue zeigen manchmal noch Startschwierigkeiten (vgl. MITTELSTRASS, 2001).

AHRENS (2009, [http](#)) sieht Entfremdung, Überforderung, Frustration und Informations-Overkill als Defizite, die zur Vertrauenskrise der Schulmedizin beigetragen haben und beschreibt diese folgendermaßen:

### *Entfremdung*

Die Entwicklung der Medizin zu einer „Apparatemedizin“, deren Sprache für den Laien unverständlich ist, hat dazu geführt, dass sich Patient und Arzt zunehmend weiter voneinander entfernt haben. Ihr eigener Erfolg hat sie dorthin gebracht. Gestiegen sind die kommunikativen Ansprüche der Patienten, die kritisieren, dass sie in der kurzen Zeit des Patienten-Arzt-Gesprächs kaum Möglichkeit haben, sich geborgen zu fühlen und Zutrauen zu gewinnen. Zudem fühlen sich viele Patienten zu wenig über diagnostische und therapeutische Möglichkeiten aufgeklärt und beklagen die medizinische Fachsprache des Arztes, die sie nur eingeschränkt verstehen können, so STÖHR (2001). Es verwundert daher nicht, dass Therapieempfehlungen des Arztes bzw. dessen Erklärungen zur Krankheit teilweise nur in Ansätzen verstanden wurden. Fehlende Informationen holen sich die Patienten über die telefonische Patienten-Hotline oder über das Internet. Auch die vielen verschiedenen medizinischen Diskussionsplattformen im Internet weisen auf die Unzufriedenheit der Menschen mit der Schulmedizin und deren Konzepten hin. Vorsicht sei geboten, wenn alternativmedizinische Homepages ihre Kunden mit grandiosen Heilerfolgen und obskuren Wunderheilungen gewinnen wollen (vgl. AHRENS, 2009, [http](#)).

### *Überforderung*

Der mündige, autonom gewordene Patient, der aktiv am ärztlichen Beratungsgespräch teilnehmen möchte, sieht den Schulmediziner immer noch als „Halbgott in Weiß“, eine Autorität, die einerseits als Ratgeber konsultiert wird, von der ihm andererseits auch häufig Therapien aufgezwungen werden. Dadurch fühlt er sich bevormundet. Daher stoßen oftmals auch gut gemeinte und richtige Empfehlungen oder Entscheidungen des Arztes auf Ablehnung (vgl. AHRENS, 2009, [http](#)).

Die Mehrheit der Patienten ist mit den Gebrauchsinformationen von Medikamenten, die mit unzähligen Fachausdrücken befrachtet sind und durch die Auflistung unzähliger Nebenwirkungen, überfordert und verängstigt (vgl. STÖHR, 2001). Es ist

daher verständlich, dass der verunsicherte Patient auf deren Einnahme verzichtet und damit den Therapieerfolg in Frage stellt. Nicht selten wird dann auf ein „natürliches Heilmittel“ ohne Nebenwirkungen ausgewichen. In einer aktuellen deutschen Studie wird das Ausweichen auf unschädliche, nebenwirkungsarme Therapie als Hauptgrund für die Inanspruchnahme der Alternativmedizin genannt (vgl. BRÜCKER, 2008).

Es ist jedoch zu bedenken, dass den Ärzten heute wesentlich wirksamere Arzneimittel, wie Antibiotika, Kortison und dergleichen zur Verfügung stehen als noch vor wenigen Jahrzehnten, die aber paradoxerweise auf große Ablehnung bei den Patienten stoßen. STÖHR (2001) führt dies unter anderem auf eine unzureichende Aufklärung durch den behandelnden Arzt zurück, und würde sich eine bessere, sachliche Aufklärung über mögliche Wirkungen und Nebenwirkungen der verordneten Medikamente im Rahmen eines vertrauensvollen Patienten-Arzt-Gespräches wünschen.

### *Frustration*

AHRENS (2009, [http](#)) kritisiert weiters das streng dualistische Menschenbild der Schulmedizin, die eine Trennung zwischen Körper und Psyche vornimmt und sich psychosomatischer Erkrankungen der Patienten kaum annimmt. Zudem spricht er die Problematik der Defektheilung in der Schulmedizin an, deren Patienten sich nach einem massiven operativen oder therapeutischen Eingriff (Chemotherapie) über ein Weiterleben um den Preis erheblicher Lebensqualitätseinbußen freuen dürfen.

### *Informations-Overkill*

Das Internet gilt als Informationsquelle für sämtliche Fragen zu Gesundheit und Medizin und bietet unzählige Homepages an, aus denen das Erkennen seriöser Artikel für den Laien kein Leichtes ist. Goozelt man unter dem Stichwort „Gesundheit“, so finden sich über 80 Millionen Beiträge, bei „health“ listet Google sogar über eine Milliarde Treffer auf. Einerseits wird der Nutzer mit diversen Kuren und Gesundheitsratschlägen zugeschüttet, andererseits wird er durch Berichte über schwere Kunstfehler und Operationsmissgeschicke verunsichert, die nur dazu führen, dass das Misstrauen gegenüber Schulmedizinern steigt (vgl. AHRENS, 2009, [http](#)).

WILLICH (2004) und BRAUN (2001) haben sich bereits vor einigen Jahren mit dieser Frage beschäftigt, was dazu führte, dass sich die Schulmedizin nun in einer krisenähnlichen Situation befindet, die folgendermaßen charakterisiert wird:

- Sorglose Verschreibung von nebenwirkungsreichen Medikamenten
- Erzeugung von Ängsten und Abhängigkeiten
- Entmenschlichung
- Entmündigung
- Missachtung der individuellen, persönlichen Bedürfnisse
- Mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit zuzuhören
- Tendenz zur Mehrklassengesellschaft
- Mechanistischer Zugang
- Schulmediziner als „TÜV-Prüfer“
- Hilflosigkeit gegenüber schweren, chronischen Erkrankungen
- Verwendung von Fachvokabular durch den Schulmediziner

Es zeigt sich, dass eine Summe an unterschiedlichen Faktoren dafür verantwortlich ist, dass immer mehr Menschen zu Kritikern der Schulmedizin und Befürwortern der Alternativmedizin werden. Dass die hohe Akzeptanz der Alternativmedizin kaum fachlich, sondern eher emotional und persönlich zu begründen ist, wird im nächsten Kapitel aufgezeigt.

#### **4.2.4 Beweggründe für die Inanspruchnahme alternativmedizinischer Therapien**

Alternativmedizinische, im speziellen fernöstliche Therapien haben einerseits das medizinische Spektrum bereichert, andererseits auch Unruhe gestiftet. Es haben sich im Lauf der Jahre nicht nur die Medizin und ihr Krankheitsspektrum geändert (Befindlichkeitsstörungen werden ernst genommen), sondern auch die Erwartungen, Bedürfnisse und Verhaltensweisen der Menschen (vgl. KÖNTOPP, 2004). Die klassische Medizin ist nun aufgrund der zunehmenden Akzeptanz dieser unorthodoxen Methoden aufgefordert zu reflektieren, welche Gründe für die starke Präsenz der Alternativmedizin und deren Inanspruchnahme sprechen.

Bewegt man sich auf dem medizingeschichtlichen Weg ein paar Jahre rückwärts, so wird man auf der Suche nach einem potentiellen Auslöser bzw. Anlass, der zu diesem kräftigen Aufleben alternativer Heilmethoden führte, scheitern.

BUSER (2003) nennt ganz allgemein die **Enttäuschungen durch die Schulmedizin**, die **Erfahrungen mit erfolglosen konventionellen Therapien**, die **Abwehr der High-Tech-Medizin** und die **Befürchtungen vor Gefahren invasiver Techniken und Nebenwirkungen**, die die Menschen zur Alternativmedizin führen. Sie wird sowohl von kranken als auch von gesunden Menschen geschätzt, da sie nicht nur zum Genesungsprozess, sondern auch zur **Erhaltung des Wohlbefindens** beiträgt. Wohlbefinden lässt sich in manchen Fällen relativ einfach mittels manipulativer, körperbezogener Therapie herstellen, womit sich der Wellness- und Entspannungscharakter der Alternativmedizin erklären lässt. Zudem sind vor allem körperbezogene Therapien in der Lage, die Krankheit und deren Symptome kurzfristig in den Hintergrund zu drängen. Allein die Zuwendung durch „Handauflegen“ (Reiki oder Cranio-Sacrale Therapie) zusammen mit „heilenden“ Worten geben so manchem Patienten das **Gefühl von Vertrautheit und Geborgenheit**, das in der Schulmedizin vermisst wird.

Menschen mit leichten oder chronischen Erkrankungen schätzen es, dass sich die Alternativmedizin **um ihr Kranksein kümmert** und nicht wie die Schulmedizin lediglich um die Krankheit (vgl. PLATSCH, 2007). Außerdem wird dem Wunsch des Patienten, am ärztlichen Beratungsgespräch bzw. am Genesungsprozess selbst teilhaben zu können (**Patient als aktiver Entscheidungsträger**), vom Alternativmediziner im weitaus höheren Ausmaß entsprochen als vom Schulmediziner. Als weiterer Hauptgrund für die Inanspruchnahme alternativmedizinischer Behandlungsmethoden zählt deren **ganzheitlicher Behandlungsansatz**, welcher in der Schulmedizin zu wenig Berücksichtigung findet (vgl. SIROIS, 2008).

Alternativmedizinische Therapien gelten in der breiten Öffentlichkeit als **natürlich, sanft** und **nebenwirkungsfrei bzw. –arm**, was ihnen hohe Akzeptanz verschafft (vgl. SIROIS, 2008; vgl. BRÜCKER, 2008). Die Menschen sind **unzufrieden mit der Schulmedizin**, die zumeist „chemische“ Methoden zur Krankheitsbewältigung vorschlägt. Sie sind daran interessiert, auch andere Therapiemöglichkeiten kennen zu lernen und fordern Natur statt Chemie. Ob es sich dabei um wissenschaftlich fundierte Verfahrensweisen handelt oder nicht, ist für den regelmäßigen Nutzer

irrelevant (vgl. KELNER, 2000; vgl. STÖHR, 2001). Die Meinung, dass die Wissenschaftlichkeit der orthodoxen Medizin generell auf Ablehnung stößt, ist allerdings nicht stichhaltig. Es findet daher kein „flight from science“ (KELNER, 2000, S. 68) statt. Die Menschen suchen bei der unorthodoxen Medizin primär Heilung - auf körperlicher und seelischer Ebene - und keine wissenschaftliche Behandlung. Es ist die **Patienten-Arzt-Beziehung**, auf die in der Alternativmedizin besonderer Wert gelegt wird und die nicht nur **kurativen** („Placebo-Effekt“), sondern **auch psychotherapeutischen Effekt** hat. Der Nutzer, der Dirigismus und Bevormundung ablehnt, schätzt das partnerschaftliche Verhältnis zum alternativen Heilpraktiker.

Vereinzelt ersetzt der Alternativmediziner sogar den Psychotherapeuten. Psychologen und Psychiater haben eine „interpersonal and intrapsychic“ (KELNER, 2000, S. 64) Erklärung für die große Attraktivität der Alternativmedizin, die Kranke in ihrer Verzweiflung und Hoffnung auf Heilung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes aufsuchen. Deshalb wird sie als „fountain of hope and despair because of reflexivity“ (KELNER, 2000, S. 64) gesehen.

STÖHR (2001) sieht eine gewisse Animosität gegenüber der naturwissenschaftlich-technisch fundierten Medizin sowie eine Affinität zu irrationalen Behandlungsmethoden (von abergläubigen Ritualen bis zur Wallfahrt nach Lourdes), die im Krankheitsfall auch an kritisch denkenden Menschen beobachtet wird.

HELL (2005) nennt die **Seelenlosigkeit der Schulmedizin** als Grund für ihren Akzeptanzverlust und betont die Heilungserwartungen, die teilweise von Seiten „alternativer“ Therapeuten in Aussicht gestellt werden, auch wenn sie dann nicht immer erfüllt werden können. Alleine die (zumeist) gute Gesprächsführung durch den Alternativmediziner oder Heilpraktiker leistet dabei einen wesentlichen Beitrag. Der **Faktor Zeit** spielt hier eine bedeutende Rolle, wobei entscheidend ist, wofür sich der Arzt Zeit nimmt. Zeit, dem Patienten zuzuhören, ihm die Therapie zu erklären, auf mögliche Risiken und Nebenwirkungen aufmerksam zu machen; dergleichen wird vom modernen Menschen besonders geschätzt (vgl. AHRENS, 2009, http).

Der **Verzicht auf belastende und riskante Operationen und an Nebenwirkungen reiche Therapien**, unter denen manche Patienten leiden und die letztlich auch die Qualität der Restlebenszeit massiv beeinträchtigen können, wird sehr gerne angenommen. Man denke nur an Chemotherapien, die häufig mit unangenehmen Folgen wie Haarausfall und massiver Übelkeit einhergehen. Trotz der fakultativ

lebensverlängernden Wirkung stellen sie wohl nicht den zukunftsweisenden therapeutischen Ansatz dar.

Von Krebspatienten wird der Alternativmediziner bei Fragen zu ihrer Krankheit gerne auch als **Informationsquelle** herangezogen. Obwohl Alternativmediziner in der Regel weder Fachonkologen sind noch über das nötige Wissen verfügen, werden Ratschläge und Expertisen von ihren Klienten/Patienten gerne angenommen. Motive, warum alternativmedizinische Behandlungen von ihnen in einzelnen Fällen doch wieder abgebrochen werden, sind einerseits die Angst vor einem erneuten Krankheitsausbruch und vor einer negativen Beeinflussung der konventionellen Behandlung; andererseits wird dann doch die Qualität ihrer Methoden in Frage gestellt (vgl. HUMPEL, 2006).

ASTIN (1998) sieht als weiteren Grund für die hohe Akzeptanz alternativmedizinischer Heilmethoden die größere Übereinstimmung dieses Medizinsystems mit den Werten, dem Glauben sowie der **Lebensphilosophie des postmodernen Menschen**. Der Mensch ist auf der Suche nach dem Transzendentalen, nach dem göttlichen Prinzip, dessen heilenden Einfluss er in der Alternativmedizin an sich zu erleben hofft (vgl. UNGER, 2007). O'CONNOR (1995) bezeichnet daher die Alternativmedizin als „alternatives Glaubenssystem“ („alternative belief system“).

Generell betrachtet kann eine alternativmedizinische Methode nur dann Aufmerksamkeit erwecken, wenn sie im soziokulturellen Trend der jeweiligen Zeit liegt, wie verschiedene Diät- und Vitaminbehandlungen oder ähnliches (vgl. KELNER, 2000).

Die Konfrontation mit dieser Tatsache ist für die Schulmedizin schmerzlich, zumal sie leidvoll erkennen muss, welch geringen Stellenwert ihre in den letzten Jahren erzielten Fortschritte im medizintechnischen und therapeutischen Bereich für die Gesellschaft haben. Aus dieser Tatsache geht hervor, dass der Kranke um schneller und besser genesen zu können, auch in emotionaler Hinsicht zufrieden gestellt werden muss. Dazu gehört selbstverständlich sowohl die hoch qualifizierte fachspezifische Behandlung, als auch - ebenso bedeutend - die kompetente, persönliche Betreuung und emotionale Zuwendung.

### **4.3 Zusammenfassende Schlussbetrachtung**

Hätte man vor etwa 100 Jahren geahnt, welche Leistungen von der postmodernen Medizin erbracht werden würden, dann hätte sich wohl niemand vorstellen können, dass neben der klassischen Medizin auch noch ein anderes Medizinsystem existieren könnte.

Die Alternativmedizin findet seit Jahrzehnten und heute mehr denn je Akzeptanz und Nutzung. Immer mehr Menschen fühlen sich von ihr angezogen und hoffen bei unterschiedlichen Leiden und Krankheiten auf Hilfe bzw. Unterstützung. Daher wird sie von der Schulmedizin zunehmend häufiger als Konkurrenz gesehen. Erstaunlicherweise sind es nicht in erster Linie einfache Menschen aus unteren sozialen Schichten, die alternativmedizinische Therapien in Anspruch nehmen, sondern vielmehr Menschen, primär Frauen, aus gehobenen gesellschaftlichen Schichten mit guter Schulbildung. Daraus ist zu schließen, dass generell betrachtet Unzufriedenheit und Unbehagen mit der Schulmedizin zur Alternativmedizin führen.

Solange diese unkonventionellen Heilsweisen, sei es aus Mangel an Zugangsmöglichkeiten oder aus wirtschaftlichen Gründen, lediglich vereinzelt Zuspruch fanden, war es für die Schulmedizin als ihr Gegner ein Leichtes, sie abzulehnen und zu ignorieren. Doch seitdem immer mehr Hilfesuchende alternativmedizinische Methoden in Anspruch nehmen, kann sie nicht mehr darüber hinwegsehen. Es macht daher wenig Sinn, gekränkt und aggressiv zu reagieren. Sie muss evaluieren, welche Mängel und Defizite zu diesen Abwanderungstendenzen führen.

Der Wunsch nach ganzheitlicher Behandlung, aktiver Beteiligung am ärztlichen Beratungsgespräch sowie am Genesungsprozess und kritische Distanz zur apparativen und „chemischen“ Medizin, aber auch die Vernachlässigung psychosozialer Faktoren bei der Vermittlung der Diagnose und im anschließenden therapeutischen Verfahren werden als Hauptgründe für die hohe Akzeptanz der Alternativmedizin gesehen. Eine nicht unwesentliche Rolle spielen hier auch die unterschiedlichen Weltanschauungen und Gesundheitsvorstellungen der Vertreter beider Medizinsysteme. Die Klienten alternativmedizinischer Methoden fühlen sich mit ihren Leiden ernst genommen und schätzen die Gesprächs- und Aufklärungsbereitschaft der Therapeuten. STÖHR (2001) beschreibt, dass diese Entwicklung durch den neoromantischen Zugang der Menschen zur Natur begünstigt wird.

Sicherlich hat auch das Internet, das Unmengen an medizinischen, teilweise pseudomedizinischen Homepages anbietet, zur Verbreitung alternativmedizinischer Verfahrensweisen beigetragen. Vor allem der postmoderne Mensch, der Interesse am selbst gesteuerten, „ich-orientierten Handeln“ hat (STULZ, 2006, S. 58f), versucht anhand der Informationen aus dem Internet medizinische Diagnosen zu erstellen. Andererseits wird das Internet häufig nach der ärztlichen Diagnosestellung konsultiert. Dies im Hinblick auf Art, Prognose und therapeutische Möglichkeiten der vorliegenden Erkrankung. Hat der Patient nun Meinungen von „Net-Doktoren“, die im Übrigen auch divergieren können oder aber in bestimmten Internetforen auch von Betroffenen eingeholt, so tritt er seinem oder dem behandelnden Arzt selbstverständlich voreingenommen gegenüber. Der Schulmediziner ist also häufig mit halbgebildeten und voreingenommenen Patienten konfrontiert – die unangenehmste Variante, die man sich vorstellen kann. Unter diesen Voraussetzungen erfordert die Einleitung und Annahme einer Therapie durch den Patienten erheblichen Zeitaufwand des Schulmediziners und das Vertrauen des Patienten. Wenn im schlimmsten Fall beide Bedingungen nicht erfüllbar sind, kann man sich die Frustration auf beiden Seiten leicht vorstellen. Die Verlockung, es alternativ mit der „sanften“ Medizin zu versuchen, wächst.

Es fällt auf, dass für die Inanspruchnahme unkonventioneller Heilmethoden eher emotionale, denn rationale Argumente zählen. Intellektuelle Defizite, finanzielle Interessen und gegenseitige Antipathien können hier entscheidungswirksam sein (vgl. STÖHR, 2001).

Es wäre allerdings falsch, die Zunahme der Nachfrage nach alternativ- und komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden als Beleg für deren Wirksamkeit zu sehen; sie verdeutlicht aber die Unzufriedenheit der Patienten, deren Wunsch nach einer Erweiterung therapeutischer Möglichkeiten besteht (vgl. WILLICH, 2004). Ob die Alternativmedizin tatsächlich eine Alternative zur Schulmedizin darstellt, ist allerdings in vielen Fällen zweifelhaft. Zukunftsaspekte der Alternativmedizin werden im letzten theoretischen Teil dieser Arbeit erörtert werden.

## 5. Neue Dimensionen in der Medizin

In den letzten Jahren wird häufig von einer Krise im Gesundheitswesen gesprochen. Die einen verstehen darunter die zunehmenden Abwanderungstendenzen von der Schul- zur Alternativmedizin, die anderen verbinden damit die steigenden Gesundheitskosten. Wir haben der Schulmedizin, auf die kaum jemand im Krankheitsfall verzichten möchte, großartige Erfolge in Diagnostik und Therapie zu verdanken. Wegen der damit verbundenen Hochtechnologie macht sie aber vielen Patienten Angst. Besonders geschätzt wird die moderne High-Tech-Medizin von Schwerkranken, da sie in diesen Fällen gute Dienste leistet, während sie für chronisch und psychosomatisch Kranke sowie für Menschen mit Befindlichkeitsstörungen weniger tun kann. Aus diesem Grund sowie aufgrund der jährlich steigenden Zahl chronisch Kranker (siehe Kapitel 1.2.3), bedingt durch die höhere Lebenserwartung, erklärt sich das Suchen dieser Menschen nach alternativen Therapien (vgl. STÖHR, 2001).

Die steigende Nachfrage nach alternativmedizinischen Therapieverfahren kann als eindeutiges Zeichen dafür gesehen werden, dass die Menschen mit den Leistungen der Schulmedizin, welche an Glaubwürdigkeit verloren hat, unzufrieden sind und deren Tätigkeitsfeld für ihre Bedürfnisse unzureichend finden. Was aber sind die Folgen dieser hohen Akzeptanz der Alternativmedizin für das Gesundheitssystem und wie wird die Schulmedizin darauf reagieren? Das sind die Fragen, denen sich dieser Abschnitt widmen wird. Zudem wird auch ein Modellversuch vorgestellt, der aufzeigen soll, in welcher Form zwei völlig unterschiedliche Systeme zu ihrem Einsatz kommen könnten - Schulmedizin und Radiästhesie.

### 5.1 Die Medizin der Zukunft

Die Medizin der Zukunft hat ihre Wurzeln in der Vergangenheit und ist als Teil der Gesamtkultur eines Landes einem ständigen Wandel unterworfen, der unterschiedliche Trends und Tendenzen hervorbringt.

Mit dem Anbrechen des Computerzeitalters vor wenigen Jahrzehnten und der dadurch veränderten Arbeitsmarktsituation, gekennzeichnet durch stark steigende Leistungsanforderungen, kam es zu einem erhöhten Auftreten von Herz-Kreislauf-

Erkrankungen, Asthma, Allergien, Burn-out, Depressionen und ähnlichen Krankheitsbildern. Die Medizin ist daher aufgefordert, darauf adäquat zu reagieren und sieht es als ihre Aufgabe - gemäß der evidenzbasierten Medizin - entsprechende Forschung zu betreiben, um zu wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen zu gelangen. Diese sollen dabei helfen, den Ausbruch dieser Zivilisationserkrankungen weitgehend zu verhindern bzw. die richtigen therapeutischen Maßnahmen einzusetzen. Hinzu kommt, dass es sich hierbei nicht nur um chronische Erkrankungen, sondern auch um psychosomatische Leiden und Befindlichkeitsstörungen handelt, die noch vor wenigen Jahrzehnten als Krankheiten der Hypochonder abgewertet wurden und in der Schulmedizin daher kaum Beachtung fanden.

Doch infolge des gesellschaftlichen Wandels und veränderter Krankheitsbilder hat sich auch der Patient weiterentwickelt. Er war autoritätsgläubig und leicht zufrieden zu stellen. Völlig undenkbar war alleine die Vorstellung, dass der Arzt nach einer Fehldiagnose oder einem medizinischen Kunstfehler verklagt werden könnte. Für den modernen Patienten ist der Arzt nicht mehr der „Halbgott in Weiß“, dem alles geglaubt wird und dessen Therapien stets angenommen werden. Die Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen der Patienten haben sich geändert. Die Mehrheit der Patienten zeigt autonomes, selbstbewusstes Verhalten, nimmt daher die Entscheidungsfreiheit bei der Arzt- und Therapiewahl wahr und den ärztlichen Therapievorschlag nicht mehr unreflektiert an.

Zudem muss sich die Schulmedizin heute vor Schadenersatzklagen seitens der Patienten in Acht nehmen, um Schuldzuweisungen und Verurteilungen abwehren zu können. Der Abschluss einer Haftpflicht- und Rechtsschutzversicherung mit hohen Deckungssummen ist für den Schulmediziner daher unumgänglich. Die Alternativmedizin ist bis dato noch nicht aufgefordert, in dieser Richtung vorzusorgen, da sie in der Regel nicht mit Schadenersatzzahlungen zu rechnen hat. Es ist anzunehmen, dass hier deswegen nicht geklagt wird, weil die Alternativmediziner und ihre Verfahren nicht in die Pflicht genommen werden können, da diese weder etwas versprechen, noch Risiken im Sinne einer Schädigung des Patienten beim Heilverfahren eingehen. Die Alternativmedizin gilt als sanft, natürlich und nebenwirkungsfrei, und der ausgebliebene Heilerfolg wird ihr nicht in aggressiv-reaktiver Weise angelastet, wie dies gelegentlich bei der Schulmedizin der Fall ist.

Sie wird als vollkommen risikofreie Medizin gesehen, besonders gerne von denjenigen, die sie betreiben, weil sie sich niemals exponiert.

### 5.1.1 Die Stellung der Alternativmedizin im Gesundheitssystem

Im Jahr 1989 wurde der Dachverband der österreichischen Ärzte für Ganzheitsmedizin gegründet, der als der größte Zusammenschluss komplementärmedizinischer Ärztesgesellschaften Österreichs gilt und seine Interessen nach außen gegenüber Behörden und Medien vertritt. Durch die qualitativ hochwertige Ausbildung ihrer Mitgliedsgesellschaften kann eine optimale Betreuung und Behandlung auf medizinischer Ebene gewährleistet werden, denn Komplementärmedizin muss ihrer Meinung nach eine ärztliche Angelegenheit bleiben (vgl. GAMED, 2009, [http](#)).

Wäre die Alternativmedizin im Gesundheitssystem vollständig verankert, würde sie auch die Ressourcen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen, was aufgrund ihres fehlenden Wirksamkeitsnachweises vor allem von Schulmedizinern ungern gesehen werden würde (vgl. BOCK, 1993).

Weltweit werden vier verschiedene Gesundheitssysteme unterschieden, die folgendermaßen beschrieben werden (vgl. KÖNTOPP, 2004):

1. Das *monopolistische System*, das ausschließlich das schulmedizinische System akzeptiert und andere Systeme verbietet (Frankreich als Prototyp)
2. Das *tolerante System*, das neben dem schulmedizinischen System auch komplementärmedizinische Therapieverfahren toleriert (vertreten in mehreren europäischen Ländern)
3. Das *inklusive System*, das schul- und alternativmedizinische Systeme als Elemente des Gesundheitswesens anerkennt (vertreten im mittleren und südlichen Asien)
4. Das *integrierte System*, in dem mehrere Systeme zu einem einzigen Gesundheitswesen zusammenfasst werden (vertreten in China, Nepal und Korea)

In Österreich existiert derzeit das „tolerante System“, in dem zwar alternativ- bzw. komplementärmedizinische Therapieverfahren toleriert werden, die Vertreter beider

Systeme sich jedoch untereinander häufig bekämpfen. Der Alternativmediziner wirft dem Schulmediziner vor, sich im Rahmen eines ausführlichen Patienten-Arzt-Gespräches nicht empathisch um die sozialpsychologischen Faktoren des Kranken - im Sinne einer Ganzheitlichkeit - zu kümmern und ihn nicht oder zu wenig aktiv am Entscheidungs- und Genesungsprozess teilhaben zu lassen. Tatsache ist aber, dass nicht jeder Patient das Bedürfnis nach einem ausführlichen Gespräch mit dem behandelnden Arzt sowie nach selbstbestimmtem Handeln im Rahmen des ärztlichen Diagnose- und Therapieverfahrens verspürt. Die Menschen agieren im Krankheitsfall unterschiedlich und teilweise sogar irrational. Zudem ist auch nicht jeder Kranke bereit oder imstande, seine potentiellen Krankheitsursachen zu analysieren, und selbst wenn es notwendig wäre, sich dafür emotional zu öffnen und über das soziale Umfeld und die persönlichen Gewohnheiten zu sprechen.

Die Berücksichtigung psychosozialer Zusammenhänge würde aber nicht nur dem Betroffenen selbst helfen, sondern auch für die Volkswirtschaft von Bedeutung sein, da dadurch in einzelnen Fällen Kosten für weitere, kostspielige Diagnoseverfahren eingespart werden könnten (vgl. STÖHR, 2001).

Darüber hinaus bevorzugen es manche Patienten, dass der Arzt ihres Vertrauens die Therapieentscheidung trifft und sie damit weiterführender Überlegungen und Entscheidungen entoben sind.

Die Schulmedizin kritisiert, dass die Vertreter alternativmedizinischer Heilsweisen seit mehreren hundert Jahren, manche seit ihrem Bestehen, unreflektiert auf ihren teilweise spekulativen, naturheilkundliche Erfahrungen bestehen und keinen klinischen Wirksamkeitsnachweis erbringen können. Da manche alternativmedizinische Behandlungsmethoden auf einem sehr komplexen Weltbild, das mit unserem westlich orientierten kaum erklärbar ist, beruhen, lassen sie sich mit den wissenschaftlichen Methoden der Schulmedizin kaum überprüfen, was eine Integration in das bestehende Gesundheitssystem erschwert.

Wie eine Kooperation beider Medizinsysteme aussehen kann und welche Faktoren dabei berücksichtigt werden müssen, wird im nächsten Kapitel aufgezeigt.

### 5.1.2 Kooperation von Schulmedizin und Alternativmedizin

Das Verhältnis von Schulmedizin und Alternativmedizin ist in unserem Gesundheitssystem nach wie vor von gegenseitigem Misstrauen geprägt und Annäherungsversuche finden nur in einzelnen Fällen statt.

Obwohl immer nur die Abwanderung der Patienten von der Schulmedizin zur Alternativmedizin thematisiert wird, findet auch der umgekehrte Vorgang statt. Auch alternativmedizinische Therapeuten sind nicht ausnahmslos in der Lage, ihre Heilversprechen einzulösen bzw. zu heilen und die Bedürfnisse ihrer Klienten zu befriedigen, sodass manche enttäuscht wieder zur Schulmedizin zurückkehren und dort nach einem aufklärenden Gespräch zur „Wiedergutmachung“ verlangen. Diese Tatsache sollte als Anlass genommen werden, für eine Integration konventioneller und unkonventioneller Therapierichtungen offen zu sein, um die medizinische Einseitigkeit auszugleichen und die positiven Elemente aller vernünftigen Behandlungsmethoden anzuwenden (vgl. STÖHR, 2001).

Bei eingehender Analyse beider Medizinsysteme wird deutlich, dass weder das eine noch das andere dem Anspruch nach Ganzheitlichkeit gerecht werden kann. Die Schulmedizin beruft sich einseitig auf das naturwissenschaftliche Dogma und damit auf gegenwärtig gesicherte Kenntnisse, vernachlässigt jedoch die psychosozialen Faktoren des Kranken. Die Alternativmedizin lässt naturwissenschaftliche Erkenntnisse völlig außer Acht, weil sie auf keine zurückgreifen und nur als Erfahrungsheilkunde gesehen werden kann. Aus diesem Grund sieht WEIL (1999) ein Zusammenwachsen aus konventionellen und unkonventionellen Verfahren als sinnvoll, zumal beide die gleichen Ziele verfolgen, nämlich Gesundheitserhaltung und -wiederherstellung.

Eine Kombination aus schul- und alternativmedizinischen Behandlungsmethoden wird bereits seit einigen Jahren von manchen Menschen in Anspruch genommen, wobei die Alternativmedizin zumeist nicht konträr, sondern komplementär zur Schulmedizin angewendet wird.

Eine Möglichkeit, diese *asymmetrische Koexistenz* aufzuheben, sieht HOPPE (2007) in einem vorurteilsfreien aufeinander Zugehen beider Medizinsysteme und in der Suche nach wechselseitigen Ergänzungspotentialen. Im Jahr 2007 bestätigten im Rahmen des Dialogforums „Pluralismus in der Medizin“ Vertreter aus England, Schweden, Frankreich, Italien und Deutschland bereits bestehende Annäherungen unkonventioneller medizinischer Praktiken an die konventionelle Medizin. Die

Zukunftsvision geht in Richtung nach nur einer einzigen Medizin, nach „der Medizin“, die die komplementären bzw. ergänzenden Methoden einbezieht und daraus eine neue medizinische Disziplin entwickelt. Eine so genannte „ad on“-Medizin könnte als neue, effiziente Versorgungsleistung für die Patienten verstanden werden (vgl. HOPPE, 2007).

Derzeit existieren in Österreich beide Medizinsysteme unkoordiniert nebeneinander und es bleibt den Patienten überlassen, welche Methoden er bei welchen Krankheitsbildern und Beschwerden vernünftigerweise einsetzt. Dabei handelt er in Ermangelung fachspezifischer Ratschläge und aufgrund ihres Krankheitszustandes teilweise emotional und wenig rational (vgl. STÖHR, 2001).

Es wäre daher aus verschiedenen Gründen notwendig, alternativmedizinische Methoden, auch wenn diese nicht evidenzbasiert sind, in das therapeutische Handeln einzubeziehen. Ausgewählte, erfahrene Vertreter beider Medizinsysteme müssten im Rahmen von „Round-Table“-Gesprächen dazu bereit sein, die Methodenvielfalt (Pluralismus der Medizin) als Bereicherung für die Medizin anzuerkennen und sich ihrer auf vernünftige Art und Weise zu bedienen. Dies bedarf allerdings nicht nur der Aufgeschlossenheit der konventionellen gegenüber der unkonventionellen Medizin, sondern auch der Akzeptanz der Vertreter alternativmedizinischer Methoden untereinander. Im Sinne eines gesamtwirtschaftlichen, gesundheitsorientierten Handelns mag es sinnvoll und gewinnbringend erscheinen, in Gemeinschaftsarbeit einen medizinischen Leistungskatalog zu erstellen, wann und bei welchen Erkrankungen welche Behandlungsmethoden zur Anwendung kommen sollen. Dies soll im Hinblick auf das Wohl der Patienten unter Hintanstellung wirtschaftlicher Interessen erfolgen und könnte somit Schulmediziner und Gesundheitsbudget entlasten. Es bleibt allerdings dem Patienten überlassen, die für ihn als geeignet erscheinende Therapie auszuwählen. Der Patient darf auch nicht zur Annahme eines Therapieverfahrens überredet werden, welches er als Gesunder und nicht durch eine Ausnahmesituation beeinflusst, niemals in Anspruch nehmen würde. Dieser Katalog dient nur der Entscheidungsfindung und sollte Scharlatane und deren unseriöse Methoden ausschließen.

Die Schulmedizin, bemerkt STÖHR (2001), müsste als wissenschaftliche Grundlage einer integrativen Medizin aufgewertet werden, womit ihr schlechtes Image aufpoliert und das unangemessen positive der Alternativmedizin korrigiert werden sollte.

Absurde, unsinnige Heilsweisen haben in einem solchen Gesamtkonzept keinen Platz. Deshalb sollten nur integrationswürdige und –fähige alternativmedizinische Methoden aufgenommen werden, wie beispielsweise Naturheilverfahren, dessen Anwendung bislang nur eine geringe Bedeutung in der Schulmedizin gefunden hat, bei verschiedenen Zivilisationskrankheiten jedoch empfehlenswert wäre (siehe Abb. 8.2.10) ferner verschiedene ausgewählte alternative Heilverfahren wie etwa Akupunktur, Homöopathie und TCM. Es hat sich herausgestellt, dass der Einsatz spiritueller Heilverfahren bei schweren chronischen und psychosomatischen Erkrankungen in manchen Fällen sogar sinnvoll ist, sofern die schulmedizinische Behandlung dadurch keine Beeinträchtigung erfährt und die Integrität des Patienten gewahrt bleiben kann. Aus diesem Grund sollte die integrative Medizin gegenüber spirituellen und religiösen Bedürfnissen aufgeschlossen sein und den Wunsch des Patienten danach nicht ignorieren. Vor jedem Einsatz alternativmedizinischer Methoden wird jedoch, ausgenommen seien lediglich banale, leichte Erkrankungen, eine schulmedizinische Abklärung empfohlen, um ernsthafte Erkrankungen rechtzeitig erkennen und entsprechend behandeln zu können. Akute und schwere Erkrankungen fallen in den Kompetenzbereich der Schulmedizin, solange sie Heilungschancen erkennen bzw. schmerzlindernd wirken kann. Im Sinne von Rationalität und Wirtschaftlichkeit sollten Bagatellerkrankungen - sofern möglich - in Eigenregie - mit den Mitteln der Naturheilkunde und Volksmedizin behandelt werden, solange sie nicht chronisch werden und keine sicht- bzw. fühlbare Besserung eintritt (vgl. STÖHR, 2001).

DORSCHNER (2004, <http>) ist der Auffassung, dass für eine zukunftsorientierte Medizin die Integration verschiedener Denkmodelle, Vorstellungen und Handlungsmethoden notwendig ist, um die Schulmedizin zum Bestandteil einer integrativen Ganzheitsmedizin werden zu lassen. Dazu müssten folgende Parameter beachtet werden:

- Glaube an die Existenz von nicht erkennbaren und daher nicht messbaren Kräften
- Gaube an die semiotische Korrespondenz von Phänomenen bzw. Symptomen
- eine dem Kausalgesetz zugrunde liegende übergreifende Logik von vernetzten Ablaufprozessen in der belebten Natur
- die Unterstützung und Anregung der körpereigenen Selbstheilungskräfte

- ganzheitliches Wirken unter Einbeziehung der naturheilkundigen Betrachtungs- und Vorgehensweise
- Hermeneutik als Unterstützung bei der Deutung verbaler und nonverbaler Zeichen bzw. Symptome
- als Voraussetzung für eine echte Ganzheitsmedizin gilt eine fundierte schulmedizinische Ausbildung, in die auch verschiedene Naturheilverfahren sinnvoll integriert werden können

Resümierend kann festgehalten werden, dass das Verhalten der Patienten als Zielgruppe der integrativen Medizin auf den Wunsch nach Ergänzung der Schulmedizin durch alternativmedizinische Therapieverfahren hindeutet (vgl. STÖHR, 2001).

Eine Integration beider medizinischer Philosophien wäre daher gewinnbringend und konstruktiv, allerdings bedarf es der Unterstützung der Entwicklung neuer und der Akzeptanz vorhandener Denkweisen und Handlungsmuster. Um Missverständnisse zu vermeiden bedarf es einer klaren Abgrenzung beider Medizinsysteme und für gegenseitiges Verständnis gelegentlich eines Perspektivenwechsels.

### **5.1.3 Perspektivenwechsel in der Medizin**

Das Gesundheitswesen wird weder durch mehr Markt noch durch mehr Staat verändert, sondern durch ein neues Selbstbewusstsein der Bürger reformiert. Es gehört der Bevölkerung mit ihren Bedürfnissen und nicht dem Kapital mit seinen Interessen (vgl. HUBER, 2001, [http](#)).

Der wissenschaftliche Fortschritt der konventionellen Medizin verdient ein hohes Maß an Anerkennung, zumal er entscheidend zur Verbesserung der Lebensqualität und der Verlängerung des Lebens beigetragen hat. Niemand, weder der gesunde, noch der kranke Mensch will auf diese Errungenschaften verzichten. Prävention und Rehabilitation gewinnen neben der kurativen Medizin wieder mehr Aufmerksamkeit, da der postmoderne Mensch autonomes, selbst bestimmtes Verhalten bevorzugt und den behandelnden Arzt zunehmend als Berater sieht. Das vorrangige Ziel der modernen Medizin liegt darin, die technischen Errungenschaften zu nutzen und sie in einen humanitären Kontext zu stellen.

BAUCH (2000) sieht den Fortschritt der Medizin als Paradoxon und kommt zu der Annahme, dass die Krankheitsprävalenz der Gesellschaft auf die Erfolge der Schulmedizin und nicht auf ihre vermeintliche Unfähigkeit zurückzuführen ist. Eine mangelhafte, inkompetente medizinische Versorgung würde zu einem früheren Ableben der Betroffenen führen, was statistisch zu einer Senkung der Krankheitsfälle und zu einem Anstieg der Todesfälle führen würde. Die Medizin versucht, entsprechend ihren Ressourcen, nicht nur ein Optimum, sondern auch ein Maximum für die Gesundheit des Individuums sowie für die Gesellschaft zu leisten. Aber auch sie hat mit Grenzen, Schwierigkeiten und Hindernissen zu kämpfen und kann nicht immer Erfolg versprechende Arbeit leisten.

PLATSCH (2007) ist der Ansicht, dass sich die stofflich-materiell orientierte Schulmedizin zugunsten der ganzheitlich orientierten Medizin verabschieden muss. Dafür ist es jedoch notwendig, Bereitschaft und Offenheit für eine neue, teilweise unfassbare, mit dem freien Auge nicht sichtbare Realität (das „heilenden Feld“) zu zeigen. Es handelt sich hier um quantentheoretische Erkenntnisse, die nicht nur für die Physik, sondern auch für die Medizin Geltung haben. Im menschlichen Körper, aufgebaut aus Molekülen und Atomen, findet im Rahmen eines Heilungsprozesses eine Veränderung statt. Es handelt sich hier nicht um Materie, sondern um ein Quantenfeld mit unendlich vielen Informationen, deren Existenz aufgrund wissenschaftlicher Studien nicht mehr geleugnet werden kann, so die moderne Physik.

Immer mehr seriöse, verantwortungsbewusste Mediziner sind dem Trend der Gesellschaft gefolgt und wollen sich den alternativmedizinischen Denkweisen nicht mehr vollkommen verschließen, sondern beginnen sie zumindest zu akzeptieren. Gelegentlich kommt es auch vor, dass sowohl mit schul- als auch mit alternativmedizinischen Methoden der gewünschte Heilerfolg eintritt (vgl. POPP, 2006). WIESING (2004) beschreibt, dass zunehmend mehr niedergelassene praktische Ärzte zusätzlich zur konventionellen Medizin auch alternativmedizinische Behandlungsmethoden anbieten, um ihre Patienten nicht an die Konkurrenz zu verlieren.

Die Streitereien und der Kampf um Gesundheitsreformen sind als Symptome eines zerbrechenden Imperiums und eines zerrütteten Herrschaftsmodells der naturwissenschaftlichen Medizin zu verstehen, so HUBER (2001, <http>). Doch die Reformer können unbesorgt sein, denn *Heilen* wird sich in unserer Gesellschaft, die

von Gesundheit und Krankheit geprägt ist, in einem vernünftigen Konzept durchsetzen. Sind es etwa Geburtswehen eines neuen Gesundheitssystems, die derzeit zu spüren sind?

Möglicherweise kann evidenzbasierte Medizin, die ausschließlich auf Wirksamkeitskriterien bezogen ist, den Vorstellungen von einer Medizin der Zukunft nicht gerecht werden. Ein Paradigmenwechsel kann nur durch ein Zusammenwachsen beider Medizinsysteme zu einer „Neuen Medizin“ mit Zukunft führen.

#### **5.1.4 Die Zukunft der Alternativmedizin**

Alternativmedizin ist wirtschaftlich betrachtet ein stark wachsender Geschäftszweig, und es nimmt nicht nur die Zahl der Nutzer, sondern auch die Zahl derer, die nach einer Kurzausbildung am Patienten auf dessen Risiko ihr Glück versuchen und dafür unverschämt hohe Honorare verlangen, rapide zu. Zudem besteht die Möglichkeit, mithilfe des Internets mit einem virtuellen medizinischen Berater zu „chatten“ und ihn als „lifetime health coach“ zu engagieren. Der Arzt selbst wird somit zum Bindeglied zwischen Internet und virtuellem Patienten, dessen Wünsche und Bedürfnisse betreffend seine Gesundheit wie aus einem Shopping-Center der Medizin befriedigt werden können (vgl. STULZ, 2006).

In Anbetracht der Tatsache, dass der Mensch des 21. Jahrhunderts zum Single-Dasein tendiert, und auch unter Ehe- bzw. Lebens(abschnitts)partnern kaum gute, ergiebige Gespräche stattfinden, in denen auch Gefühle zugelassen werden, sondern lieber mit dem Computer „kommuniziert“ wird, wird das Gespräch, nämlich das Patienten-Arzt-Gespräch an Bedeutung und Relevanz zunehmen. Es hat dadurch nicht nur kurativen, sondern viel mehr psychologischen bzw. psychotherapeutischen Charakter und dient auch der Befriedigung emotionaler Bedürfnisse. Die Alternativmedizin, deren Konzept unter anderem auf einer guten, vertrauensvollen Gesprächskultur entsprechend den Wünschen des Patienten beruht, wird daher weiterhin sehr geschätzt werden.

Die Vereinnahmung fremden Terrains durch Alternativmediziner, nämlich jenes der Psychologen und Psychotherapeuten, könnte möglicherweise zu Konflikten mit diesen Berufsgruppen führen. Das ergibt sich aus dem Umstand, dass ein gewichtiger Anteil von Hilfesuchenden die alternativmedizinische Gesprächskultur,

Betreuung und Behandlung einer Einlassung auf psychologische und psychotherapeutische Verfahren, deren Dauer und Kosten auf sie abschreckend wirken, vorziehen.

Wegen des Verlustes der Kommunikations- und Artikulationsfähigkeit des modernen Menschen fällt manchem das Sprechen über sich selbst besonders schwer. Der Psychotherapeut, der seinem Klienten ein angenehmes Gesprächsklima bietet und ihn professionell anleitet, über sich, seine gegenwärtige und vergangene Lebenssituation nachzudenken und Strategien für die Zukunft zu entwickeln, sieht sich in Konkurrenz zu Alternativmediziner, welche nicht nur ein angenehmes Gesprächsklima und persönliche Zuwendung anbieten, sondern auch durch die Anwendung wissenschaftlich nicht bewiesener Methoden und Konzepte Besserung und Heilung in Aussicht stellen.

Es ist anzunehmen, dass auch eine Wirtschaftskrise, die Verschlechterung des wirtschaftlichen Umfeldes und die damit einhergehenden Realeinkommensverluste für einen großen Teil der Bevölkerung die Hinwendung zur und die Inanspruchnahme der Alternativmedizin nicht wesentlich beeinträchtigen werden. Wenn für den Menschen etwas besonders wichtig ist, wird er die entsprechenden Mittel, nahezu ungeachtet seiner finanziellen Situation, aufbringen, unabhängig davon, ob das Therapieverfahren wissenschaftlich begründet ist oder nicht.

## **5.2 Ein Modellversuch**

Gesundheit und Wohlbefinden sind von verschiedenen Faktoren, nämlich von der positiven Lebenseinstellung, der Ernährung und Bewegung, aber auch vom Umfeld, in dem wir leben, abhängig. Aus diesem Grund sollte unser Umfeld - sofern möglich - frei von etwaigen Störungen sein. Aus der Beschäftigung mit der Alternativmedizin weiß man, dass besonders sensible Menschen sogar auf geringe Reizeinflüsse (z.B. Homöopathie) Reaktionen zeigen.

Dieses Kapitel befasst sich mit der Radiästhesie und soll zeigen, wie sie sowohl für den Arzt als auch für den Patienten als Teil einer integrativen Methode mit präventivem Charakter eingesetzt werden könnte. Sie hat zwar den Ruf, unseriös und unwissenschaftlich zu sein, übt aber auf viele Menschen, so auch auf Intellektuelle und Gelehrte, wie Albert EINSTEIN, Johann Wolfgang von GOETHE

und Max PLANK eine gewisse Faszination aus (vgl. EIBLER, 2004, [http](#)). Goethe stellte im 18. Jahrhundert fest, dass nur der Mensch als feinstes Messinstrument in der Lage ist, verschiedene Kraftfelder bzw. Störzonen zu messen und galt als großer Anhänger dieser Lehre (vgl. REINTHALER, 2001, [http](#)).

### **5.2.1 Radiästhesie – eine Einführung**

Die Radiästhesie wird von ihren Vertretern als Wissenschaft bezeichnet, „bei der mittels Rute oder Pendel über das Nervensystem des Menschen unsichtbare Strahlen bioelektrischer Vorgänge von Organismen ermittelt werden können“ (MÜLLER, 2009, [http](#)).

Der Name für diese uralte „Kunst“ wurde vom französischen Ordensmann Abbé BOULY im Jahre 1930 erstmals verwendet. Der Begriff setzt sich aus dem lateinischen Wort radius (= der Strahl) und dem griechischen Wort aisthesis (= empfinden, fühlen, wahrnehmen) zusammen und bedeutet „Strahlenempfindlichkeit“ bzw. „Strahlenfähigkeit“. Es ist also die Lehre von so genannten Strahlenwirkungen auf Organismen (vgl. LÜDELING, 1998).

Jeder Mensch ist bis zu einem gewissen Grad in der Lage, mit den bei dieser Methoden verwendeten Werkzeugen, d.h. mit Rute und Pendel zu arbeiten, im Fachjargon zu „muten“. Es handelt sich dabei um eine (angeborene) Fähigkeit oder Geschicklichkeit, die man wie alle anderen Fertigkeiten durch bewusstes, aufmerksames Üben erlernen und perfektionieren kann. Dazu muss man sich die erforderlichen Grundkenntnisse aneignen, die Pendel- und Rutenzeichen lernen und mit den naturgegebenen Gesetzmäßigkeiten auseinandersetzen. Ist man dazu bereit und akzeptiert den langen Lernprozess, so erwirbt man ein Können, das nach Bedarf jederzeit zur Verfügung steht (vgl. LEHNER, 1997). SCHNEIDER (1984) weist darauf hin, dass beim Muten keine 100%ige Sicherheit gewährleistet werden kann, da auch ein guter Pendler in der Regel, je nach persönlicher physischer und psychischer Verfassung, eine Pendelfähigkeit von 85-90% hat, woraus sich eine Fehlerquote von 10-15% ergibt.

Nach Ansicht der „Pendler“ (Rutengeher) könne man „alles“ auspendeln, also auch alle anorganischen und organischen Stoffe, Medikamente, die seelischen und körperlichen Eigenschaften des Menschen sowie Krankheiten. Rute und Pendel werden von ihren geschulten und befähigten Anwendern im Bereich der

naturwissenschaftlichen Disziplinen wie Physik, Geologie, Archäologie und Meteorologie, in Geopathie, Bioenergetik und der Psychologie sowie in der Land- und Forstwirtschaft und vielen anderen Gebieten genutzt. In der Heilkunde sei sie zur Erstellung von Diagnosen und sogar zur Auffindung geeigneter Heilmittel hilfreich (vgl. MÜLLER, 2009, [http](#)).

Bei der Radiästhesie handelt es sich weniger um ein gegenständliches Fach- und Wissensgebiet, sondern um einen besonderen Geistes- und Bewusstseinszustand, um die Benutzung eines mentalen Werkzeuges, das einerseits nüchterne Zustandsanalysen erlaubt, andererseits gleichzeitig Intuition erfordert (intuitiv-analytisches Handwerkzeug). Rute und Pendel sind nur die „Zeiger“, das eigentliche Instrument ist der Mensch. Wir könnten, so wird behauptet, die Radiästhesie zur Klärung und Lösung von Problemstellungen benutzen, müssen uns jedoch in vielen Situationen die Frage stellen, ob nicht der Einsatz anderer Mittel und/oder die Umsetzung anderer Denkanstöße angebrachter und zweckentsprechender wären (vgl. MERMET, 1979).

### **5.2.1.1 Werkzeuge der Radiästhesie**

Für die radiästhetische Arbeit bedarf es verschiedener Instrumente, nämlich Rute oder Pendel, die als radiästhetische Indikatoren zusammen mit dem sie benutzenden Menschen eine Einheit von Antenne, Verstärker und Anzeigegerät bilden (vgl. LÜDELING, 1998).

Es gibt eine Vielzahl von Ruten (Einhandrute, Winkelrute etc.), deren Form sich zwar im Laufe der Zeit weiterentwickelt hat, deren Anwendung jedoch immer gleich geblieben ist, da sie lediglich Werkzeuge sind. Das eigentliche Messinstrument ist und bleibt der Mensch, der sich dieses Werkzeuges bedient (vgl. LEHNER, 1997).

Der Pendel ist aufgrund der kleinen Größe das universellste Anzeigegerät. Zum Unterschied von einigen Ruten kann mit dem Pendel nur mental gearbeitet werden. (vgl. LEHNER, 1997). MERMET (1979) bezeichnet ihn als wissenschaftliches Instrument, das die unsichtbare Welt sichtbar machen könne.

Weiters finden sich auf dem Markt auch biophysikalische Messgeräte, deren Entwicklung große Fortschritte macht. Für den sachgerechten Umgang mit ihnen seien erstaunlicherweise dennoch spezielle Kenntnisse der Radiästhesie unumgänglich.

### **5.2.1.2 Geopathogene Störzonen**

Mit diesen eben genannten Instrumenten versucht der Radiästhet, Störzonen, zu denen unter anderem unterirdische Wasserführungen (z.B. Erdstrahlen), Verwerfungen (unterirdische Fels- und Gesteinsverschiebungen) sowie das HARTMANN- und CURRY-Gitternetz gezählt werden, aufzufinden bzw. auszumuten (vgl. MAYER, 1985).

Diese wissenschaftlich nicht messbaren Störfelder bzw. Strahlungen sind auch in Wohnungen (von Hochhäusern) zu spüren bzw. zeigen in Räumlichkeiten einen stärkeren Einfluss als in der freien Natur. Es scheint weder gute noch schlechte Plätze zu geben. Bestimmte Orte müssen nur entsprechend genutzt (z.B. als guter Arbeitsplatz) bzw. gemieden (als schlechter Schlafplatz) werden, betont SCHNEIDER (1984). Überblicksmäßig wird hier auf diese pathogenen Störzonen eingegangen.

#### *Unterirdische Wasserführungen (Wasseradern)*

Wasser ist ständig in Bewegung und verursacht angeblich durch Reibung in Spalten, Kanälen etc. elektromagnetische Schwingungen, die sich ungünstig auf den Gesundheitszustand des Menschen auswirken können (vgl. MAYER, 1985; vgl. LÜDELING, 1998).

PISCHINGER (1983) bezieht sich auf das System der Grundregulation und vergleicht dies mit dem Zustand eines Fisches im Aquarium, der nicht nur aufgrund seines Aussehens und Verhaltens beurteilt werden soll, sondern auch unter Berücksichtigung seines Umfeldes, also des Wassers, in dem er sich befindet, welches Aufschlüsse über sein Befinden erlaubt. Es erscheint daher logisch, dass die Umgebung, z.B. Wasseradern, einen Einfluss auf die Lebens- bzw. Schlafqualität des Menschen hat.

#### *Das Global-Gitternetz nach HARTMANN*

Dabei handelt es sich um einen nach dem Arzt Ernst HARTMANN (1844-1911) benannten, scharf abgegrenzten „Reizstreifen“ von ca. 21cm Breite, der genau in Nord-Süd- und Ost-West-Richtung verläuft und dem aus energetischer Sicht auf den Organismus eine auf- bzw. entladende Wirkung nachgesagt wird (vgl. HARTMANN, 1967).

### *Das Diagonal-Gitternetz nach CURRY*

Im Diagonal-Gitternetz, benannt nach dem Arzt Manfred CURRY (1899-1953), zeigen die „Reizstreifen“ eine Breite von 25-60cm (abhängig von der Witterung), deren Intensität sehr starken Schwankungen durch Mondphasen, Erdbeben, Vulkane und tektonischen Verschiebungen unterworfen sei. Sie verlaufen von Nordost nach Südwest und von Nordwest nach Südost und werden von den Menschen sehr unterschiedlich wahrgenommen (vgl. CURRY, 1978).

Die schematische Darstellung dieser Netzgitter zeigt den Verlauf beider Störfelder (siehe Abb. 8.2.11).

### **5.2.1.3 Konzepte und Prinzipien der Radiästhesie**

Der Versuch, den Rutenausschlag zu erklären, wurde schon sehr oft mehr oder weniger erfolgreich unternommen. Das klassische, sehr einfach gehaltene Denkmodell geht davon aus, dass dieser Indikator eine Empfangsantenne darstellt, über die Strahlungen empfangen und durch die in Spannung (in Bereitschaft) versetzten Muskeln und Nervenbahnen in die entsprechenden Zentren unseres Gehirns weitergeleitet werden. Von diesen werden Muskelreaktionen ausgelöst, die dann den Ruten- oder Pendelausschlag bewirken sollen (vgl. LÜDELING, 1998).

Johann Wolfgang von GOETHE (1749-1832) behauptet, dass der Mensch der genaueste physikalische Apparat sei und nie durch einen technischen Messapparat ersetzt werden könne. Es sei daher das größte Unheil der neuen Physik, dass sie bei ihren Experimenten den Menschen abgesondert habe und mittels „künstlicher“ Instrumente die Natur zu verstehen versuche. Der Mensch solle das Maß aller Dinge sein, sei aber in dieser Welt zum Fremdling geworden. Max PLANCK behauptet, es gäbe keine Materie als solche, sondern alles sei Schwingung und Strahlung. So wird angenommen, dass der Mensch in der Lage ist, die Vielfalt der Schwingungen einzufangen und aufzunehmen. Wenn alles Schwingung ist, so wäre aus dieser Sicht auch die Verbindung zur Radiästhesie gegeben, meinen deren Vertreter (vgl. LÜDELING, 1998; vgl. WORSCH, 1995).

Bei Versuchen konnte der Nachweis erbracht werden, dass Sensoren für Wahrnehmungen oder besondere Reaktionen am menschlichen Körper vorhanden sind. So wird behauptet, dass die Hypophyse und Adrenalinproduktion die Fähigkeit bei der radiästhetischen Arbeit wesentlich steuern. Es handelt sich hierbei um eine

uns unbekannte Wahrnehmungsebene mit „Selbstprogrammierungsfähigkeit“, so die Vertreter der Radiästhesie. Diese Fähigkeit der Selbstprogrammierung (mentales Pendeln) ist für eine erfolgreiche radiästhetische Arbeit Grundvoraussetzung und beruht darauf, dass die wissenschaftlich geforderte exakte Wiederholbarkeit von Versuchen in diesem Tätigkeitsfeld nicht gegeben ist. Dabei ist zu bedenken, dass jedes biologische System, an dessen Spitze der Mensch steht, einzigartig und nur bedingt vergleichbar ist (vgl. LÜDELING, 1998).

Wie wichtig die Wahl des Standortes für biologische Systeme ist, lehrt uns die Natur. Pflanzen und Tiere reagieren unterschiedlich auf geobiologische Gegebenheiten, Letztere sogar wesentlich empfindlicher als Menschen. Bei Pflanzen und Tieren wird unterschieden zwischen „Strahlensuchern“ und „Strahlenflüchtern“, wobei die Erstgenannten Standorte bevorzugen, die für den Menschen ungünstig oder sogar schädlich sind und Letztere allerdings solche geopathogenen Störzonen meiden (vgl. WORSCH, 1995).

In vorchristlicher Zeit wurden für kultische Handlungen ausschließlich solche Plätze ausgewählt, die aus radiästhetischer Sicht dazu besonders geeignet waren, weil nämlich strahlungsfrei und ohne energetische Beeinflussung. Dass das Auftreten gewisser Krankheiten einerseits und das Wohlbefinden von Mensch und Tier andererseits mit der Platzwahl (z.B. Schlafplatz) zu tun haben muss, dürfte damals schon klar gewesen sein. Mit fortschreitender Christianisierung des Abendlandes beherzigte man diese Erkenntnisse, plante und errichtete Kirchen und Klöster ebenfalls nach radiästhetischen und geomantischen Gesichtspunkten. Sehr häufig wurden alte Kultplätzen mit Quellen, die ein außerordentliche „Strahlkraft“ aufwiesen, dazu verwendet. Der Philosoph Arthur SCHOPENHAUER (1788-1860) formulierte sehr treffend, wenn er meint: „Ein jedes Problem durchläuft bis zu seiner Anerkennung drei Stufen. In der ersten erscheint es lächerlich, in der zweiten wird es bekämpft und in der dritten gilt es als selbstverständlich“ (BENDER, 2001, [http](#)).

Da der wissenschaftliche Nachweis dieser Lehre noch nicht, entsprechend den empirischen Überprüfungskriterien, erbracht werden konnte, wird die Radiästhesie von ihren Kritikern noch immer als Pseudowissenschaft betrachtet, die dem Bereich der Scharlatanerie angehört (vgl. WORSCH, 1995).

### 5.2.2 Geschichte der Radiästhesie

Das Wissen über die Radiästhesie und deren Anwendung ist wahrscheinlich so alt wie die Menschheit selbst. Die „Strahlenfähigkeit“ war noch viel ausgeprägter als heute und in der Frühzeit ein untrennbarer Bestandteil des Lebens der Menschen schlechthin (vgl. LÜDELING, 1998).

Nach derzeitigem Forschungsstand finden sich auf den Felszeichnungen in der Zentral-Sahara (10.000-5.000 v. Chr.) erste Hinweise auf das „Magische Reis“, die Bezeichnung der „Wünschelrute“ im Mittelalter. Im alten Ägypten zeugen Grabbeigaben der Pharaonen von der Anwendung dieser Technik, wobei nicht klar ist, ob auch das „gewöhnliche Volk“ sich dieser Fertigkeit bediente (vgl. LÜDELING, 1998; vgl. WORSCH, 1995).

Im Alten Testament finden sich mehrere Anhaltspunkte für die Verwendung der „Rute“. Der bekannteste bezieht sich auf Moses, der mit einem Stab (Einhandrute) für sein Volk auf der Wanderschaft in der Wüste nach Wasser suchte. Im Mittelalter war die Anwendung von Rute und Pendel weit verbreitet, aber gleichzeitig von der Kirche jedoch verboten. Ein erwähnenswertes Indiz auf die Tätigkeit von Rutengängern in Verbindung mit dem Bergbau findet sich in dem Buch des deutschen Arztes Georgius AGRICOLA (Georg Bauer, 1494-1555) „De re metallica“ (Vom Berg- und Hüttenwesen). Als ausgebildeter Gelehrter für Bergbau bediente er sich unterschiedlicher Ruten zum Auffinden von Erzlagerstätten, Haselrute für Silber-Erz, Eschenrute für Kupfer, Kiefernute für Blei- und Zinnvorkommen, Eisenrute für Gold. Der Jesuit und Universalgelehrte Athanasius KIRCHER (1602-1680) bezeichnete die Wünschelrute als „virgula metallisopia“ (Rute zum Aufspüren von Metallen) und versuchte so diese Tätigkeit aus dem Dunstkreis der Hexerei und von sonstigen moralischen Werturteilen zu befreien. Er war erstmals der Meinung, dass der Rutenausschlag durch unbewusste Muskelbewegungen hervorgerufen werde. Dieses Denkmodell hat heute noch ihre Gültigkeit (vgl. MAYER, 1985).

Das Interesse an dem Phänomen des Rutengehens war im 18. Jahrhundert ungebrochen. Gegner und Befürworter hielten sich die Waage, und so mancher Spötter wurde zum glühenden Verfechter und Forscher. Das Phänomen der Wünschelrute weiter zu ergründen und mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen des 19. Jahrhunderts zu verbinden, war das Ziel vieler Forscher. Der Physiker Hofrat Johann Wilhelm RITTER (1776-1810), der Vater der Elektrochemie, erforschte mit

Hilfe des Pendels Schwingungsmuster, entdeckte die Polarität von organischen und anorganischen Körpern und inspirierte damit auch Georg Wilhelm Friedrich HEGEL (1770-1831) und Johann Wolfgang von GOETHE (vgl. BENDER, 2001, [http](http://)). Er unterschied erstmals zwischen physikalischem und siderischem Pendel (lat. sidera = Gestirne) und versah das Pendel mit dem männlichen Artikel. Seither sagt man also „der Pendel“ (vgl. LÜDELING, 1998).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts galt es nicht mehr als anstößig, Rute und Pendel zum Aufspüren von Wasservorkommen einzusetzen. Erstmals wurde der Versuch unternommen, mit radiästhetischen Instrumenten nach Erdöl zu suchen und das mit sehr großem Erfolg (vgl. BENDER, 2007).

Um das Rutengehen in das methodisch-wissenschaftliche Weltbild einordnen zu können und eine breitere Basis zu erhalten, verlangte 1932 der Physiker Max PLANCK (1858-1947), dem Kaiser-Wilhelm-Institut in Berlin ein eigenes Institut zur Erforschung des „Wünschelrutenphänomens“ anzugliedern (vgl. EIBLER, 2004).

### **5.2.3 Forschungsergebnisse zur Radiästhesie**

Mit der Frage des Standortes und dessen Auswirkungen auf unser Wohlbefinden haben sich im Laufe der Zeit eine ganze Reihe von Wissenschaftlern und Radiästheten befasst. Ihr Bestreben war und ist es, ihre Nutzung und vor allem Wirkung zu beweisen und somit den Menschen zu einer besseren Lebensqualität zu verhelfen.

Gustav Freiherr von POHL untersuchte 1929 unter behördlicher Aufsicht radiästhetisch die Kleinstadt Vilsbiburg, in Bayern (3.300 Einwohner). Er stellte vorerst mit der Rute die sehr häufig vorkommenden Wasseradern fest, trug sie in Pläne ein und verglich dann gemeinsam mit dem Bezirksarzt jene Personen, die in den letzten Jahren an Krebs erkrankt oder verstorben waren. In seinem Blindversuch stellte er einen 100%igen Zusammenhang zwischen geomantischen Störfeldern und den dadurch verursachten Erkrankungen fest (vgl. POHL, 1978).

1990 wurde im Auftrag des Wirtschaftsministeriums eine weitere Untersuchung unter der Leitung des Mediziners Otto BERGSMANN durchgeführt. Dabei wurden 985 gesunde Personen vor und nach dem Aufenthalt innerhalb genau definierter pathogener Zonen untersucht. Das Forscherteam wählte für den Versuch 24 relevante Parameter aus. Die Ergebnisse zeigten deutlich, dass auf Basis von rund

einer halben Million Daten, die durch 6.943 Untersuchungen an 985 gesunden Personen gewonnen werden konnten, die Wirkung von unterirdischen Wasseradern und Erdverwerfungen auf den menschlichen Organismus nachweisbar ist (BENDER, 2001).

Die wichtigsten statistisch ausgewerteten Veränderungen seien hier erwähnt (vgl. BENDER, 2007, [http](#)):

- Veränderung der Herz-Kreislauffunktionen
- Veränderung des Hautwiderstands
- Verminderung der Serotonin-Produktion
- Änderung des Verhältnisses zwischen Atemfrequenz und Puls
- Störung der Koordination muskulärer Frequenzen

2005 wurde vom Europäischen Zentrum für Umweltmedizin (EZU) das Projekt „Geopathogene Zonen im Wohnbereich und Stress“ nach strengen wissenschaftlichen Kriterien durchgeführt und 2007 veröffentlicht. Diese Untersuchung entstand aus den Überlegungen, dass Krankheiten möglicherweise durch „geopathogene“ Einflüsse entstehen können, und hatte zum Ziel, den Handlungsbedarf in der Frage zu gesundheitlichen Belastungen durch diese Störzonen stufenweise zu klären. Als geopathogene Gegebenheiten des Erdinneren wurden Wasseradern, Kreuzungspunkte des CURRY-Gitternetzes (Diagonal-Gitternetz) und Verwerfungen sowie Kombinationen aus diesen Dreien klassifiziert. Der Anteil der Schlafstörungen auf als „geopathogen“ klassifizierten Schlafplätzen ist signifikant erhöht und zeigt einen signifikant hohen Anteil an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Weiters wurde eine Risikoanalyse durchgeführt, welche eine Odds-Ratio von 2,7 für Krebserkrankungen ergab (vgl. EZU, 2009, [http](#)).

Dass die Radiästhesie auch in der Medizin bzw. in Zusammenarbeit mit dem Arzt sinnvoll eingesetzt werden kann, zeigt das folgende Kapitel.

#### **5.2.4 Medizin und Radiästhesie**

Die Radiästhesie, die bei vielen Menschen als nicht wissenschaftliche, unseriöse Lehre auf Ablehnung stößt, wird jedoch hinter vorgehaltener Hand in gewissen Kreisen bereits zum Wohle der Patienten eingesetzt.

Sie stellt eine Verbindung zwischen dem Menschen und der unsichtbaren Natur her und bietet ein breites Spektrum an Einsatzmöglichkeiten im Bereich der Medizin (Medizinische Radiästhesie). Eingesetzt als Hilfsmittel bei Ursachenfindung, Diagnose und Therapie kann sie sowohl dem Arzt als auch dem Patienten dienlich sein, betonen ihre Vertreter. Genauso wie die Alternativmedizin setzt sich die medizinische Radiästhesie für „Ganzheitlichkeit“ im Umgang mit dem Kranken ein, da sie das Umfeld des Betroffenen (geopathogene Störzonen etc.) als möglichen Verursacher von Erkrankungen berücksichtigt (vgl. JAKOB, 1973).

Es sei hier angemerkt, dass wir auch von so genannten Kraftfeldern umgeben sind, die zur Regeneration sowie zur Steigerung des Wohlbefindens beitragen können. Nur wenigen Menschen sind jedoch die negativen Auswirkungen dieser Störzonen auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden bewusst. Ein schlechter Schlafplatz kann das Immunsystem schwächen und den Organismus für Krankheiten anfällig machen. Da der Schlafplatz für unseren Körper ein Ort der Erholung sein sollte, sollte dieser Platz frei von etwaigen Störungen sein (vgl. WORSCH, 1995). Dadurch hervorgerufene krankhafte Veränderungen können zwar mit verschiedenen Substanzen aus der Pharmazie zum Teil kompensiert werden, doch langfristig hilft nur die Ausschaltung bzw. Eliminierung schädlicher Energie- und Kraftfelder. Schläft man mehrere Jahre auf solchen geopathogenen Zonen, so können sich sogar bestimmte Krankheiten manifestieren (Migräne, Schlaflosigkeit, Hautkrankheiten, Allergien, Asthma, Gelenksprobleme, Krebs etc.), deren Symptome zumeist erst dann sichtbar werden, wenn die Krankheit bereits ausgebrochen ist (vgl. Jakob, 1973).

Den Nagel auf den Kopf traf schon PARACELSUS (1493-1541) mit folgendem Ausspruch: „Das sicherste Mittel, die Gesundheit zu ruinieren, ist ein krankes Bett“.

Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts riet der Arzt Ferdinand SAUERBRUCH (1875-1951) den Patienten in seiner Klinik, die Betten umzustellen oder sich in andere zu legen (vgl. Jakob, 1973).

Für den Einsatz der medizinischen Radiästhesie werden nicht nur fundierte fachspezifische Kenntnisse und besondere Sensibilität verlangt, sondern auch medizinische Kenntnisse in Physiologie, Anatomie und Pathologie (vgl. GEORG, 2007). Ist der „gute Schlafplatz“ einmal gefunden, kann man sich dennoch nicht darauf verlassen, dass er für immer störungsfrei bleibt. Sprengungen in Neubaugebieten, Erdbeben (auch auf anderen Erdteilen), Vulkanausbrüche und

dergleichen können die Qualität des Schlafplatzes, für den Laien allerdings nicht erkennbar, verändern (vgl. REINTHALER, 2001, [http](#)).

Kein Modell kann als Abbild der Wirklichkeit allen Ansprüchen gerecht werden. Die Komplexität der Materie steht auf dem Gebiet der medizinischen Radiästhesie einer Synthese von Theorie und Praxis noch entgegen. Der bescheidene Aufwand bei möglicherweise hohem Nutzen würde jedenfalls Untersuchungen zur medizinischen Radiästhesie und deren Anwendung rechtfertigen.

### **5.3 Zusammenfassende Schlussbetrachtung**

Unser Gesundheitssystem ist im Vergleich zu dem anderer Länder ein qualitativ hochwertiges, welches vom Großteil ihrer Nutzer geschätzt wird. Da es mit stetigen Veränderungen konfrontiert ist, die auf den demografischen Wandel, den raschen medizintechnischen Fortschritt sowie auf das wachsende Gesundheitsbewusstsein zurückzuführen sind, wird dessen Finanzierung zunehmend schwieriger. Auch wenn das Interesse darin liegt, allen Patienten den Zugang zu medizinischen Leistungen zu sichern, sind Einsparungen und Reformen zu Lasten mancher Patienten nicht vermeidbar (vgl. UNGER, 2007).

Ist es nicht höchst eigenartig, dass wir uns die Frage stellen müssen, ob Innovationen, die nicht nur die Lebensqualität erhöhen, sondern auch zur Steigerung des Wirtschaftswachstums beitragen, im Gesundheitssystem leistbar sind?

Der Einsatz der High-Tech-Medizin wird langfristig letztlich nicht finanzierbar sein. Die Behandlung von psychosomatischen Leiden bzw. Befindlichkeitsstörungen ohne organisches Korrelat durch einen alternativmedizinischen Therapeuten ist nicht nur kostengünstiger sondern auch sinnvoller, zumal der Schulmedizin für diese Art von Beschwerden keine Therapie zur Verfügung steht (vgl. STÖHR, 2001).

So hat jede Medizin, die ein vorzeitiges Ableben nicht immer verhindern kann, ihre Grenzen, was nicht primär an ihren Methoden und Verfahrensweisen liegt, sondern an den Grundstrukturen menschlichen Lebens, das unwiderruflich mit dem Tod endet (vgl. HESSE, 2001).

Während schulmedizinische Methoden und Theorien auf wissenschaftlichen Untersuchungen beruhen, bedienen sich Alternativmediziner fast ausschließlich unerprobter Techniken und Behandlungsmethoden. Sie gewinnen jedoch durch ihren

humanistischen Zugang zum Patienten, der – so behaupten Kritiker – in der Schulmedizin durch Technik und Wissenschaft verloren gegangen ist. Beide Medizinsysteme sind trotz eines gewissen Mangels in der Lage, so HESS (2001), menschliche Bedürfnisse zu befriedigen. Alternativmedizinische Therapeuten können zwar das Bedürfnis nach Zuwendung, Berührung und Anerkennung erfüllen, aber ihre ‚Heilsversprechen‘ nicht immer halten, wodurch sie ihren Status als ‚Hoffnungsträger‘ verlieren. Optimal wäre daher eine Gesundheitsversorgung, die beiden Anforderungen gerecht wird (vgl. HESS, 2001).

Man sollte jedoch nicht den Fehler begehen, Schul- und Alternativmedizin nach denselben Kriterien zu betrachten und gleichsam über einen Leisten zu schüren. Dies ist nicht zielführend und sogar kontraproduktiv, da die Methoden beider Medizinsysteme nicht miteinander verglichen werden können. Es handelt sich hierbei um völlig unterschiedliche Denkweisen, deren Konzepte und Prinzipien - abgesehen vom primären Ziel der Gesunderhaltung und -wiederherstellung - stark voneinander abweichen.

Würde die Schulmedizin die Alternativmedizin mit anderen Gesichtspunkten, emotions- und konkurrenzlos betrachten, so wie die Physiotherapie, mit der sie seit Jahren ein harmonisches, kooperationswilliges Miteinander führt, wäre wahrscheinlich mehr Verständnis füreinander zu erwarten. Diese Unstimmigkeiten könnten darauf beruhen, dass die Schulmedizin, die auf einem unvergleichbar höheren Qualitätsniveau arbeitet und sich auf eine lange universitäre Ausbildung berufen kann, ungern mit den Vertretern der Alternativmedizin auf eine Ebene gestellt werden will. Diese können zumeist (ausgenommen von denjenigen, die Akupunktur, Homöopathie etc. anbieten) weder eine wissenschaftlich fundierte Methode noch eine akademische Ausbildung vorweisen.

Da die Meinung der Mehrheit der Bevölkerung, dass Medizin dem Betroffenen nichts kosten dürfe, in absehbarer Zeit überholt sein wird, kommt der Alternativmedizin in dieser Bewußtseinsänderung, dass Heilbehandlung etwas kosten müsse, eine Pionierrolle zu. Die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit muss als unschätzbare Wert auch etwas kosten dürfen.

Abschließend sei angemerkt, dass die Alternativmedizin nicht nur kurative und therapeutische Bedürfnisse befriedigt, sondern auch spirituelle, ebenso wie dies die Religion tut. Denn selbst wenn ihr eigentlicher Wert nur darin läge, würde er ihre Anwendung schon alleine aus diesem Grunde hinlänglich rechtfertigen.

## **II EMPIRISCHER TEIL**

### **6. Studiendesign und Forschungsmethodik**

#### **6.1 Die quantitative Untersuchung**

Alternativmedizinische Therapieverfahren genießen in der Bevölkerung seit ein paar Jahren beträchtliches Ansehen und sind aus dem medizinischen Alltag nicht mehr wegzudenken. Vielen sind Homöopathie, Akupunktur oder Traditionelle Chinesische Medizin als geläufigste Methoden aus dem alternativen Medizinsystem bekannt, auch wenn diese nicht persönlich in Anspruch genommen werden. Neben diesen etablierten Therapien liegen auch allerlei ungewöhnliche, spirituelle Methoden, wie Reiki, Reinkarnationstherapien oder Prana Healing im Trend.

Die rasche Entwicklung der Alternativmedizin und deren Akzeptanz in der Gesellschaft ist Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung. Da in den veröffentlichten Studien zur Alternativmedizin der Schwerpunkt mehr auf der Evaluierung der Therapiewahl und der Häufigkeiten der Inanspruchnahme alternativmedizinischer Behandlungsmethoden liegt, befasst sich die vorliegende Studie mit der Einstellung der Menschen zur Alternativ- aber auch zur Schulmedizin und analysiert die Ursachen und Beweggründe für den Trend zur Alternativmedizin. Zentrales Anliegen dieser Erhebung ist daher, alternative Therapieverfahren und deren Wirkung aus der Sicht ihrer Nutzer bzw. Anhänger kennenzulernen, um so eine Erklärung für ihre steigende Verbreitung zu erhalten. Um einen Gesamteindruck über die Nutzer alternativer Medizin und deren Einstellung gewinnen zu können, sind auch Informationen über deren Gesundheitszustand, deren Erfahrungen mit der Schulmedizin sowie deren Einstellung zu beiden Medizinsystemen (psychosoziale Faktoren) unumgänglich, die hier Berücksichtigung gefunden haben.

##### **6.1.1 Der Fragebogen**

Für diese Untersuchung wurde ein quantitativer Zugang in Form einer Fragebogenerhebung gewählt, um eine große Stichprobe erfassen und damit zu einem möglichst repräsentativen Ergebnis gelangen zu können.

Der Fragebogen als Erhebungsinstrument umfasst vier Seiten, auf denen 27 weitestgehend geschlossene Fragen mit unterschiedlichen Antwortkategorien aufgelistet sind. Besondere Bedeutung kommt dem Deckblatt zu, da dieses - als Visitenkarte der Forscherin - das Thema der Untersuchung und deren Fragestellung aufzeigt und mit einem ansprechenden Layout die Probanden zur Teilnahme motivieren, aber auch Seriosität vermitteln soll. Im vorliegenden Fall werden am Ende der ersten Seite einige „Alternativmedizinische Methoden“ angeführt. Dies sollte diejenigen Befragten, deren Kenntnisse über die Methodenvielfalt der Alternativmedizin gering/er sind, bei ihren Überlegungen, ob sie bereits alternativmedizinische Therapieverfahren in Anspruch genommen haben, unterstützen.

Während für die erste Frage nach der Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand keine spezifischen Kenntnisse notwendig sind, sind für die Beantwortung der Fragen zur Alternativmedizin (ab Frage 7) gewisse (Basis)Kenntnisse erwünscht.

Nicht nur am Deckblatt, sondern auch auf den folgenden vier Seiten wurde auf Übersichtlichkeit und leichte Lesbarkeit durch ‚Fettdruck‘ aller Fragen, Unterstreichen einzelner Wörter sowie durch teilweise kursive Schreibweise Wert gelegt.

Der Einfachheit halber hat sich die Forscherin für die verwendeten Begriffe „Alternativmedizin“ bzw. „alternativmedizinische Behandlungsmethoden“ für alle nicht schulmedizinischen Behandlungsmethoden entschieden. Im Laufe der Erhebung stellte sich jedoch heraus, dass einige Nutzer alternativer Therapieverfahren zwischen alternativ- und komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden differenzieren, was auf fundiertes Wissen in diesem Bereich zurückgeführt werden kann.

Bei sechs Fragen hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, unter „Sonstiges“, „Andere/s“, „Andere Gründe“ und „aus anderen Gründen“ weitere Angaben zu machen. Diese wurden bei der statistischen Auswertung jedoch nur in Ansätzen berücksichtigt.

Der vorliegende Fragebogen gliedert sich in folgende, forschungsrelevante Bereiche:

- Zufriedenheit mit dem derzeitigen Gesundheitszustand
- Wert der Arzt-Patienten-Beziehung
- Erfahrungen mit der Schulmedizin
- Umgang mit schulmedizinischen Behandlungsmethoden

- Einstellung zur Alternativmedizin
- Einschätzung des persönlichen Wissensstandes betreffend Alternativmedizin
- Häufigkeit der Inanspruchnahme alternativmedizinischer Behandlungsmethoden
- Nutzung(smuster) alternativmedizinischer Behandlungsmethoden
- Beurteilung einzelner alternativmedizinischer Behandlungsmethoden
- Gründe für die Inanspruchnahme alternativmedizinischer Behandlungsmethoden
- (Persönliche) Anwendungsgebiete alternativmedizinischer Behandlungsmethoden
- Erwartungen an alternativmedizinische Behandlungsmethoden
- Erfahrungen mit alternativmedizinischen Behandlungsmethoden
- Informationsquellen
- Vorstellung zur Zukunft der Alternativmedizin
- Persönlicher Wert der Alternativmedizin
- soziodemografische Daten

### **6.1.2 Datenzugang und Datenerhebung**

Die Fragebogenerhebung hat Mitte Dezember 2008 begonnen und konnte aufgrund der regen Teilnahme vorzeitig, d.h. früher als von der Forscherin geplant, Ende Jänner 2009 abgeschlossen werden.

Um eine möglichst heterogene Gruppe von Probanden zu bekommen, wurden mehrere unterschiedliche Zugänge gewählt. Die Auswahl erfolgte daher einerseits gezielt (persönliche Verteilung), andererseits wurde sie dem Zufall überlassen (elektronische Verteilung).

Für die Teilnahme an dieser Studie wurden Erfahrungen mit alternativmedizinischen Therapieverfahren zwingend vorausgesetzt, um den Fragebogen vollständig ausfüllen zu können. Dadurch beschränkte sich die Auswahl der Befragten auf eine bestimmte Gruppe von Frauen und Männern, die gezielt in sechs alternativmedizinischen Praxen (Wien) gesucht, aber auch in zwei schulmedizinischen Ordinationen (Wien) gefunden wurden.

In den beiden Kassenordinationen (Fachärzte für Gynäkologie) wurden die Fragebögen von den jeweiligen Sprechstundenassistentinnen an bereitwillige

Probanden mit Erfahrungen aus dem Bereich der Alternativmedizin verteilt, die ihn gleich vor Ort ausgefüllt haben. In den sechs Praxen mit alternativmedizinischen Angeboten wurden die Fragebögen hauptsächlich von den Ärzten bzw. Therapeuten persönlich verteilt und wieder eingesammelt. Während jedoch zwei Ärzte (eine Fachärztin für Anästhesiologie und Intensivmedizin mit einer Praxis für Akupunktur und ein Schulmediziner mit einer Praxis für Homöopathie, Akupunktur etc.) dafür ihre Sprechstundengehilfinnen engagieren konnten, mussten die vier Alternativmedizinerinnen als Alleinunternehmerinnen (eine Osteopathin, eine Physiotherapeutin und zwei alternativmedizinische Therapeutinnen) diese Tätigkeit selbst in die Hand nehmen.

Im alternativmedizinischen Bereich wurden insgesamt 200 Fragebögen ausgeteilt, von denen 137 ausgefüllt zurückkamen. Den beiden Schulmedizinern wurden für dessen gynäkologische Ordinationen ebenfalls 200 Fragebögen gegeben, von denen 145 ausgefüllt retourniert wurden.

Die Rekrutierung der Probanden fand jedoch nicht nur über den Zugang zu schul- bzw. alternativmedizinischen Praxen statt, sondern erfolgte auch über das Internet in folgender Form:

Der Fragebogen wurde elektronisch vier Frauen aus dem Freundes- bzw. Bekanntenkreis der Forscherin per Mail geschickt; drei davon mit Interesse an beiden Medizinsystemen, die Vierte ohne persönliche Erfahrung mit Alternativmedizin. Die Forscherin ersuchte, den Fragebogen ausgefüllt zu retournieren bzw. weitere Adressaten für die Teilnahme zu finden. Nach dem Schneeball-Prinzip wurde der Fragebogen freundlicherweise immer weiter gemailt, sodass er durch ganz Österreich versendet wurde und unterschiedliche Persönlichkeiten und Berufsgruppen ansprach, die ihn bereitwillig ausfüllten und der Forscherin mailten oder per Post schickten.

Mit der Anonymität hatten diese Teilnehmer kein Problem, was daraus beobachtet werden konnte, dass einige sogar ihren Namen inklusive Adresse und Telefonnummer (sowie Homepage, wenn vorhanden) mit dem elektronisch ausgefüllten Fragebogen mitschickten. Daraus konnte teilweise entnommen werden, um welche Persönlichkeiten es sich handelte. Es fanden sich darunter unter anderem Anbieter alternativer Behandlungsmethoden, Schauspieler, Studenten der Gesundheitswissenschaften und der Inter-Uni Graz, Teilnehmer von Seminaren für Persönlichkeitstraining und dergleichen, Anhänger der Radiästhesie, der AG

Bioenergetik, Schulmediziner und mehr oder weniger große Anhänger der Alternativmedizin. Einige, sowohl weibliche als auch männliche Probanden, fügten einen persönlichen Text mit Anmerkungen zum Fragebogen und/oder zur damit verbundenen Thematik hinzu und erklärten sich auch für ein persönliches Gespräch bereit, sollte dies für weitere Recherchen notwendig sein.

In dieser Untersuchung agierten die Befragten (ob gesund oder krank) als fachliche Experten, da nur sie, die Nutzer alternativmedizinischer Behandlungsmethoden, Auskünfte zu diesem Thema geben konnten. KÖNTOPP (2004, S. 133) nennt ihre Probanden in ihrer Studie, die sich mit einer ähnlichen Thematik befasst und in Deutschland 2003/04 publiziert wurde, „kompetente Akteure ihrer eigenen Gesundheit“, was ihnen auch persönliche, subjektive Einstellungen zum alternativen Medizinsystem einräumt.

Bei der so genannten „online Umfrage“ gab es nur ein kleines Problem, das darin bestand, dass ein paar wenige Mails ohne bzw. mit leerem Fragebogen der Forscherin retourniert wurden. Auf das schriftliche Gesuch der Forscherin, ihn nochmals bzw. ausgefüllt zu mailen, reagierten alle Betroffenen positiv und mit der prompten Versendung eines auswertbaren Fragebogens. 18 Personen, die per Mail um die Adresse der Forscherin ersuchten, schickten ihre ausgefüllten Fragebögen per Post.

Aus den Feedbacks der Befragten ging hervor, dass die Mehrzahl der Meinung war, den Fragebogen für eine Studentin der Medizin ausgefüllt zu haben, was jedoch bei genauem Lesen des Deckblattes nicht zutreffen konnte („wissenschaftliche Untersuchung an der Universität Wien“ und nicht an der Medizinischen Universität Wien). Dass es sich dabei um eine Erhebung aus dem medizinsoziologischen Bereich handelte, war wahrscheinlich nur einer geringen Gruppe bewusst. Die Frage, ob die Bereitschaft dann geringer oder höher gewesen wäre, ist jedoch für die Auswertung nicht relevant.

Abschließend sei angemerkt, dass die Stichprobe trotz ihrer Größe nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung Österreichs ist, was gleich am extrem hohen Akademikeranteil erkannt wird. Sie repräsentiert jedoch heterogene Einstellungen und Erfahrungen zu alternativmedizinischen Therapieverfahren und kann aufgrund ihrer Stichprobenanzahl (472 Probanden) gewisse Schlüsse auf die Grundgesamtheit, die Gesamtbevölkerung Österreichs, ziehen. 14 Exemplare konnten wegen fehlender Daten bei der Erhebung nicht berücksichtigt werden und

somit gingen aus diesen beiden Zugängen 472 Fragebögen in die statistische Auswertung.

Die hohe Rücklaufquote bzw. rege Beteiligung an der „online Umfrage“ (204 Online-Fragebögen) lässt auf ein überdurchschnittlich großes Interesse an der Alternativmedizin zurückführen, was auch mit dem persönlichen Gesundheitsverhalten in Beziehung gebracht werden kann.

Zudem zeigten 15 (von 204) Probanden aus der „online Umfrage“ offenkundiges Interesse an der statistischen Auswertung. Um die Bekanntgabe der Ergebnisse ersuchten auch alle Schul- und Alternativmediziner, die für die Verteilung der Fragebögen in ihren Praxen sorgten. Vereinzelt wurde auch von Patientinnen der gynäkologischen Praxen Interesse an der Auswertung bekundet. Inwieweit den Patienten der Alternativmedizinerinnen die Unterbreitung der Untersuchungsergebnisse ein Anliegen ist, entzieht sich den Kenntnissen der Forscherin.

### **6.1.3 Ziele und Fragestellungen der Studie**

In der vorliegenden Arbeit worden folgende Fragestellungen beantwortet:

#### *Typisierungen und Gruppenbildungen*

1. Lassen sich Typen mit einer bestimmten Einstellung zur Schulmedizin identifizieren?
2. Lassen sich Typen entsprechend ihrer Inanspruchnahme alternativmedizinischer Behandlungsmethoden finden?
3. Welche Gruppierungen können bezüglich der Erkrankungen, bei denen alternativmedizinische Behandlungen eingesetzt wurden, aufgestellt werden?
4. Welche Gründe liegen für die Inanspruchnahme alternativmedizinischer Behandlungsmethoden vor?

#### *Unterschiede und Zusammenhänge*

1. Wie hängen diese gebildeten Typen/Gruppen untereinander zusammen?
2. Wie setzen sich diese Typen hinsichtlich soziodemografischer Variablen zusammen?

3. Unterscheiden sich diese Typen/Gruppen hinsichtlich Gesundheitszustand und Erfahrungen mit der Schulmedizin?
4. Gibt es Unterschiede in der Bewertung der Wirksamkeit der Alternativmedizin in Abhängigkeit der definierten Gruppen?
5. Gibt es Unterschiede in der Bewertung der Wirksamkeit der Alternativmedizin in Abhängigkeit soziodemografischer Variablen?
6. Gibt es Unterschiede in der Einschätzung der zukünftigen Entwicklung der Alternativmedizin und deren wissenschaftlichen Überprüfbarkeit in Abhängigkeit der definierten Gruppen?
7. Gibt es Unterschiede in der Einschätzung der zukünftigen Entwicklung und des wissenschaftlichen Anspruchs an alternativmedizinische Behandlungsmethoden in Abhängigkeit soziodemografischer Variablen?
8. Gibt es Unterschiede in der Zahlungsbereitschaft in Abhängigkeit der definierten Gruppen?
9. Gibt es Unterschiede in der Zahlungsbereitschaft in Abhängigkeit soziodemografischer Variablen?
10. Lassen sich Zusammenhänge von Gesundheitszustand, Wichtigkeit einer guten Arzt-Patienten-Beziehung und Erfahrungen mit der Schulmedizin belegen?  
Gibt es dabei Unterschiede bzw. Zusammenhänge mit den soziodemografischen Merkmalen sowie mit den definierten Gruppen/Typen?

## **6.2 Untersuchungsergebnisse**

### **6.2.1 Beschreibung der Stichprobe**

In der vorliegenden Stichprobe sind die Daten von insgesamt 472 Probanden, 360 (76%) Frauen und 112 (24%) Männern, enthalten. Das durchschnittliche Alter der gesamten Stichprobe liegt bei 43,14 ( $SD^3=12,73$ ) Jahren, wobei der Mittelwert in der Gruppe der Männer bei 45,45 ( $SD=13,27$ ), in der der Frauen bei 42,42 ( $SD=12,48$ ) liegt. Die Mittelwerte (M) sind signifikant unterschiedlich ( $F(1,468)=4,849$ ;  $p=0,028$ )<sup>4</sup>.

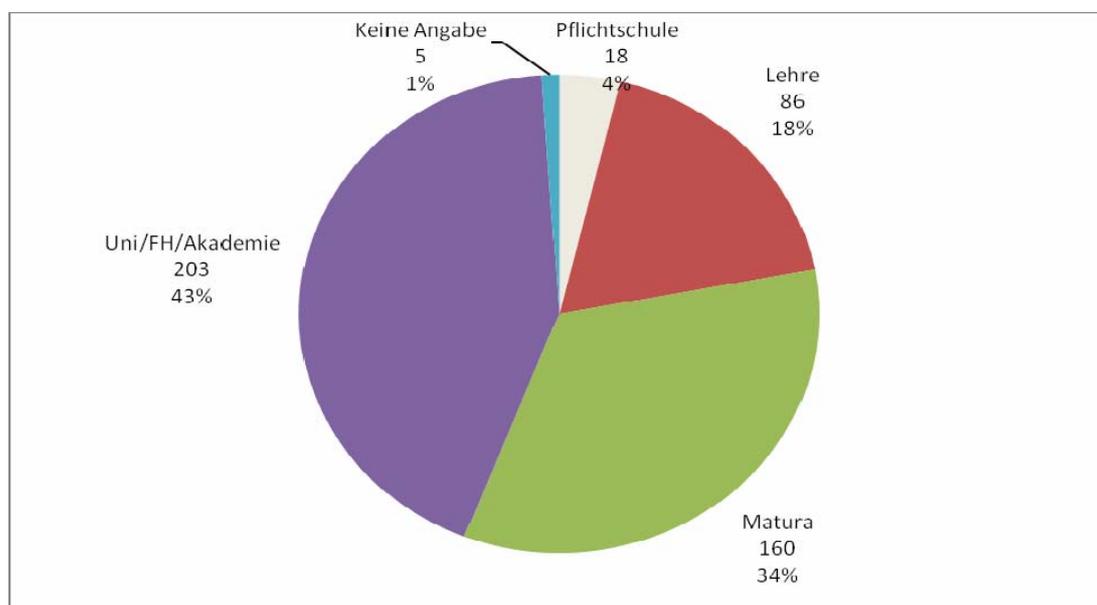
---

<sup>3</sup> Standardabweichung

<sup>4</sup> Prüfgröße für Varianzanalyse

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Männer in dieser Stichprobe um durchschnittlich drei Jahre älter als die Frauen sind.

Betrachtet man den Familienstand in der vorliegenden Stichprobe, so ergibt sich folgende Verteilung: 91 (19%) Probanden sind ledig, 133 (28%) leben in einer Lebensgemeinschaft, 185 (39%) sind verheiratet, geschieden sind 48 (10%) und verwitwet sind zum Zeitpunkt der Erhebung 13 (3%). Von 2 (<1%) Probanden liegt keine Angabe zum Familienstand vor. Bei Männern und Frauen existiert die gleiche Verteilung des Familienstandes ( $\chi^2(4)=5,239$ ;  $p=0,264$ ).<sup>5</sup>



**Abbildung 1: Schulbildung, gesamte Stichprobe (in absoluten Häufigkeiten und Prozent)**

Die vorliegende Stichprobe weist einen hohen Ausbildungsgrad sowohl bei Männern als auch bei Frauen auf ( $\chi^2(3)=2,897$ ;  $p=0,408$ ). So geben 203 (43%) Personen an, einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss zu haben, weitere 160 (34%) können einen Maturabschluss vorweisen. Eine Lehre bzw. eine Berufsbildende mittlere Schule haben 86 (18%) Probanden absolviert und 18 (4%) verfügen über einen Pflichtschulabschluss. Von 5 (1%) Personen wurden keine verwertbaren Angaben zur Schulbildung gemacht.

Zum Einkommen der Probanden in dieser Stichprobe ist folgendes zu sagen:

Der Median des Einkommens liegt bei 1501 bis 2000 Euro, d.h. 24 (5%) Personen der Stichprobe verfügen über kein Einkommen, weitere 34 (7%) verfügen über ein

<sup>5</sup> F=Prüfgröße bei Kruskal-Wallistest und  $\chi^2$ -Test für bivariate Häufigkeitsverteilungen; p=Wahrscheinlichkeit, mit der Nullhypothese gültig ist

Einkommen von über 3000 Euro. Von 26 (6%) Probanden liegt dazu keine Antwort vor. Es findet sich jedoch ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen ( $z^6 = -5,224$ ;  $p < 0,001$ ). Bei den Frauen liegt der Median bei einem Einkommen zwischen 1000 und 1500 Euro, für den männlichen Teil der Stichprobe ergibt sich ein Median von 2001 bis 2500 Euro.

**Tabelle 1: Einkommen, gesamte Stichprobe (in absoluten Häufigkeiten und Prozent)**

	Häufigkeit	Prozent
Kein Einkommen	24	5
< 1000	57	12
1000-1500	128	27
>1501-2000	107	23
2001-2500	66	14
2501-3000	30	6
> 3000	34	7
Keine Angabe	26	6

Bezüglich Erwerbstätigkeit geben 225 (48%) an, vollzeitbeschäftigt zu sein, 83 (18%) sind Teilzeitbeschäftigt, 54 (11%) in Pension, 20 (4%) in Karenz und 30 (6%) geben an, Schüler oder Studenten zu sein. Arbeitslos sind bei der Befragung 4 (1%) Personen, 16 (3%) sind Hausfrau bzw. Hausmann und 2 (<1%) sind geringfügig beschäftigt. „Sonstiges“ (meistens „selbständig“) kreuzten 33 (7%) der Stichprobe an.

**Tabelle 2: Erwerbstätigkeit, gesamte Stichprobe (in absoluten Häufigkeiten und Prozent)**

	Häufigkeit	Prozent
Vollzeit	225	48
Teilzeit	83	18
Geringfügig	2	<1
Arbeitslos	4	1
Hausfrau/mann	16	3
Karenz	20	4
Schüler/Student	30	6
Pension	54	11
Sonstige	33	7
Keine Angabe	5	1

---

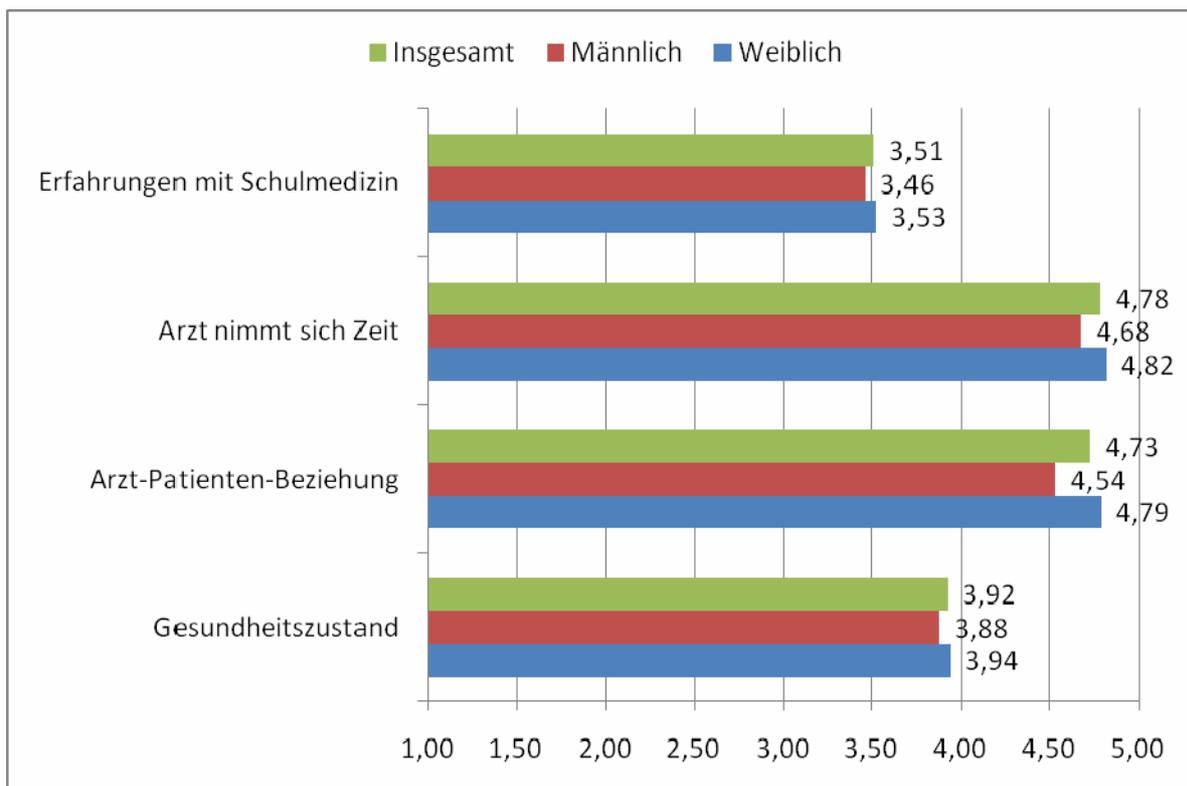
<sup>6</sup> Prüfgröße bei Wilcoxon-Test und U-Test

## 6.2.2 Gesundheitszustand und Erfahrungen mit der Schulmedizin

Für den Gesundheitszustand der Stichprobe ergibt sich ein Mittelwert von 3,92, was auf einen relativ zufrieden stellenden Gesundheitszustand schließen lässt. Unterschiede zwischen Männern und Frauen existieren dabei nicht ( $(1,471)=0,459$ ;  $p=0,498$ ).

Sehr wichtig erscheint in der gesamten Stichprobe die Arzt-Patienten-Beziehung, in der sich auch Geschlechtsunterschiede beobachten lassen ( $F(1,471)=14,603$ ;  $p<0,001$ ). Frauen ( $M=4,79$ ) legen auf eine gute Arzt-Patienten-Beziehung wesentlich mehr Wert als Männern ( $M=4,54$ ).

Bezüglich der Erfahrungen mit der Schulmedizin zeigt sich ein eher positives Gesamtbild ohne signifikanten Geschlechtsunterschied ( $(1,462)=0,463$ ;  $p=0,497$ ). Lediglich 52 (11%) geben an, eher schlechte Erfahrungen mit der Schulmedizin gemacht zu haben, während 249 (52%) von positiven oder sehr positiven Erfahrungen berichten.



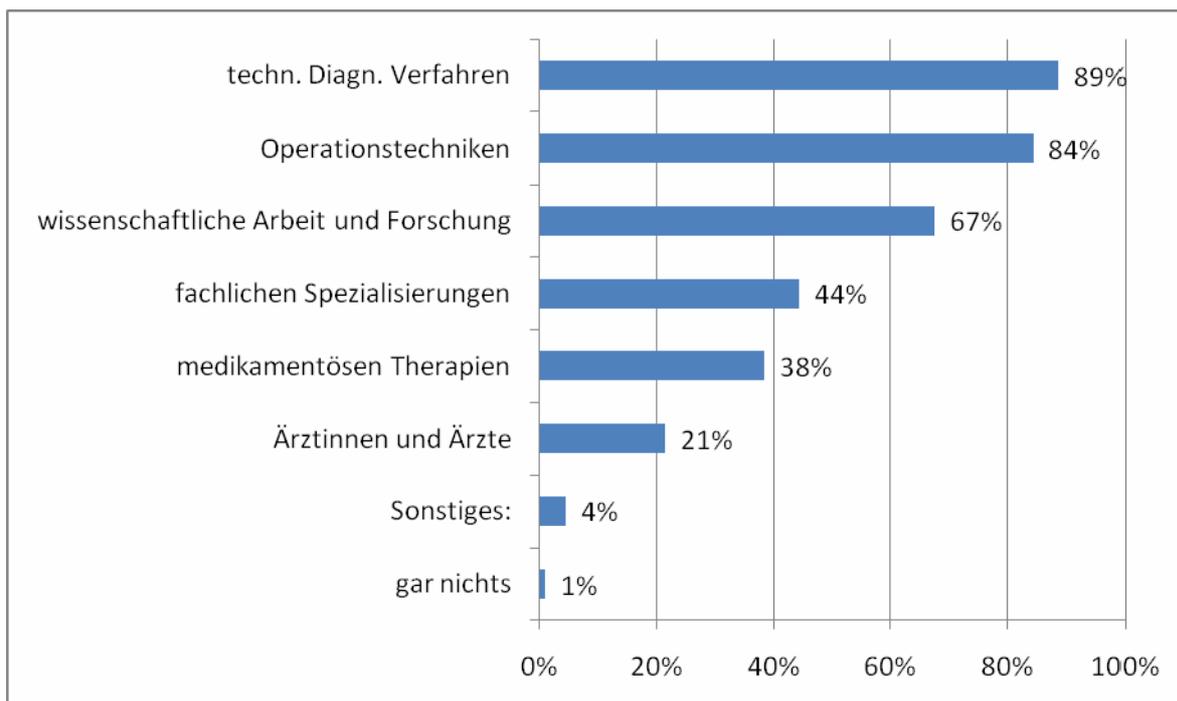
**Abbildung 2: Gesundheitszustand (Zufriedenheit), Arzt-Patienten-Beziehung (Wichtigkeit), Faktor Zeit (Wichtigkeit) und Erfahrung mit Schulmedizin, gesamte Stichprobe (1=schlechteste Bewertung; 5=beste Bewertung)**

Die soziodemografischen Daten wie Alter, Einkommen und Bildung stehen in keinem statistisch belegbaren Zusammenhang mit Gesundheitszustand, Arzt-Patienten-Beziehung, Zeit für Behandlung und den Erfahrungen mit der Schulmedizin (siehe Tabelle 3).

**Tabelle 3: Korrelationen von Alter, Bildung und Einkommen mit Bewertung des Gesundheitszustandes, der Wichtigkeit der Arzt-Patienten-Beziehung und des Faktors Zeit sowie mit Erfahrungen mit der Schulmedizin (Berechnung nach Spearman)**

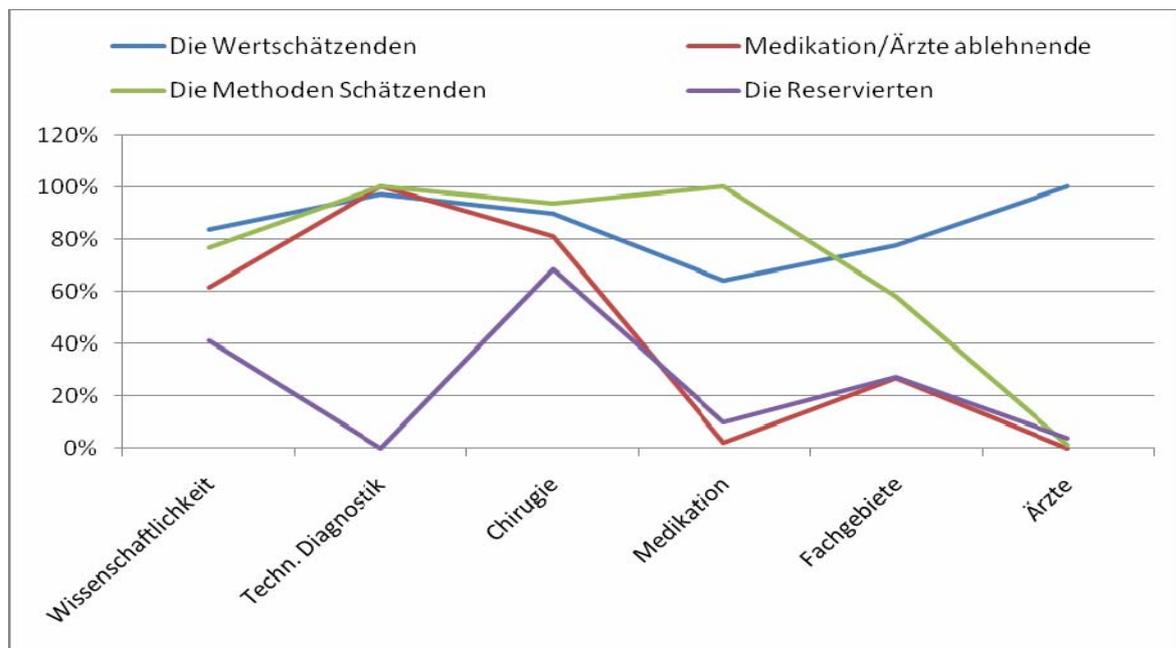
	Alter		Bildung		Einkommen	
	r	p	R	p	r	P
Gesundheitszustand	-0,06	0,16	-0,05	0,31	0,07	0,13
Arzt-Patienten-Beziehung	0,06	0,18	0,00	1,00	-0,03	0,52
Arzt nimmt sich Zeit	0,06	0,19	-0,06	0,20	-0,02	0,74
Erfahrungen mit Schulmedizin	0,01	0,84	0,07	0,13	0,07	0,13

Besonders geschätzt an der Schulmedizin werden deren diagnostischen Verfahren (Röntgen, Ultraschall) (89%), deren Operationstechniken und -möglichkeiten (84%), aber auch deren wissenschaftliche Arbeit und Forschung (67%). Weitere 44% schätzen auch deren fachliche Spezialisierungen, 38% deren medikamentöse Therapien und nur 21% deren Vertreter (Ärztinnen und Ärzte). 4% geben „Sonstiges“ an und nur 1% kann an der Schulmedizin gar nichts schätzen.



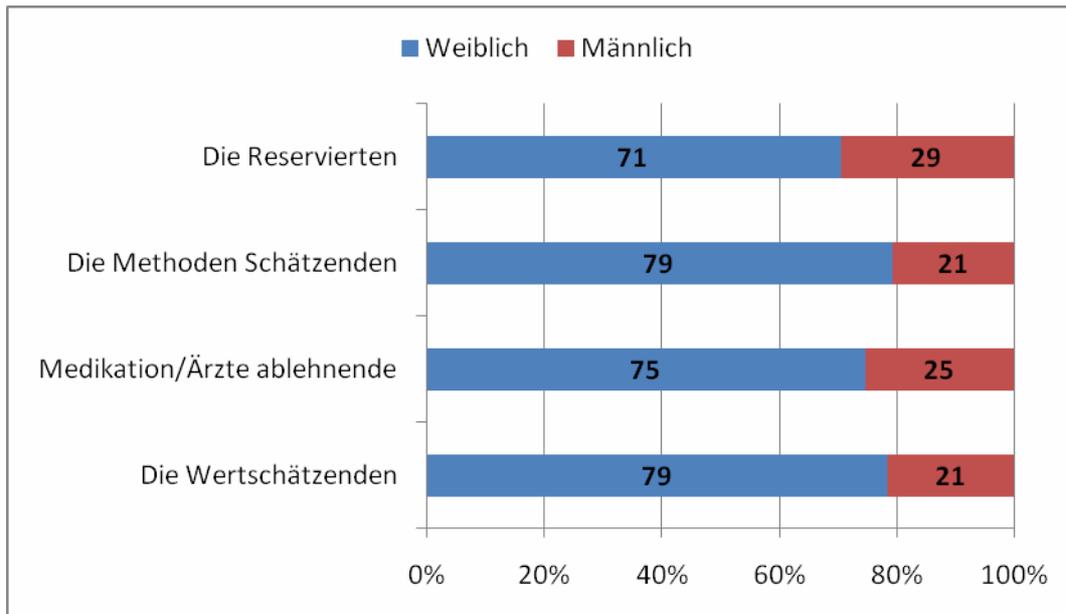
**Abbildung 3: Was wird an der Schulmedizin geschätzt, gesamte Stichprobe (in Prozent)**

Dazu lässt sich eine gut replizierbare 4-Clusterlösung mittels Diskriminanzanalyse (siehe Anhang) finden, wobei der erste Cluster aus 98 (21%) Probanden besteht, die eine positive Wertschätzung bei allen angeführten Parametern zeigen („Die Wertschätzenden“). Der zweite Cluster stellt mit 214 (45%) Personen die zahlenmäßig größte Gruppe dar und impliziert diejenigen, die Medikation, Ärzte und fachliche Spezialisierungen ablehnen, jedoch Diagnostik, Wissenschaftlichkeit und Operationstechniken schätzen („Medikation/Ärzte ablehnende“). Der dritte Cluster besteht aus 107 (23%) Personen, die Wissenschaftlichkeit, Diagnostik, chirurgische Möglichkeiten aber auch die Medikation schätzen („Die Methoden Schätzenden“). Kaum genannt werden die Vertreter der Schulmedizin selbst sowie deren fachliche Spezialisierungen von den „Medikation/Ärzte ablehnenden“, den „Methoden Schätzenden“ sowie von den „Reservierten“. Von den „Wertschätzenden“ bekommen die Repräsentanten der Schulmedizin jedoch sehr gute Wertungen (rund 100%). Der vierte und kleinste Cluster zeigt 51 (11%) Personen, die der Schulmedizin gegenüber sehr reserviert eingestellt sind („Die Reservierten“).



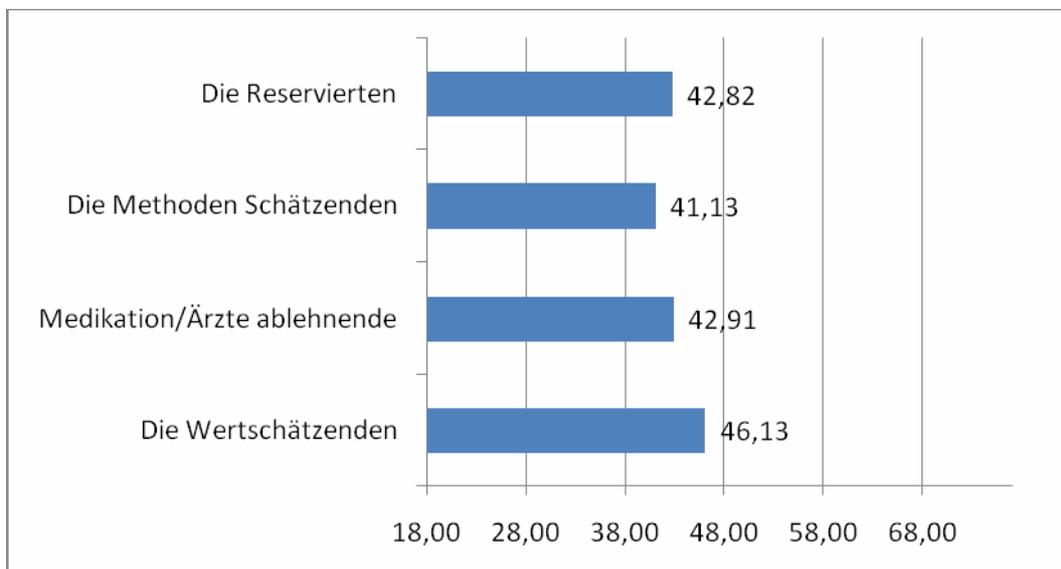
**Abbildung 4: Clusterlösung für Wertschätzung der Schulmedizin**

Setzt man diese Clusterlösung mit den soziodemografischen Variablen in Beziehung, so zeigt sich, dass die Geschlechterverteilung in den einzelnen Clustern der Verteilung der gesamten Stichprobe entspricht ( $\chi^2(3)=2,049$ ;  $p=0,562$ ). (siehe Abb. 5)



**Abbildung 5: Geschlecht, getrennt nach Wertschätzungscluster Schulmedizin**

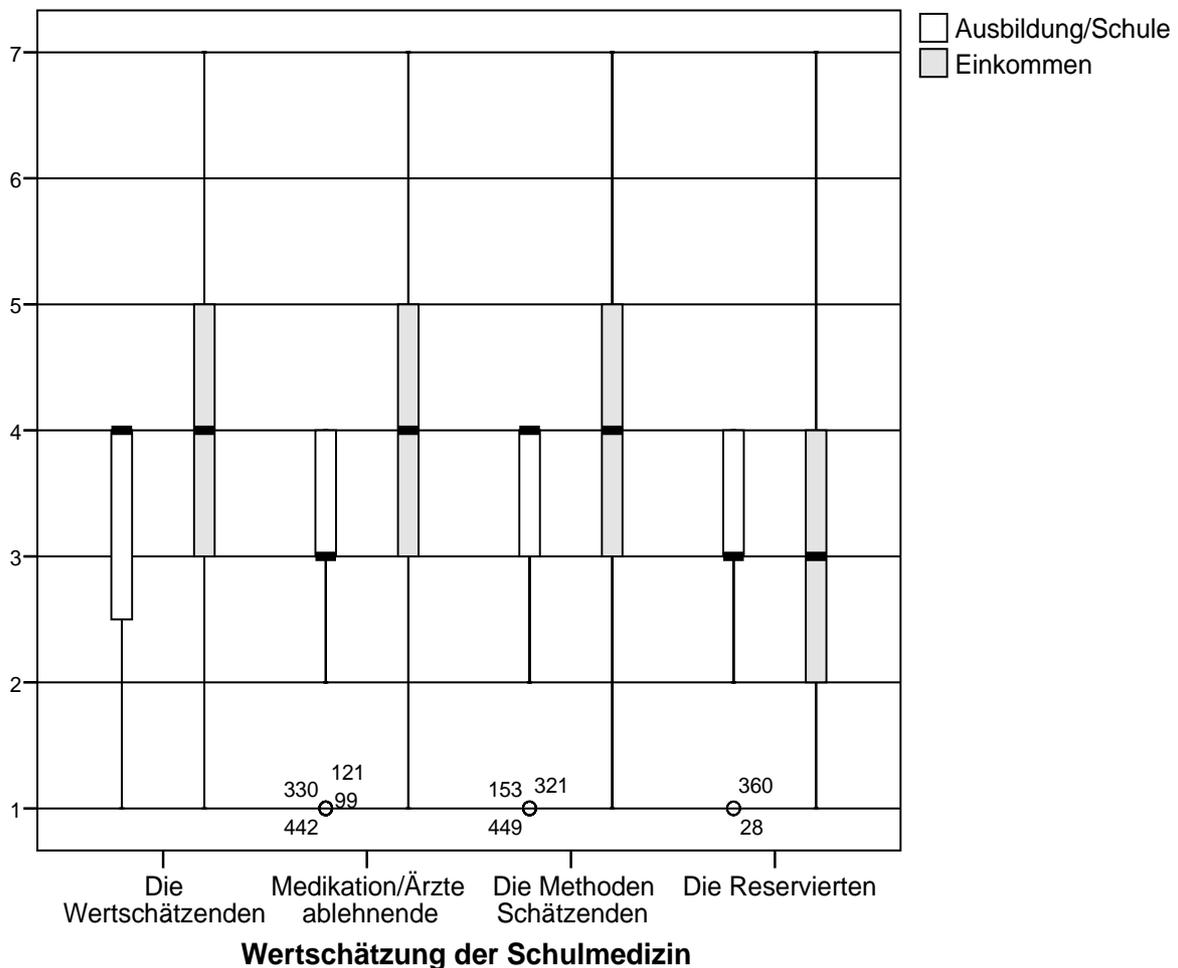
Die vier Cluster unterscheiden sich jedoch signifikant bezüglich des Alters. Hierbei weist der Cluster der allgemein „Wertschätzenden“ mit 46,13 Jahren den höchsten Mittelwert auf. Die „Methoden Schätzenden“ sind mit 41,13 Jahren am jüngsten.



**Abbildung 6: Altersverteilung nach Wertschätzung der Schulmedizin-Cluster**

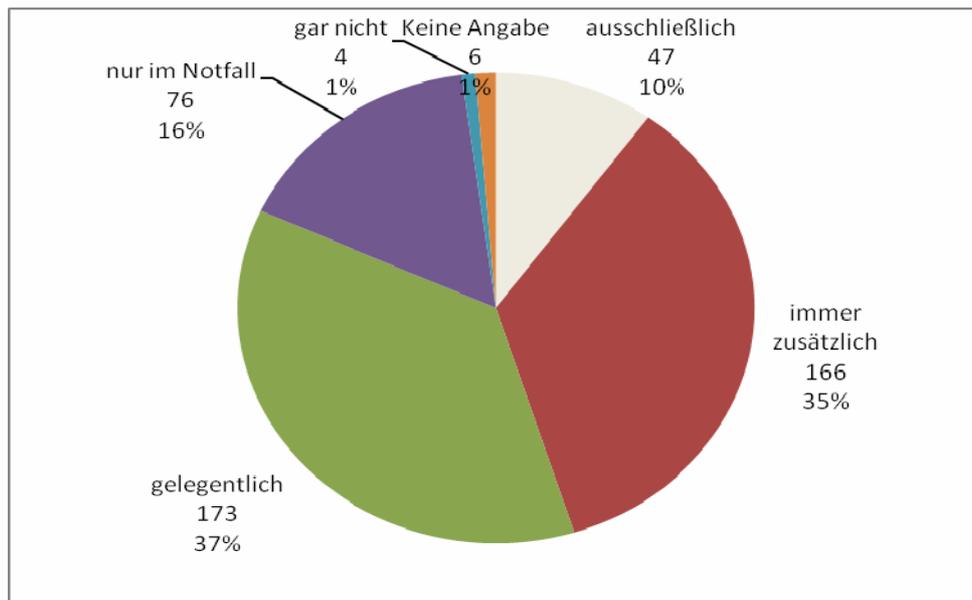
Diese Cluster unterscheiden sich auch bezüglich der Schulbildung ( $\chi^2(3)=8,847$ ;  $p=0,031$ ). Betrachtet man dazu die Mediane (siehe Abb. 6), so umfasst der Cluster der „Reservierten“ (Median=3) und der Cluster derjenigen, die Medikation und Ärzte ablehnen (Median=3), Personen mit niedriger Schulbildung auf.

Auch betreffend das Einkommen sind signifikante Unterschiede gegeben ( $\chi^2(3)=8,392$ ;  $p=0,039$ ), wobei die „Reservierten“ ein geringeres Einkommen als diejenigen in den anderen Clustern aufweisen.



**Abbildung 7: Boxplot von Schulbildung und Einkommen, getrennt nach Wertschätzung der Schulmedizin (Clusterlösung)**

Insgesamt geben 47 (10%) Personen an, ausschließlich schulmedizinische Behandlungsmethoden in Anspruch zu nehmen, 166 (35%) beanspruchen schulmedizinische zusätzlich zu alternativmedizinischen Behandlungsmethoden, die relative Mehrheit von 173 (37%) Probanden gibt an, herkömmliche medizinische Behandlung gelegentlich zu alternativmedizinischen Behandlung in Anspruch zu nehmen, 76 (16%) nehmen eine schulmedizinische Behandlung nur im äußersten Notfall an, 4 (1%) würden das gar nicht tun und von 6 Personen (1%) liegt keine Antwort dazu vor.



**Abbildung 8: Inanspruchnahme der Schulmedizin**

Bezüglich der Inanspruchnahme der Schulmedizin zeigt sich kein geschlechts- ( $z=-0,687$ ;  $p=0,492$ ), alters- ( $r=0,088$ ) und einkommensspezifischer Zusammenhang ( $r=-0,023$ ). Eine signifikante Korrelation (siehe Anhang) ist jedoch zwischen der Ausbildung der Probanden und der Inanspruchnahme schulmedizinischer Methoden gegeben ( $r=-0,147$ ;  $p=0,002$ ). Je höher die Bildung ist, desto eher werden auch schulmedizinische Methoden in Anspruch genommen (geringer Zusammenhang).

**Tabelle 4: Korrelationen zwischen Inanspruchnahme schulmedizinischer BM und Alter, Schulbildung und Einkommen**

	R	p
Alter	0,088	0,059
Ausbildung/Schule	-0,147	0,002
Einkommen	-0,023	0,628

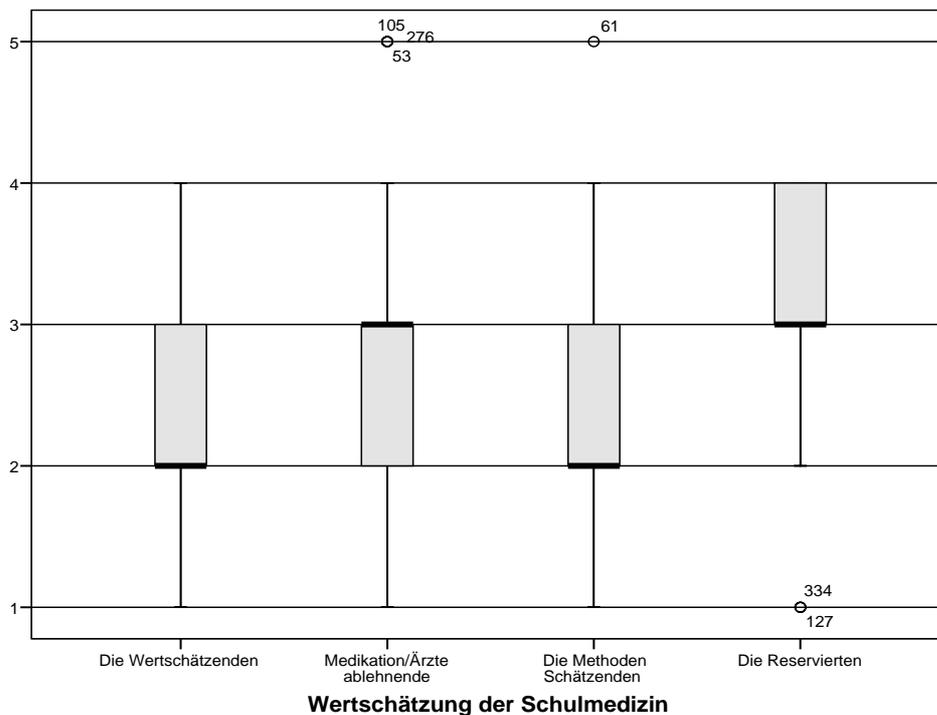
Tabelle 5 zeigt: Je besser der Gesundheitszustand ist, desto seltener wird ein Schulmediziner konsultiert ( $r=0,157$ ;  $p=0,001$ ). Je wichtiger einer Person die Arzt-Patienten-Beziehung ist, desto eher nimmt sie auch schulmedizinische Methoden in Anspruch ( $r=-0,125$ ;  $p=0,007$ ). In beiden Fällen ist der Zusammenhang als gering zu bewerten. Die Wichtigkeit des Faktors Zeit im Rahmen ärztlichen Handelns steht in keinem statistisch belegbaren Zusammenhang mit der Inanspruchnahme schulmedizinischer Methoden ( $r=0,028$ ).

Signifikant ist hingegen die Korrelation mit der Bewertung der Erfahrung ( $r=-0,421$ ;  $p<0,001$ ). Die Richtung des Zusammenhanges besagt, dass die Inanspruchnahme schulmedizinischer Behandlungsmethoden sinkt, wenn auf negative Erfahrungen mit denselben zurückgeblickt werden muss (moderater bis großer Zusammenhang).

**Tabelle 5: Korrelationen zwischen Inanspruchnahme der Schulmedizin und Zufriedenheit mit Gesundheitszustand, Wichtigkeit des Faktors Zeit und der Arzt-Patienten-Beziehung sowie der Erfahrung mit der Schulmedizin**

	R	P
Gesundheitszustand	0,157	0,001
Arzt-Patienten-Beziehung	-0,125	0,007
Arzt nimmt sich Zeit	0,028	0,545
Erfahrungen mit Schulmedizin	-0,421	0,000

Betreffend die Inanspruchnahme schulmedizinischer Methoden zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Clustern, deren Einteilung nach der Wertschätzung schulmedizinischer Komponenten erfolgte ( $\chi^2(3)= 50,904$ ,  $p<0,001$ ). Aus den Boxplots ist deutlich zu erkennen, dass die Gruppe der „Reservierten“ und die Gruppe, die Medikation und Ärzte ablehnen, höhere Mediane aufweisen und somit schulmedizinische Methoden mit geringerer Wahrscheinlichkeit anwenden.



**Abbildung 9: Boxplot Inanspruchnahme schulmedizinischer BM, getrennt nach Wertschätzung der Schulmedizin**

### 6.2.3 Einstellung zur und Kenntnisse über die Alternativmedizin

Die generelle Einstellung zu alternativmedizinischen Behandlungsmethoden kann in der vorliegenden Stichprobe als sehr gut bezeichnet werden ( $M=4,27$ ) und zeigt weder geschlechts- ( $F(1,466)=2,609$ ;  $p=0,107$ ) noch altersspezifische Unterschiede ( $r=0,057$ ). Es kann jedoch eine Korrelation mit Schulbildung ( $r=-0,164$ ;  $p<0,001$ ) und Einkommen ( $r=-0,133$ ;  $p=0,005$ ) belegt werden. Nach dem Vorzeichen dieser Korrelationskoeffizienten zu schließen, bedeutet dieser Zusammenhang, dass Probanden mit niedrigerer Schulbildung bzw. geringerem Einkommen alternativmedizinischen Behandlungsmethoden positiver gegenüber eingestellt sind als diejenigen mit höherer Bildung und höherem Einkommen. Anzumerken ist weiters, dass diese Korrelationen trotz Signifikanz als gering zu bewerten sind und sie nur wenig zur Varianzaufklärung beitragen können.

**Tabelle 6: Korrelation von Einstellung zu alternativmedizinischen BM und Alter, Bildung und Einkommen**

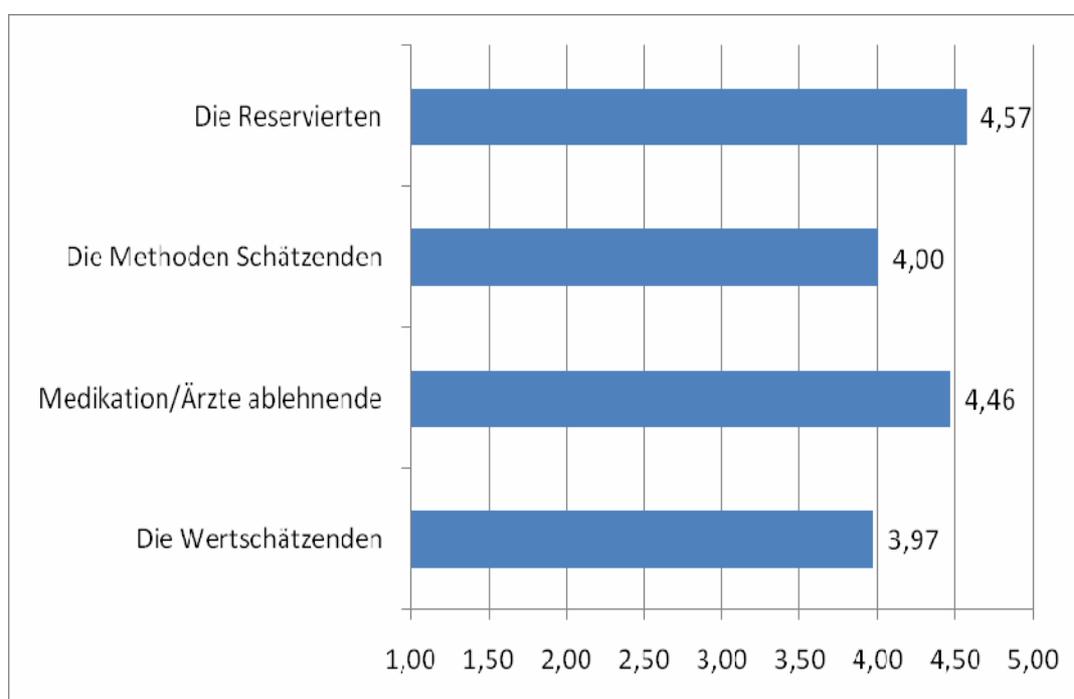
	r	P
Alter	0,057	0,215
Ausbildung/Schule	-0,164	0,000
Einkommen	-0,133	0,005

Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand ( $r=0,036$ ), die Wichtigkeit des Faktors Zeit ( $r=0,004$ ) und die Arzt-Patienten-Beziehung ( $r=0,073$ ) stehen in keinem signifikanten Zusammenhang. Es existiert jedoch eine signifikante Korrelation mit der Bewertung der Erfahrung mit der Schulmedizin. Werden diese Erfahrungen negativ bewertet, so ist die Einstellung zu alternativmedizinischen Behandlungsmethoden positiver (moderater Korrelationskoeffizient, Varianzanteil liegt bei rund 11%).

**Tabelle 7: Korrelation von Einstellung zu alternativmedizinischen BM und Zufriedenheit mit Gesundheitszustand, der Wichtigkeit des Faktors Zeit und der Arzt-Patienten-Beziehung sowie der Erfahrung mit der Schulmedizin**

	R	P
Gesundheitszustand	0,036	0,434
Arzt-Patienten-Beziehung	0,004	0,936
Arzt nimmt sich Zeit	0,073	0,116
Erfahrungen mit Schulmedizin	-0,328	0,000

Die Bewertung alternativmedizinischer Behandlungsmethoden fällt in Abhängigkeit von den Erfahrungen, die mit der Schulmedizin gemacht wurden, unterschiedlich aus ( $F(3,462)=13,972$ ;  $p<0,001$ ). Personen, die die Schulmedizin (eher) schätzen, sind weniger positiv alternativmedizinischen Behandlungsmethoden eingestellt als Personen, die der Schulmedizin weniger Wertschätzung entgegenbringen. Der Mittelwert des Clusters der „Wertschätzenden“ liegt bei 3,97, für die „Methoden Schätzenden“ ergibt sich ein Mittelwert von 4,00. Die „Reservierten“ ( $M=4,57$ ) und die „Medikation/Ärzte Ablehnenden“ ( $M=4,46$ ) präsentieren eine deutlich positivere Einschätzung der Alternativmedizin gegenüber.



**Abbildung 10: Mittelwerte der Einstellung zu alternativmedizinischen BM, getrennt nach Cluster der Wertschätzung der Schulmedizin**

Die Inanspruchnahme schulmedizinischer Methoden und die Einschätzung alternativmedizinischer Behandlungsmethoden stehen in einem starken korrelativen Zusammenhang ( $r=0,479$ ;  $p<0,001$ ). Je weniger auf schulmedizinische Therapieverfahren zurückgegriffen wird, desto positiver ist auch die Einstellung zur Alternativmedizin.

Bezüglich des Kenntnisstandes über die Alternativmedizin ergibt sich bei einer fünfstufigen Skala ein Mittelwert von 3,46, der besagt, dass die Kenntnisse der Probanden über alternativmedizinische Behandlungsmethoden befriedigend bis gut

sind. Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der Einschätzung der Kenntnisse ( $F(1,458)=0,474$ ;  $p=0,492$ ).

Die Auswertung zeigt weiter, dass das Alter in einem positiven Zusammenhang mit der Einschätzung der Kenntnisse über die Alternativmedizin steht ( $r=0,127$ ,  $p=0,007$ ). Je älter die Personen sind, desto besser schätzen sie auch ihr alternativmedizinisches Wissen ein. Der Zusammenhang ist jedoch als gering zu bewerten, denn es können weniger als 2% an Varianz erklärt werden. Kein Zusammenhang existiert zwischen Kenntnisstand, Ausbildung ( $r=-0,052$ ) und Einkommen ( $r=-0,046$ ).

**Tabelle 8: Korrelation von Kenntnisstand über alternativmedizinische BM und Alter, Einkommen und Bildung**

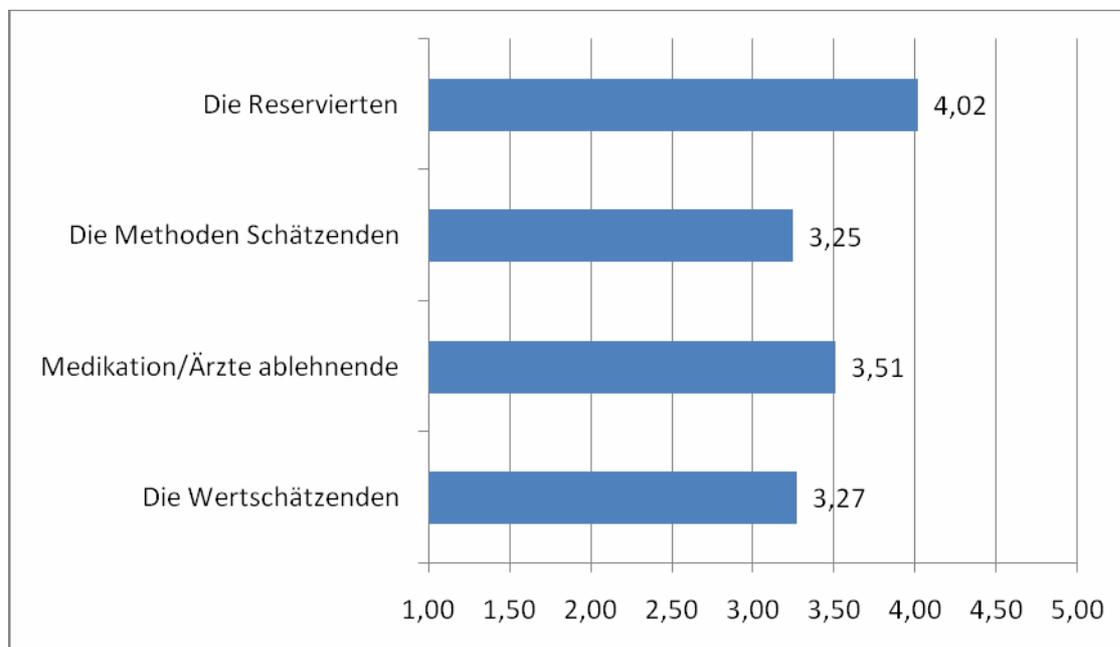
	R	P
Alter	0,127	0,007
Ausbildung/Schule	-0,052	0,264
Einkommen	-0,046	0,338

Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand korreliert auch mit der Einschätzung der Kenntnisse über alternativmedizinische Behandlungsmethoden ( $r=0,128$ ;  $p=0,006$ ). Probanden, die mit ihrem Gesundheitszustand in stärkerem Ausmaß zufrieden sind, behaupten, bessere Kenntnisse über die Alternativmedizin zu besitzen. Der Zusammenhang ist zwar signifikant, von der Größe her jedoch als gering zu bezeichnen. Nicht signifikant ist die Korrelation mit der Wichtigkeit der Arzt-Patienten-Beziehung ( $r=-0,006$ ), schwach signifikant ist sie mit der Bewertung der Wichtigkeit des Faktors Zeit ( $r=-0,093$ ;  $p=0,047$ ). Je weniger wichtig einer Person dieser Aspekt ist, desto größer sind deren alternativmedizinischen Kenntnisse. Der Zusammenhang ist jedoch als sehr gering zu bewerten. Ein weiterer signifikanter Zusammenhang ist mit der Einschätzung der Erfahrungen mit der Schulmedizin gegeben ( $r=-0,277$ ;  $p<0,001$ ). Je schlechter die Erfahrungen mit der Schulmedizin, desto höher der eigene Kenntnisstand über alternativmedizinische Behandlungsmethoden (geringer Zusammenhang, 6% Varianzanteil).

**Tabelle 9: Korrelation von Kenntnisstand über alternativmedizinische BM und Zufriedenheit mit Gesundheitszustand, Wichtigkeit des Faktors Zeit und der Arzt-Patienten-Beziehung sowie der Erfahrung mit der Schulmedizin**

	R	P
Gesundheitszustand	0,128	0,006
Arzt-Patienten-Beziehung	-0,006	0,891
Arzt nimmt sich Zeit	0,093	0,047
Erfahrungen mit Schulmedizin	-0,277	0,000

Ein signifikanter Unterschied bezüglich selbst eingeschätztem Kenntnisstand existiert auch in Abhängigkeit zur Wertschätzung der Schulmedizin ( $F(3,454)=10,144$ ;  $p<0,001$ ).



**Abbildung 11: Mittelwerte der Kenntnisse über alternativmedizinische BM, getrennt nach Cluster der Wertschätzung gegenüber der Schulmedizin**

Die beiden Cluster, die Personen umfassen, die den schulmedizinischen Methoden wertschätzender gegenüberstehen, weisen dabei einen geringeren Kenntnisstand auf als die beiden Gruppen mit eher ablehnender bzw. reservierter Einstellung zur klassischen Medizin.

Schließlich finden sich noch zwei durchaus hohe Korrelationen von Kenntnisstand über die Alternativmedizin mit der Inanspruchnahme schulmedizinischer Methoden ( $r=0,435$ ;  $p<0,001$ ) und der Einstellung zur Alternativmedizin ( $r=0,462$ ;  $p<0,001$ ).

Je höher der vermeintliche Kenntnisstand, desto positiver ist auch die Einstellung zur Alternativmedizin und desto häufiger wird auch auf eine schulmedizinische Konsultation und Behandlung verzichtet.

#### 6.2.4 Die Nutzer der Alternativmedizin

53 (11%) der gesamten Stichprobe waren bisher ein einziges Mal in Behandlung bei einem Alternativmediziner, für 81 (17%) Probanden war das 2-5 Mal, für 73 (15%) bereits 6-10 Mal der Fall. 83 (18%) Probanden geben an, zwischen 11 und 20 Mal, 55 (12%) zwischen 21 und 30 Mal und 109 (23%) über 30 Mal einen Alternativmediziner konsultiert zu haben. Von 20 (4%) Personen liegen keine Angaben vor. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind dabei nicht zu erkennen.

**Tabelle 10: Häufigkeit der Behandlung bei Alternativmedizinern**

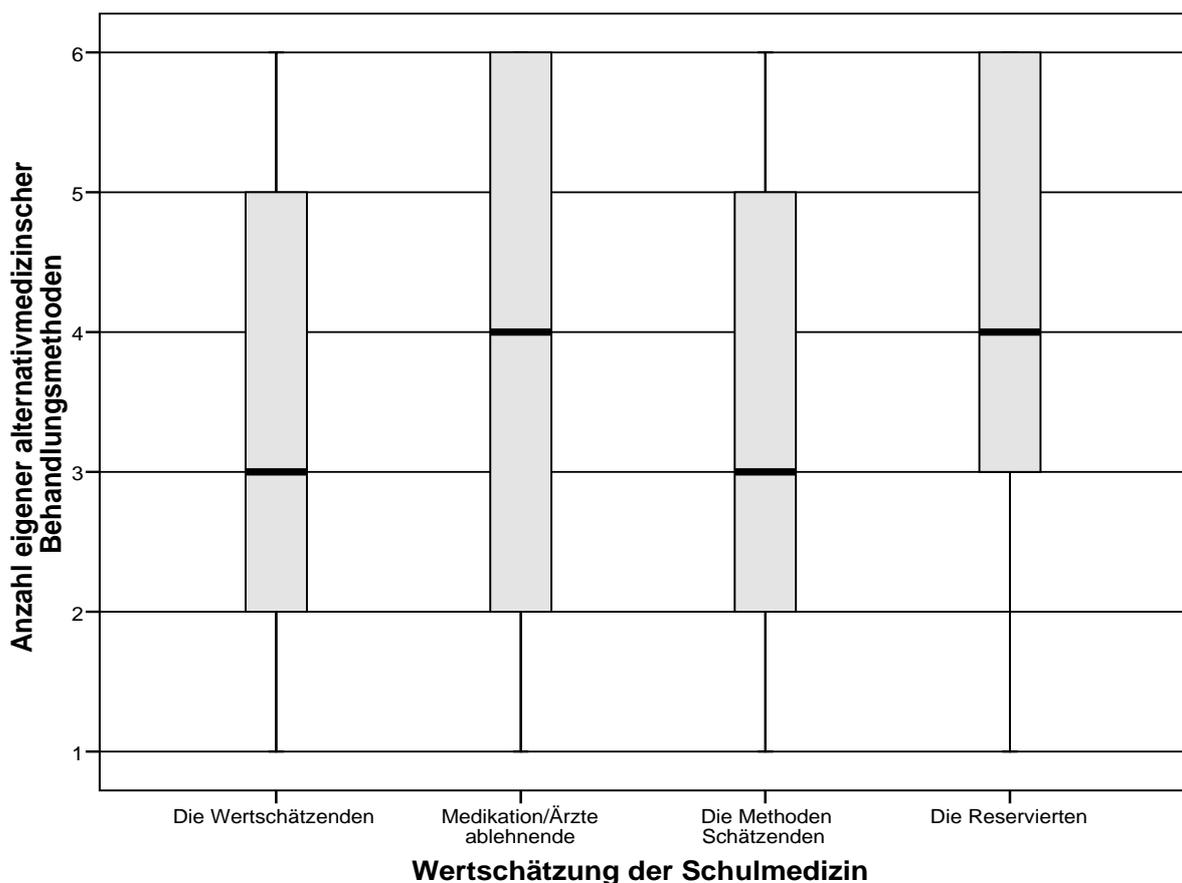
	Häufigkeit	Prozent
1-Mal	53	11
2-5 Mal	81	17
6-10 Mal	73	15
11-20 Mal	83	18
21-30 Mal	55	12
> 30 Mal	109	23
Keine Angabe	20	4

Das Alter korreliert signifikant mit der Anzahl alternativmedizinischer Behandlungsmethoden ( $r=0,235$ ;  $p<0,001$ ). Je älter die Personen in der Stichprobe sind, desto mehr Behandlungen haben sie aus dem alternativen Medizinsystem konsumiert (geringer Korrelationskoeffizient, nur rund 5% Varianzanteil). Die Zusammenhänge von Anzahl alternativmedizinischer Behandlungsmethoden und Ausbildung ( $r=-0,044$ ) sowie Einkommen ( $r=0,035$ ) sind nicht signifikant. Einkommen und Ausbildung stehen somit in keiner Beziehung zur Häufigkeit von Behandlungen bei Alternativmedizinern.

**Tabelle 11: Korrelation von Alter, Ausbildung und Einkommen mit Anzahl alternativmedizinischer BM**

	r	P
Alter	0,235	0,000
Ausbildung/Schule	-0,044	0,347
Einkommen	0,035	0,470

Ein deutlicher Unterschied besteht auch in Abhängigkeit der Wertschätzung der Schulmedizin ( $\chi^2(3)= 16,075$ ;  $p=0,001$ ). Während bei den beiden Gruppe, die sich zur klassischen Medizin eher wertschätzend äußern, der Median jeweils bei 3 liegt (entspricht 6-10 Behandlungen), ergibt sich für die Gruppe der „Reservierten“ und für diejenigen, die Medikation und Ärzte ablehnen, jeweils ein Median von 4 (11-20 Behandlungen). Diese beiden Gruppen können also doppelt so viele Behandlungen vorweisen als jene, die der Schulmedizin positiver gegenüber eingestellt sind.

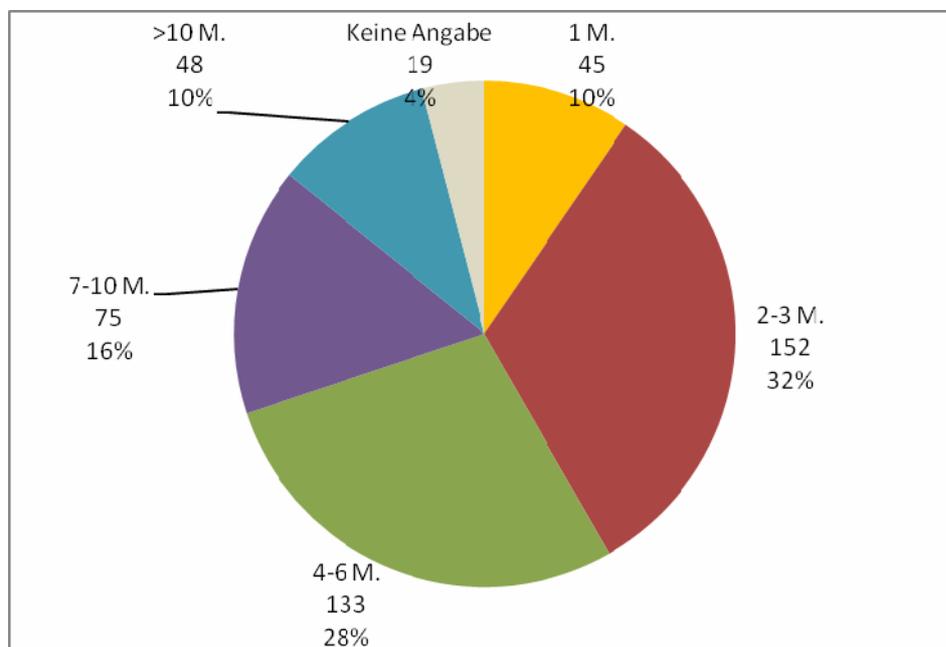


**Abbildung 11: Boxplot Anzahl alternativmedizinischer BM, getrennt nach Clustern der Wertschätzung (1=1-Mal; 2=2-5-Mal; 3=6-10-Mal; 4=11-20-Mal, 5=21-30-Mal, 6=>30-Mal)**

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei hohen Behandlungshäufigkeiten signifikante und durchaus hohe Korrelationen mit der Inanspruchnahme schulmedizinischer Methoden ( $r=0,445$ ;  $p<0,001$ ), der Einstellung zu alternativmedizinischen Behandlungsmethoden ( $r=0,484$ ;  $p<0,001$ ) und der Kenntnis darüber ( $r=0,452$ ;  $p<0,001$ ) vorliegen. Bei positiver Einstellung und selbst eingeschätzten hohen Kenntnissen nimmt die Anzahl der Behandlungen zu.

**Tabelle 12: Korrelation von Anzahl konsumierter alternativmedizinischer BM mit Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme schulmedizinischer BM, der Einstellung und Kenntnis über alternativmedizinische BM**

	R	P
Inanspruchnahme schulmedizinischer Behandlungsmethoden	0,445	0,000
Einstellung zu alternativmedizinischen Behandlungsmethoden	0,484	0,000
Kenntnisse über alternativmedizinische Behandlungsmethoden	0,453	0,000



**Abbildung 12: Anzahl der kennen gelernten Methoden, gesamte Stichprobe (in absoluten Häufigkeiten und Prozent)**

Betreffend die Methodenwahl und die Häufigkeiten der Inanspruchnahme haben sich folgende Ergebnisse gezeigt:

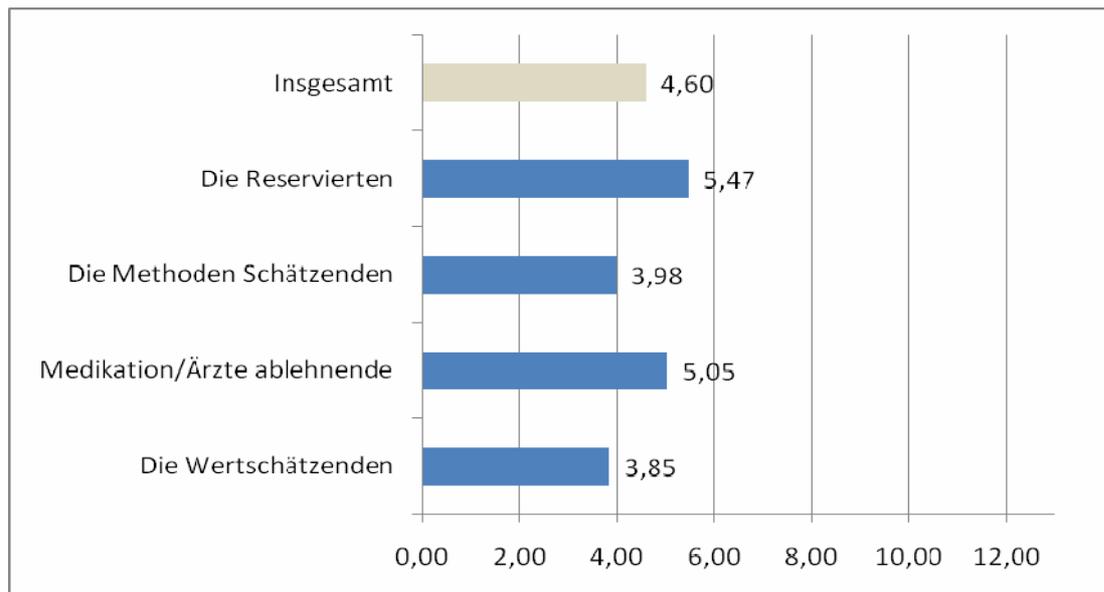
45 (10%) Probanden dieser Stichprobe haben nur eine einzige Methode kennen gelernt. Die relative Mehrheit (152 Probanden; 32%) stellt jene Gruppe dar, die zwischen 2 bis 3 unterschiedliche Methoden kennt. 133 (28%) Probanden haben Erfahrungen mit 4 bis 6 alternativmedizinischen Behandlungsmethoden, 7-10 Methoden kennen 75 (10%) und mehr als 10 Therapieverfahren haben 48 (10%) Probanden bereits in Anspruch genommen.

Es wurde auch abgefragt, welche alternativmedizinischen Behandlungsmethoden bereits in Anspruch genommen wurden. Der Mittelwert der genutzten alternativmedizinischen Behandlungsmethoden liegt bei 4,59. Jede Person in dieser Stichprobe (geschlechtsspezifisch nicht signifikant) weist somit im Durchschnitt Erfahrung mit beinahe 5 unterschiedlichen Methoden auf. Die Spannweite liegt dabei zwischen 0 und 13 Methoden. Welche Methoden das im konkreten sind, wird später genauer erörtert. Zunächst wird untersucht, ob sich ein Zusammenhang mit soziodemografischen Variablen, der Einstellung zur Schulmedizin, dem allgemeinen Gesundheitszustand und der Einstellung zu alternativmedizinischen Behandlungsmethoden belegen lässt.

Es besteht kein geringer signifikanter Zusammenhang mit dem Alter ( $r=0,137$ ;  $p=0,003$ ). Je älter die Personen sind, desto mehr Methoden sind angewendet worden. Der erklärte Varianzanteil liegt jedoch nur bei ca. 2%. Die Korrelationen mit Ausbildung ( $r=-0,028$ ) und Einkommen ( $r=0,058$ ) sind statistisch nicht relevant.

Der allgemeine Gesundheitszustand der Probanden und die Anzahl der genutzten alternativmedizinischen Behandlungsmethoden stehen in keinem Zusammenhang, der Korrelationskoeffizient von  $r=-0,002$  ist nicht signifikant. Auch mit der Bewertung der Wichtigkeit der Arzt-Patienten-Beziehung besteht kein signifikanter Zusammenhang ( $r=0,083$ ;  $p=0,073$ ). Statistisch relevant ist jedoch der Zusammenhang des Faktors Zeit mit alternativmedizinischen Methoden ( $r=0,191$ ,  $p<0,001$ ). Personen, die darauf Wert legen, haben bis dato mehr alternativmedizinische Behandlungsmethoden kennen gelernt (geringer Zusammenhang, nur ca. 4% Varianz). Ein signifikanter Zusammenhang lässt sich auch mit der Einschätzung der Erfahrungen mit der Schulmedizin feststellen ( $r=-0,257$ ;  $p<0,001$ ). Es zeigt sich hier, dass bei einer eher negativen Bewertung der Schulmedizin auch die Anzahl der genutzten alternativmedizinischen Behandlungsmethoden steigt.

In Abhängigkeit der Cluster, gebildet nach der Wertschätzung der Schulmedizin, ist ein deutlich signifikanter Unterschied in der Höhe bereits konsumierter alternativmedizinischer Behandlungsmethoden gegeben ( $(3,466)=8,731$ ;  $p<0,001$ ). Probanden, die die Schulmedizin schätzen, haben signifikant bis jetzt weniger Behandlungsmethoden in Anspruch genommen als die beiden Vergleichsgruppen. Die Mittelwerte sind aus der Abbildung 13 zu lesen.



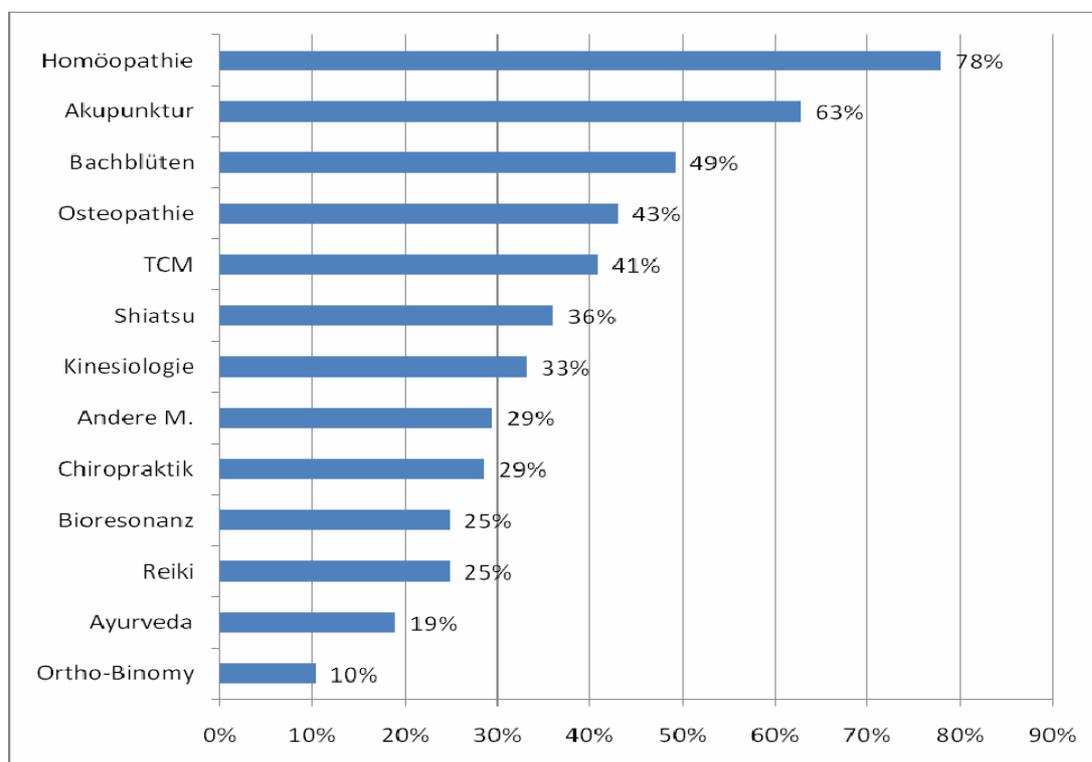
**Abbildung 13: Mittelwerte der Anzahl bereits kennen gelernter alternativmedizinischer BM, getrennt nach Cluster der Wertschätzung gegenüber Schulmedizin**

Je mehr Methoden der Alternativmedizin in Anspruch genommen werden, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, einen Schulmediziner zu konsultieren ( $r=0,372$ ,  $p<0,001$ ). Der Zusammenhang ist als moderat zu bezeichnen und kann rund 15% an Varianz erklären.

Es finden sich weitere signifikante Zusammenhänge mit der Einstellung zu alternativmedizinischen Behandlungsmethoden ( $r=0,433$ ;  $p<0,001$ ) und der Kenntnis über alternativmedizinische Behandlungsmethoden ( $r=0,532$ ;  $p<0,001$ ). Bei stärker ausgeprägter positiver Einstellung zur Alternativmedizin und einem höheren Kenntnisstand darüber steigt auch die Anzahl der Methoden, mit denen man bereits selbst Bekanntschaft gemacht hat. Wenig überraschend ist die hohe Korrelation von Quantität bereits empfangener Behandlungen mit der Anzahl der lediglich bekannten Methoden, die bis jetzt noch nicht persönlich in Anspruch genommen worden sind ( $r=0,642$ ;  $p<0,001$ ). Diese Korrelation deutet darauf hin, dass Interesse darin besteht,

das Spektrum der Methoden, die bereits in Anspruch genommen wurden, zu erweitern.

Zum Spektrum alternativmedizinischer Methoden kann folgendes festgestellt werden: Homöopathie ist die beliebteste Methode (78%), gefolgt von Akupunktur (63%). Einen Anwendungsgrad zwischen 40 und 49% weisen Bachblütentherapie (49%), Osteopathie (43%) und Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) (41%) auf. Zwischen 30 und 39% machten Erfahrung mit Kinesiologie (33%) und Shiatsu (36%). Behandlungsmethoden, die von 20 bis 29% der Stichprobe kennen gelernt wurden, sind Reiki (25%), Bioresonanztherapie (25%) und Chiropraktik (29%). Weniger als 20% kennen Ayurveda (19%) und Ortho-Bionomy (10%). 29% nennen noch sonstige Methoden, auf die hier nicht näher eingegangen wird.



**Abbildung 14: In Anspruch genommene Methoden, gesamte Stichprobe (in Prozent)**

Wird mit den 12 genannten Methoden eine Clusteranalyse erstellt, so lassen sich vier Typen finden, die sich sowohl inhaltlich als auch statistisch gut von einander trennen lassen. Der erste Cluster, bestehend aus 107 (23%) Probanden, wird als „Experimentierer“ bezeichnet, da in dieser Gruppe keine Präferenzen gegenüber einzelner Methoden festgestellt werden können. Die durchschnittliche Anzahl der Methoden in diesem Cluster liegt bei 2,16. Der zweite Cluster (106 Personen, 23%)

ist gekennzeichnet durch die Inanspruchnahme der traditionellen Methoden wie Akupunktur, Homöopathie, Osteopathie und TCM, die von ausgebildeten Ärzten mit Zusatzqualifikationen angeboten werden und daher den Namen „Klassiker“ bekommen haben.

Die durchschnittliche Anzahl der verwendeten Methoden in diesem Cluster liegt bei 4,54 Methoden. Im dritten Cluster (73 Personen, 16%) finden sich häufig bekannte Methoden wie Akupunktur, Bachblütentherapie und Homöopathie („Alternative Shopper“) und der letzte Cluster (170, 36%) beinhaltet „energetische“ Behandlungsmethoden wie Homöopathie, Kinesiologie, Bachblütentherapie, Reiki etc., dem der Namen („Energetiker“) gegeben wurde.

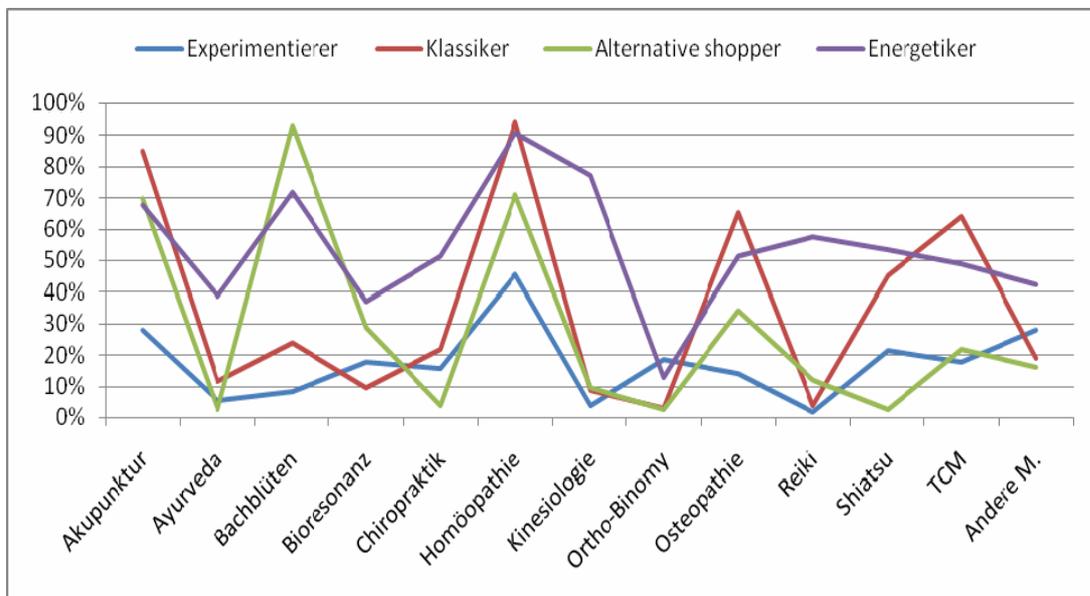


Abbildung 15: Ergebnis der Clusteranalyse der genutzten Methoden (in Prozent)

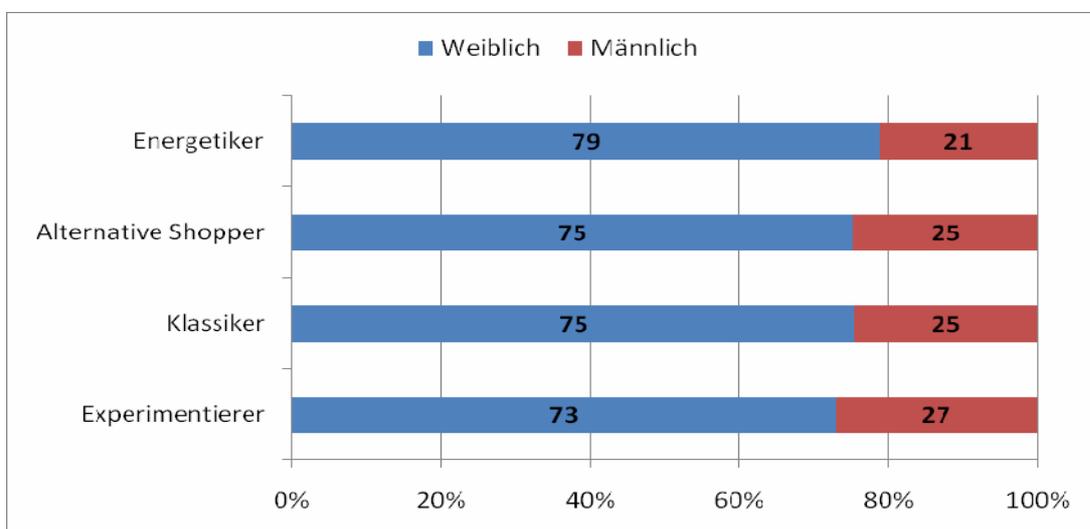
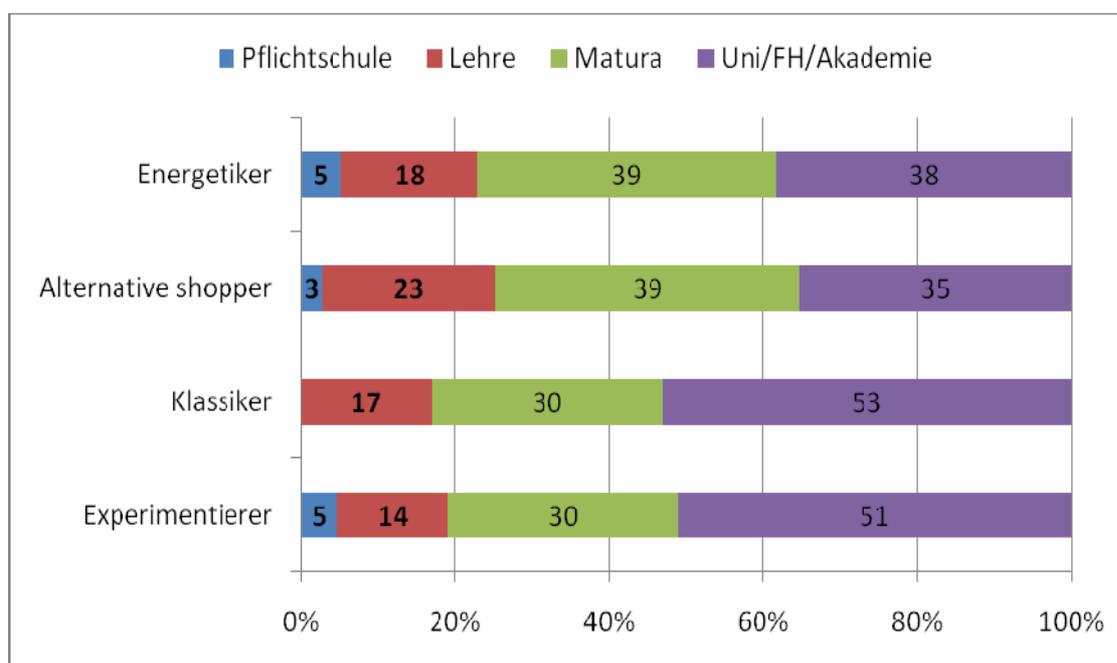


Abbildung 16: Geschlecht, getrennt nach Anwendungscluster

Zwischen Männern und Frauen lässt sich hier betreffend die Anwendungsmodalitäten kein signifikanter Unterschied feststellen ( $\chi^2(3)=1,343$ ;  $p=0,719$ ). Der Cluster der „Energetiker“ besteht zu 79% aus Frauen, den deskriptiv geringsten Frauenanteil weist die Gruppe der „Experimentierer“ auf (73%).

Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich betreffend die Schulbildung. Der Anteil an Absolventen einer Universität bzw. Fachhochschule ist bei den „Energetikern“ und den „Alternativen Shoppnern“ deutlich geringer als bei den „Klassikern“ und den „Experimentierern“.

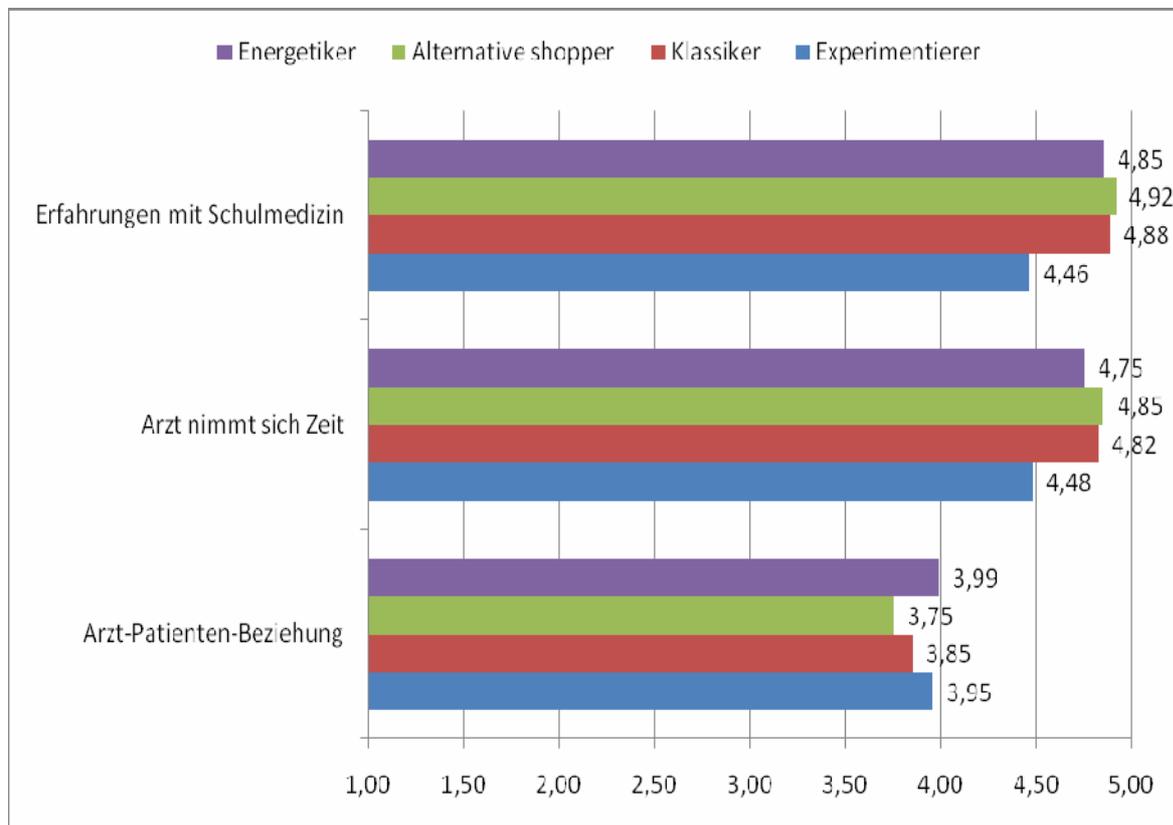


**Abbildung 17: Anwendercluster und Ausbildung**

Diese Anwendercluster (Abb. 17) unterscheiden sich weder nach dem Einkommen ( $\chi^2(3)=2,628$ ;  $p=0,453$ ) noch nach dem allgemeinen Gesundheitszustand ( $F(3,455)=1,492$ ;  $p=0,216$ ). Hoch signifikant ist jedoch der Unterschied bei der Einstufung der Wichtigkeit der Arzt-Patienten-Beziehung ( $F(3,452)=7,944$ ;  $p<0,001$ ). „Experimentierern“ und „Energetikern“ ist eine gute Arzt-Patienten-Beziehung wichtiger als den „Klassikern“ und den „Alternativen Shoppnern“.

Signifikant ist auch der Unterschied bezüglich der Bewertung der Erfahrungen mit der Schulmedizin ( $F(3,444)=4,461$ ;  $p=0,004$ ). Interessanterweise weisen hier „Experimentierer“ niedrigere Werte auf, was darauf hindeutet, dass Personen aus dieser Gruppe eher wenig positive Erfahrungen mit der Schulmedizin gemacht haben.

Die Bewertung der Wichtigkeit des Faktors Zeit variiert ebenfalls signifikant unterschiedlich zwischen den vier Anwendertypen ( $F(3,449)=15,348$ ;  $p<0,001$ ). Auch hier zeigt die Gruppe der „Experimentierer“ einen geringeren Mittelwert als die der drei anderen gebildeten Gruppen.

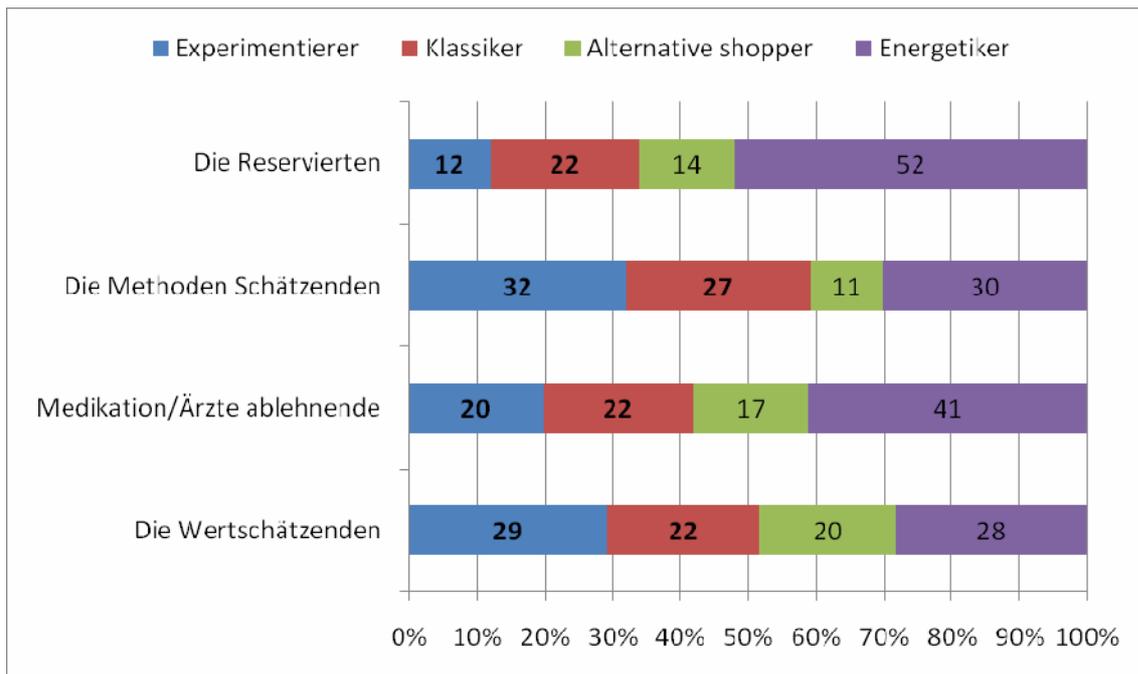


**Abbildung 18: Faktor Zeit, Arzt-Patienten-Beziehung und die Erfahrung mit der Schulmedizin, getrennt nach Anwenderclustern**

Zwischen den Clustern der Wertschätzung der Schulmedizin und den Clustern der Anwendung alternativmedizinischer Behandlungsmethoden lässt sich ein signifikanter Zusammenhang bestimmen ( $\chi^2(9)=19,542$ ;  $p=0,021$ ).

Die Probanden, die der Schulmedizin reserviert gegenüber stehen, gehören zu 52%, die „Medikation/Ärzte Ablehnenden“ zu 41%, die „Methoden Schätzenden“ zu 30% und die allgemein „Wertschätzenden“ zu 28% dem Cluster der „Energetiker“ an. Probanden, die Ärzte und Medikation ablehnen, bestehen zu 50% aus „Energetikern“. Die der Schulmedizin eher positiv eingestellten Cluster bestehen hingegen zu über 50% aus „Experimentierern“ oder „Klassikern“.

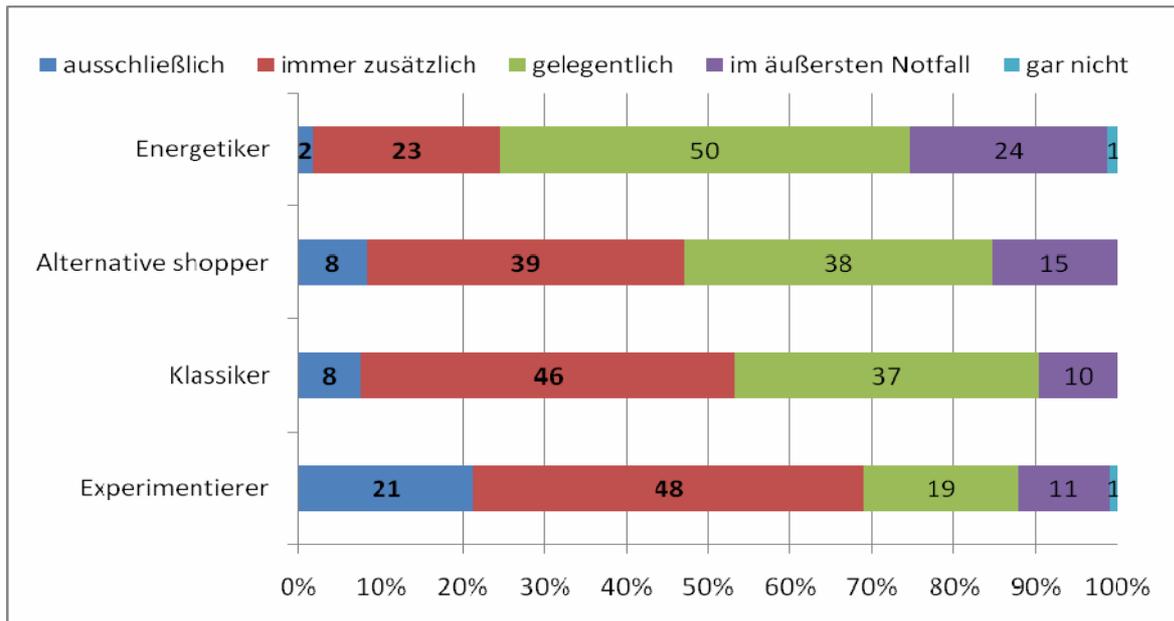
Interessanterweise ist die Gruppengröße der „Alternativen shopper“ im Cluster der „Wertschätzenden“ mit 20% am größten.



**Abbildung 19: Zusammenhang von Cluster nach Wertschätzung der Schulmedizin und Cluster der Anwender alternativmedizinischer BM**

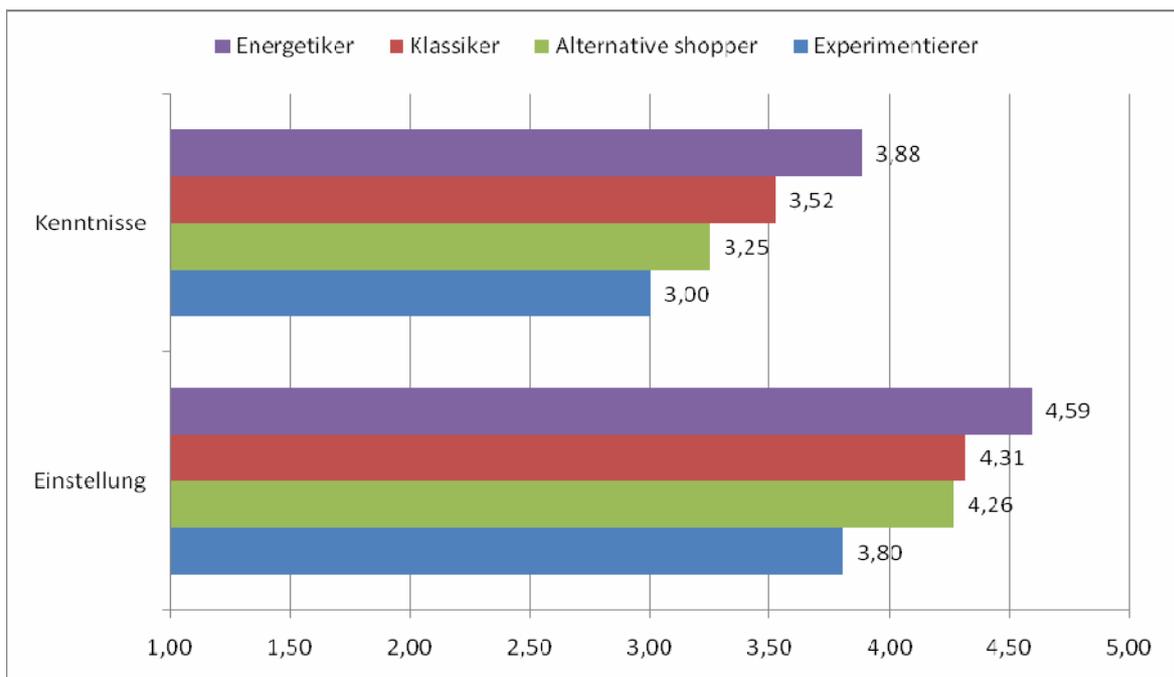
Weiters lässt sich hier ein hoch signifikanter Zusammenhang mit der Variable Inanspruchnahme schulmedizinischer Methoden belegen ( $\chi^2(3)=57,204$ ;  $p<0,001$ ) (siehe Abb. 20). 21% der „Experimentierer“ geben an, sich ausschließlich Vertretern der Schulmedizin anzuvertrauen, 48% nutzen schulmedizinische Methoden zusätzlich zur Alternativmedizin. Bei den „Klassikern“ nutzen nur noch 8% ausschließlich schulmedizinische Methoden, 46% geben an, diese immer zusätzlich zu nutzen. „Alternative shopper“ nutzen ebenfalls zu 8% *ausschließlich* die Schulmedizin und zu 39% *zusätzlich* die Schulmedizin. In der Gruppe der „Energetiker“ greifen nur 2% ausschließlich auf Methoden der Schulmedizin zurück und nur 23% nützen diese immer zusätzlich. Somit ist gezeigt, dass die Gruppe der „Energetiker“ wesentlich ablehnender der Schulmedizin gegenüber steht als die der „Klassiker“ und „Experimentierer“.

Aufgrund dieser Ergebnisse stellt sich die Frage, ob die Probanden die Frage 6 des Fragebogens richtig verstanden haben. Möglicherweise wurde diese Frage ungünstig formuliert und es wäre wahrscheinlich sinnvoller gewesen zu fragen, ob sie *Alternativmedizinische* (statt *schulmedizinische*) Behandlungsmethoden ausschließlich, immer gelegentlich usw. in Anspruch nehmen würden.



**Abbildung 20: Zusammenhang von Inanspruchnahme schulmedizinischer BM und Anwendercluster**

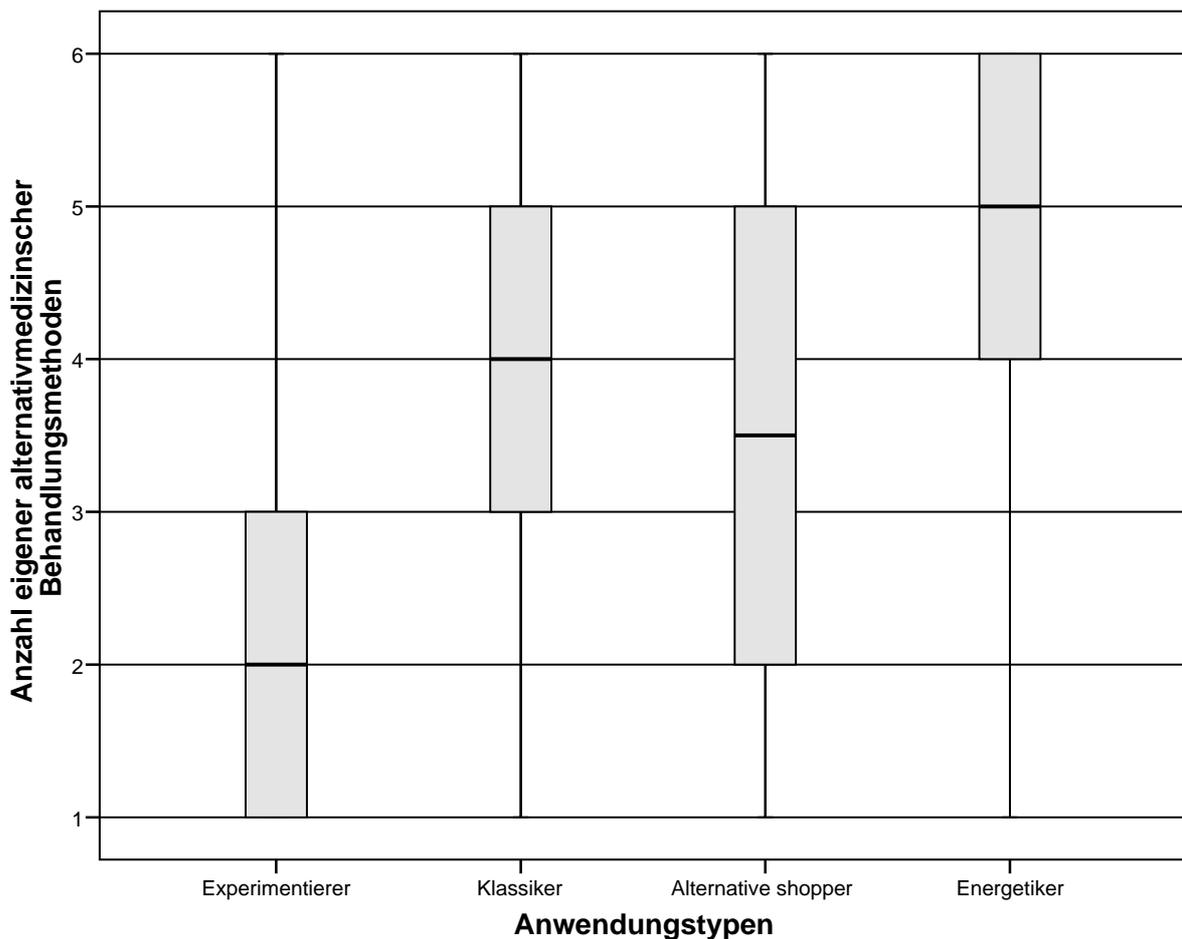
Bezüglich der Einstellung zu alternativmedizinischen Behandlungsmethoden ist ein deutlich signifikanter Unterschied gegeben ( $\chi^2(3,450)=21,208$ ;  $p<0,001$ ). Die „Energetiker“ weisen die positivste Einstellung auf ( $M=4,59$ ), die „Experimentierer“ die geringste ( $M=3,80$ ), die „Klassiker“ ( $M=4,31$ ) und die „Alternativen shopper“ ( $M=4,26$ ) liegen dazwischen.



**Abbildung 21: Einstellung und Kenntnisse bezüglich alternativmedizinischer BM, getrennt nach Anwendertypen**

Bezüglich alternativmedizinischer Kenntnisse zeigt sich ein signifikanter Unterschied innerhalb der Gruppen ( $F(3,446)=26,338$ ;  $p<0,001$ ), wobei die „Energetiker“ die höchsten Kenntnisse angeben ( $M=3,88$ ), gefolgt von den „Klassikern“ ( $M=3,52$ ) und den „Alternativen shoppnern“ ( $M=3,25$ ). Die geringsten Kenntnisse über die Alternativmedizin haben die „Experimentierer“.

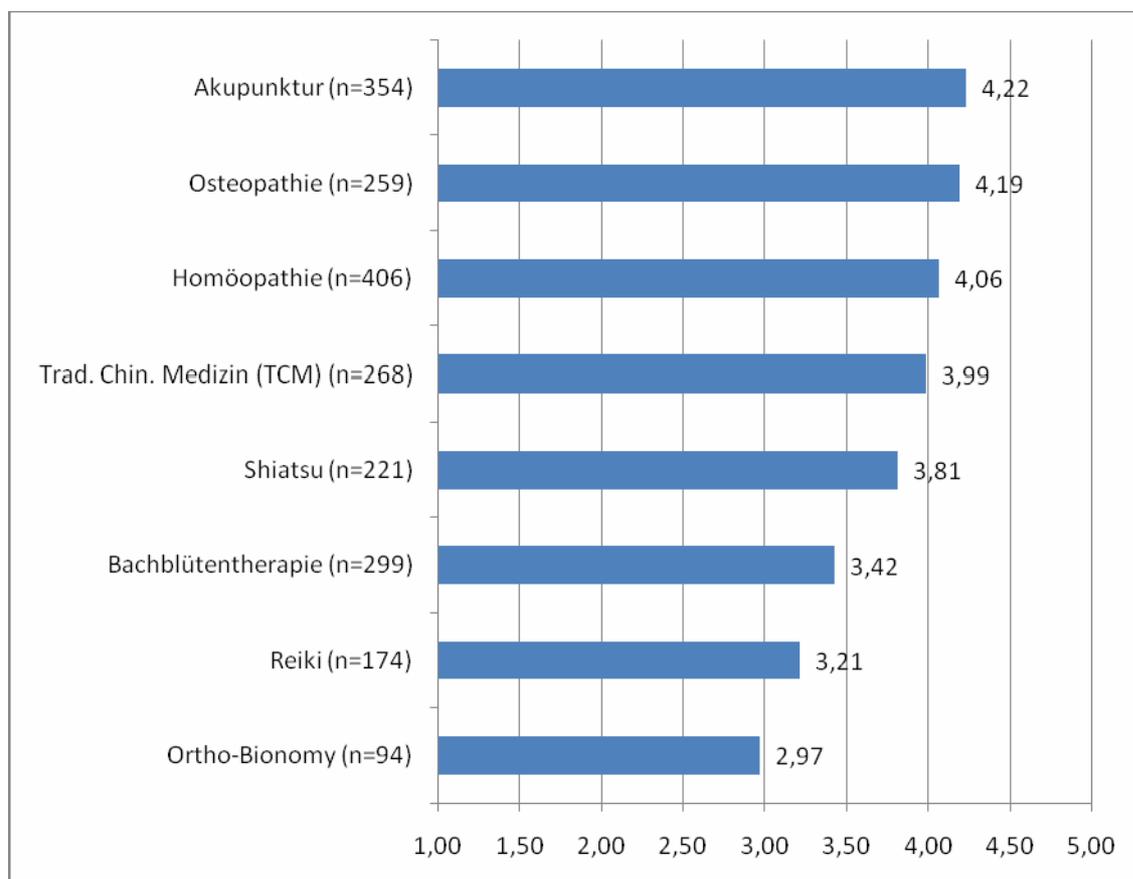
Die Anzahl der Behandlungen variiert ebenfalls signifikant in Abhängigkeit der Anwendertypen ( $\chi^2(3)=96,702$ ;  $p<0,001$ ). Bei den „Energetikern“ liegt der Median der Anzahl der Behandlungen bei 21 bis 30, bei den „Experimentierern“ bei 2 bis 5. Dazwischen liegen - statistisch gleichwertig - die „Klassiker“ (Median bei 11 bis 20 Behandlungen) und die „Alternativen shopper“, deren Median zwischen 6 bis 10 und 11 bis 20 Behandlungen liegt.



**Abbildung 22: Boxplot Anzahl alternativmedizinischer BM, getrennt nach Anwenderclustern; (1=1-Mal; 2=2-5-Mal; 3=6-10-Mal; 4=11-20-Mal, 5=21-30-Mal, 6=> 30-Mal)**

### 6.2.5 Zur Wirksamkeit der Alternativmedizin

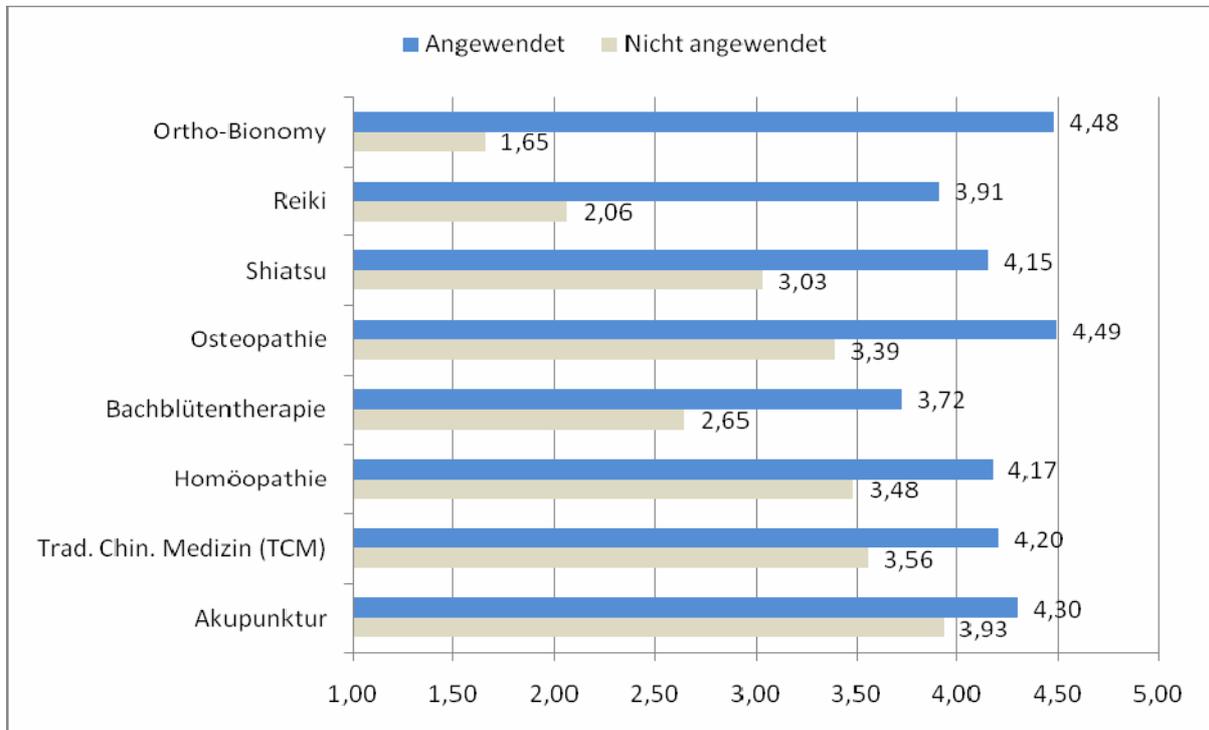
Bei der Beurteilung der Wirksamkeit wurden nur jene Probanden berücksichtigt, die mit den von ihnen genannten Behandlungsmethoden vertraut sind. Die Anzahl der Probanden, für die das zutrifft, steht in Abbildung 23 in Klammern hinter der Methode (z.B. n=354). Am wirksamsten wird Akupunktur (M=4,22) und Osteopathie (M=4,19) eingestuft, mit geringem Abstand folgen Homöopathie (M=4,06) und TCM (M=3,99) und in absteigender Rangreihung folgen Shiatsu (M=3,81), Bachblütentherapie (M=3,42), Reiki (M=3,21) und Ortho-Bionomy (M=2,97).



**Abbildung 23: Beurteilung der Wirksamkeit**

In nachfolgender Abbildung (siehe Abb. 24) werden die Mittelwerte der Bewertung der Wirkung getrennt nach Anwendung oder Nichtanwendung dargestellt. Bei allen acht abgefragten Methoden sind die Unterschiede hoch signifikant. Das bedeutet, dass Probanden, die die Methode persönlich kennen gelernt haben, eine deutlich bessere Erfolgsbewertung abgeben, als Personen, die die entsprechende Methode nicht genutzt haben, sondern diese nur namentlich kennen. Besonders deutlich sind diese Unterschiede ausgeprägt bei Bachblütentherapie, Osteopathie, Shiatsu, Reiki

und insbesondere bei Ortho-Bionomy, am geringsten bei Akupunktur; hier sind auch Nichtanwender von einer relativ guten Wirkungsweise überzeugt. Betrachtet man ausschließlich die Anwender, so weisen Ortho-Bionomy und Osteopathie die höchste Wirkung auf. Akupunktur liegt dann nur mehr an dritter Stelle.



**Abbildung 24: Vergleich der Bewertungen über die Wirksamkeit alternativmedizinischer BM, getrennt, ob entsprechende Methode bereits angewendet wurde oder nicht.**

Ein signifikant großer geschlechtsspezifischer Unterschied zeigt sich nur bei der Bewertung der Bachblütentherapie ( $p < 0,007$ ). Frauen beurteilen diese Behandlungsmethode wesentlich wirksamer als Männer.

**Tabelle 13: Bewertung alternativmedizinischer BM, getrennt nach Geschlecht**

	Weiblich	Männlich	F	P
Akupunktur	4,21	4,26	0,242	0,623
Homöopathie	4,11	3,93	2,618	0,106
Osteopathie	4,23	4,03	1,598	0,207
Trad. Chin. Medizin (TCM)	4,01	3,89	0,669	0,414
Bachblütentherapie	3,53	3,07	7,406	0,007
Ortho-Bionomy	2,80	3,44	2,535	0,115
Reiki	3,23	3,11	0,212	0,646
Shiatsu	3,88	3,57	2,560	0,111

Das Alter weist signifikante Korrelationen mit Akupunktur, Homöopathie, Reiki und Shiatsu auf. Die Größe der Korrelationen liegt zwischen 0,15 (Homöopathie) und 0,20 (Reiki). Die Richtung des Zusammenhangs zeigt, dass mit höherem Alter die genannten Methoden als wirksamer bewertet werden, wobei die Stärke des Zusammenhangs als gering zu bezeichnen ist.

Mit dem Bildungsstand finden sich signifikante Korrelationen mit Homöopathie ( $r=-0,10$ ;  $p=0,04$ ), Bachblütentherapie ( $r=-0,21$ ;  $p<0,01$ ) sowie mit Reiki ( $r=-0,28$ ;  $p<0,01$ ) und Shiatsu ( $r=-0,17$ ;  $p=0,01$ ). Es gilt die Aussage, dass Personen mit niedrigerer Bildung diese alternativmedizinischen Behandlungsmethoden als wirkungsvoller bewerten als jene mit höherer Bildung. Die Zusammenhänge sind aber allesamt als gering zu bewerten, der erklärte Varianzanteil liegt immer unter 10%. Das Einkommen der befragten Personen steht in keinem Zusammenhang mit der Bewertung der Wirksamkeit alternativmedizinischer Methoden. Es zeigt sich hier keine signifikante Korrelation.

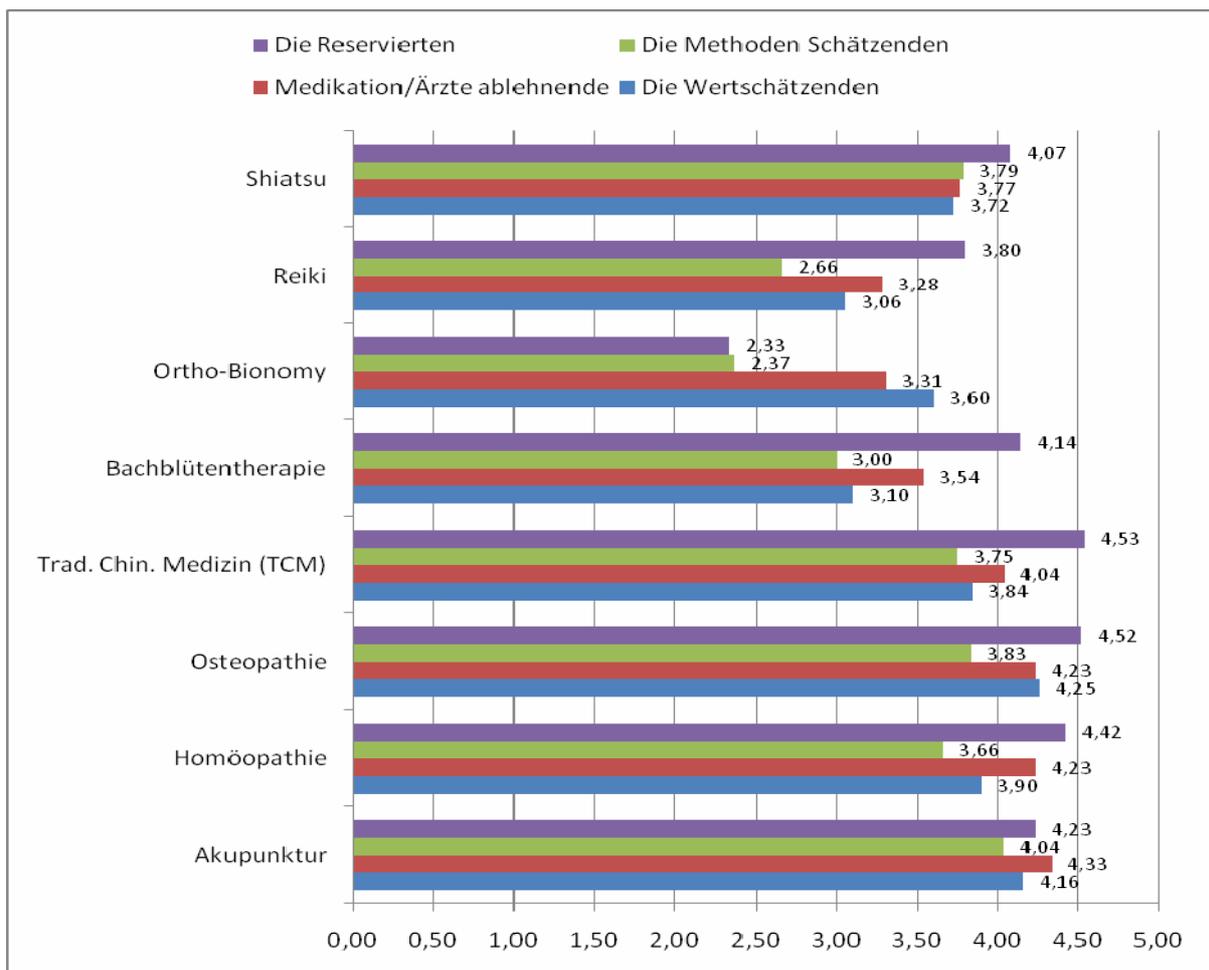
Der Gesundheitszustand der Probanden steht kaum in Zusammenhang mit der Bewertung alternativmedizinischer Behandlungsmethoden. Es findet sich nur eine schwache Korrelation von Gesundheitszustand und TCM ( $r=0,13$ ;  $p=0,031$ ). Die Richtung des Zusammenhangs belegt, dass die Wirksamkeit von TCM höher eingestuft wird, wenn der eigene Gesundheitszustand besser bewertet wird.

Die Wichtigkeit der Arzt-Patienten-Beziehung korreliert positiv mit der Bewertung der Methoden Homöopathie ( $r=0,13$ ), Osteopathie ( $r=0,19$ ) und Shiatsu ( $r=0,16$ ). Je mehr Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung zukommt, desto besser wird auch die Wirksamkeit der genannten Methoden bewertet. Eine negative Korrelation zeigt sich mit der Methode Ortho-Bionomy ( $r=-0,38$ ). Die Wirksamkeit dieser Methode wird besser eingeschätzt, wenn die Personen die Wichtigkeit einer guten Arzt-Patienten-Beziehung geringer bewerten.

Die Bewertung der Wichtigkeit des Faktors Zeit korreliert mit allen Behandlungsmethoden bis auf Reiki ( $r=0,13$ ;  $p=0,095$ ). Die Zusammenhänge mit alternativmedizinischen Therapieverfahren sind bis auf jenen Zusammenhang mit Ortho-Bionomy positiv. Dem ist zu entnehmen, dass die Bewertung der Wirksamkeit höher ist, wenn der Behandlungszeit mehr Bedeutung zugemessen wird. Bei Ortho-Bionomy ist der Sachverhalt umgekehrt - die Bewertung der Wirksamkeit dieser Methode sinkt mit der höheren Bewertung des Faktors Zeit im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung.

Die mit der Schulmedizin gemachten Erfahrungen korrelieren mit den Wirksamkeitsbewertungen von Akupunktur ( $r=-0,19$ ), Homöopathie ( $r=-0,22$ ), TCM ( $r=-0,17$ ) und Bachblütentherapie ( $r=-0,19$ ). Die Korrelationen sind alle negativ, das bedeutet, dass die Wirksamkeit dieses Therapieverfahrens höher eingestuft wird, wenn die Erfahrungen mit der Schulmedizin negativer bewertet werden.

Nach den Wertschätzungsclustern für die Schulmedizin finden sich bei allen alternativmedizinischen Behandlungsmethoden signifikante Unterschiede. Bis auf Ortho-Bionomy gilt bei allen Methoden, dass die „Reservierten“ alternativmedizinische Behandlungsmethoden durchgehend als am wirksamsten bewerten. Bei Akupunktur, Homöopathie, TCM, Bachblütentherapie und Reiki gibt die Gruppe, die Ärzte und Medikation ablehnt, ebenfalls bessere Bewertungen als die „Wertschätzenden“ ab. Bei Ortho-Bionomy geben die allgemein „Wertschätzenden“ und die Gruppe, die Ärzte und Medikation ablehnt, die besten Bewertungen ab.

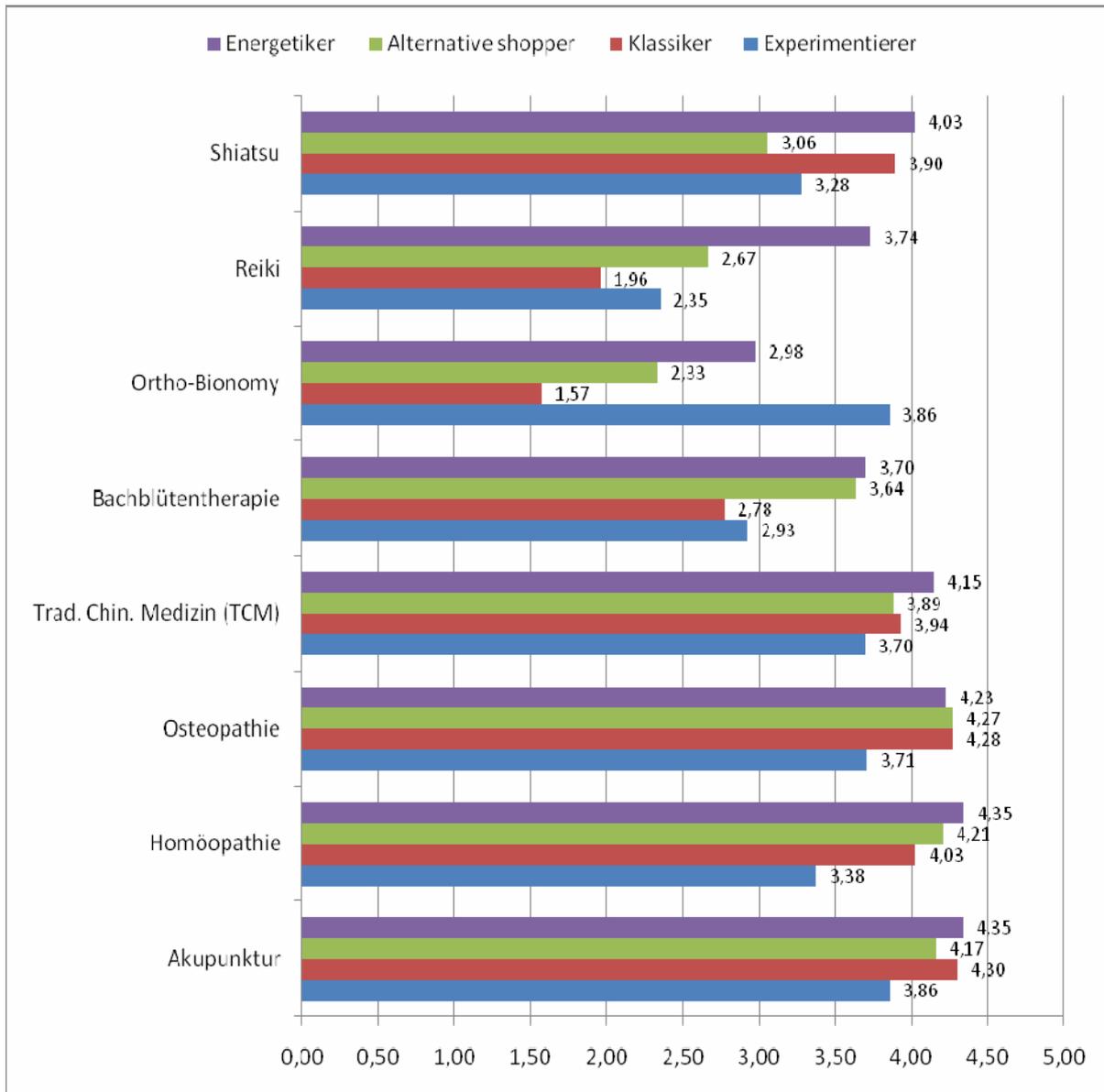


**Abbildung 25: Bewertung alternativmedizinischer BM, getrennt nach Cluster der Wertschätzung der Schulmedizin**

Die Wahrscheinlichkeit der Anwendung schulmedizinischer Maßnahmen korreliert mit allen Bewertungen. Die Korrelationen liegen zwischen 0,17 und 0,35. Die größte Korrelation von 0,35 ist mit der Behandlungsmethode Homöopathie gegeben. Die Bewertung der Wirksamkeit der genannten Methoden steigt mit der abnehmenden Wahrscheinlichkeit, eine schulmedizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Für die Homöopathie ist dieser Zusammenhang als moderat zu bewerten, bei den anderen erwähnten Methoden ist nur von einem geringem Zusammenhang auszugehen. Der geringste Zusammenhang besteht dabei mit der Osteopathie ( $r=0,27$ ), der höchste ist bei den Methoden Homöopathie ( $r=0,44$ ) und Ortho-Bionomy ( $r=0,43$ ) gegeben. Die selbst beurteilten Kenntnisse über alternativmedizinische Methoden korrelieren bis auf Ortho-Bionomy signifikant mit der Bewertung über deren Wirksamkeit. Die Zusammenhänge mit Osteopathie ( $r=0,20$ ), Bachblütentherapie ( $r=0,17$ ) und Reiki ( $r=0,18$ ) sind als gering zu bewerten. Moderate Zusammenhänge finden sich bei Akupunktur ( $r=0,32$ ), Homöopathie ( $r=0,34$ ), TCM ( $r=0,32$ ) und Shiatsu ( $r=0,33$ ).

Es gilt allgemein die Aussage, dass die Bewertung der Wirksamkeit mit den persönlichen Kenntnissen der Alternativmedizin steigt. Die Häufigkeit der Anwendungen alternativmedizinischer Behandlungsmethoden korreliert bis auf Ortho-Bionomy mit allen Methoden. Die Korrelationen liegen jedoch meistens um 0,25 und sind bei Osteopathie ( $r=0,13$ ) noch geringer. Moderat sind die Zusammenhänge mit Homöopathie ( $r=0,33$ ) und Shiatsu ( $r=0,30$ ). Für alle alternativmedizinischen Behandlungsmethoden gilt, dass deren Wirksamkeit besser bewertet wird, je öfter sie in Anspruch genommen werden.

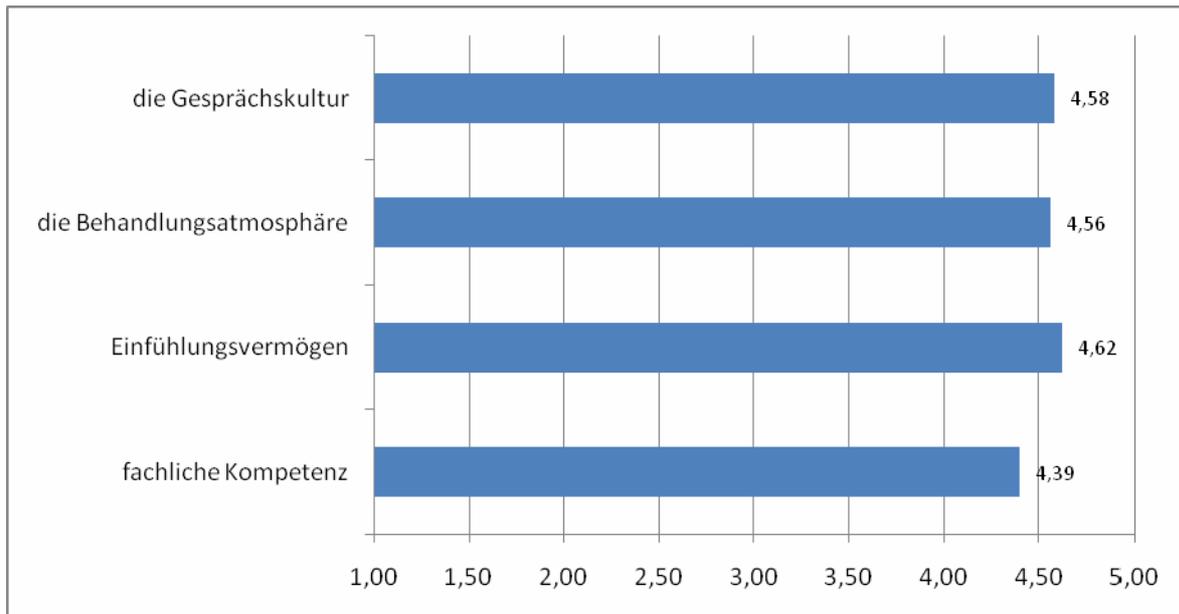
Vergleicht man die Bewertung der Methoden bezüglich Anwendertypen, so sind signifikante Unterschiede durchgehend feststellbar. Die Gruppe der „Energetiker“ bewertet dabei die Wirksamkeit der Methoden Shiatsu, Reiki, Ortho-Bionomy und auch TCM am besten. Die „Klassiker“ geben vergleichsweise höhere Bewertungen betreffend die Wirksamkeit von Shiatsu und Akupunktur ab. Als wenig wirksam beurteilen die „Klassiker“ Reiki, Ortho-Bionomy und die Bachblütentherapie. Von den „Experimentierern“ erhalten die einzelnen alternativen Behandlungsmethoden durchwegs bezüglich ihrer Wirksamkeit die geringsten Ratings. Nur Ortho-Bionomy scheidet bei dieser Bewertung auffallend gut ab. Die „Alternativen shopper“ liegen bei dieser Bewertung in den meisten Fällen dazwischen.



**Abbildung 26: Mittelwerte der Bewertung alternativmedizinischer BM, getrennt nach Anwendertypen**

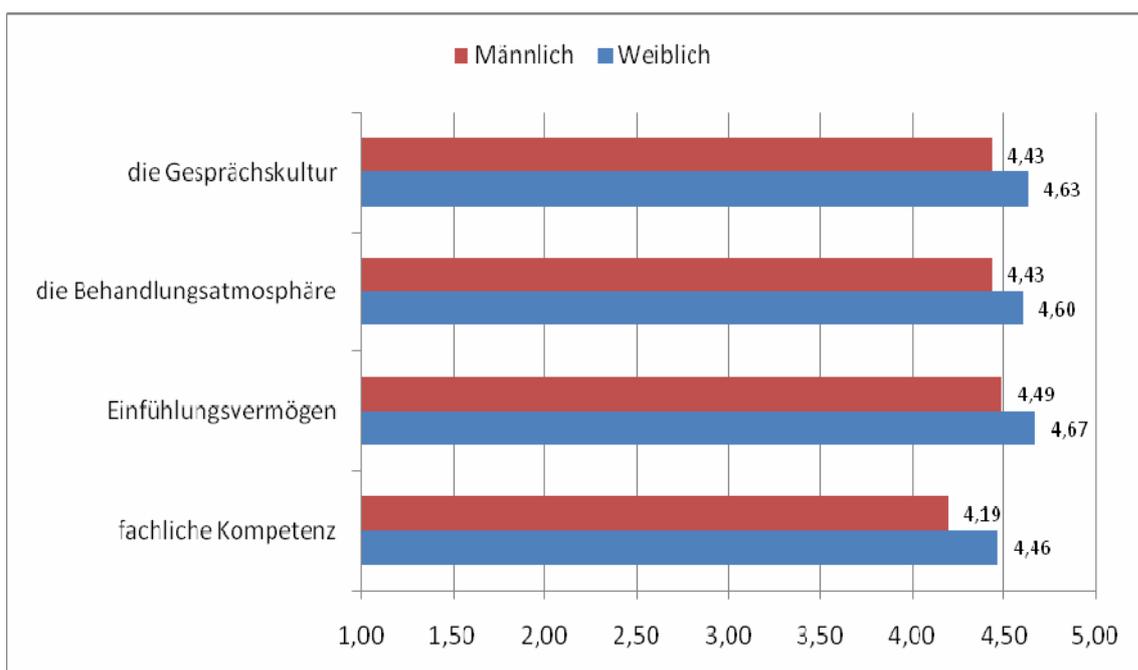
### 6.2.6 Zur Bewertung der Alternativmediziner

Die Alternativmediziner werden generell sehr gut bewertet (alle Mittelwerte deutlich über 4), wobei das Einfühlungsvermögen ( $M=4,62$ ) und mit sehr geringem Abstand die Gesprächskultur ( $M=4,58$ ) sowie die Behandlungsatmosphäre ( $M=4,56$ ) am meisten geschätzt werden. Der fachlichen Kompetenz kommt hier vergleichsweise die geringste Bedeutung zu ( $M=4,39$ ).



**Abbildung 27: Einschätzung der Alternativmediziner**

Obwohl diese Bewertungen auf sehr hohem Niveau erfolgen, lassen sich bei fachlicher Kompetenz ( $p=0,004$ ), Einfühlungsvermögen ( $p=0,019$ ), Behandlungsatmosphäre ( $p=0,041$ ) und auch bei Gesprächskultur ( $p=0,018$ ) signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen belegen. Frauen beurteilen die Vertreter der Alternativmedizin grundsätzlich besser als Männer. Sie messen allen vier abgefragten Parametern (Gesprächskultur etc.) mehr Bedeutung zu als die männlichen Probanden.



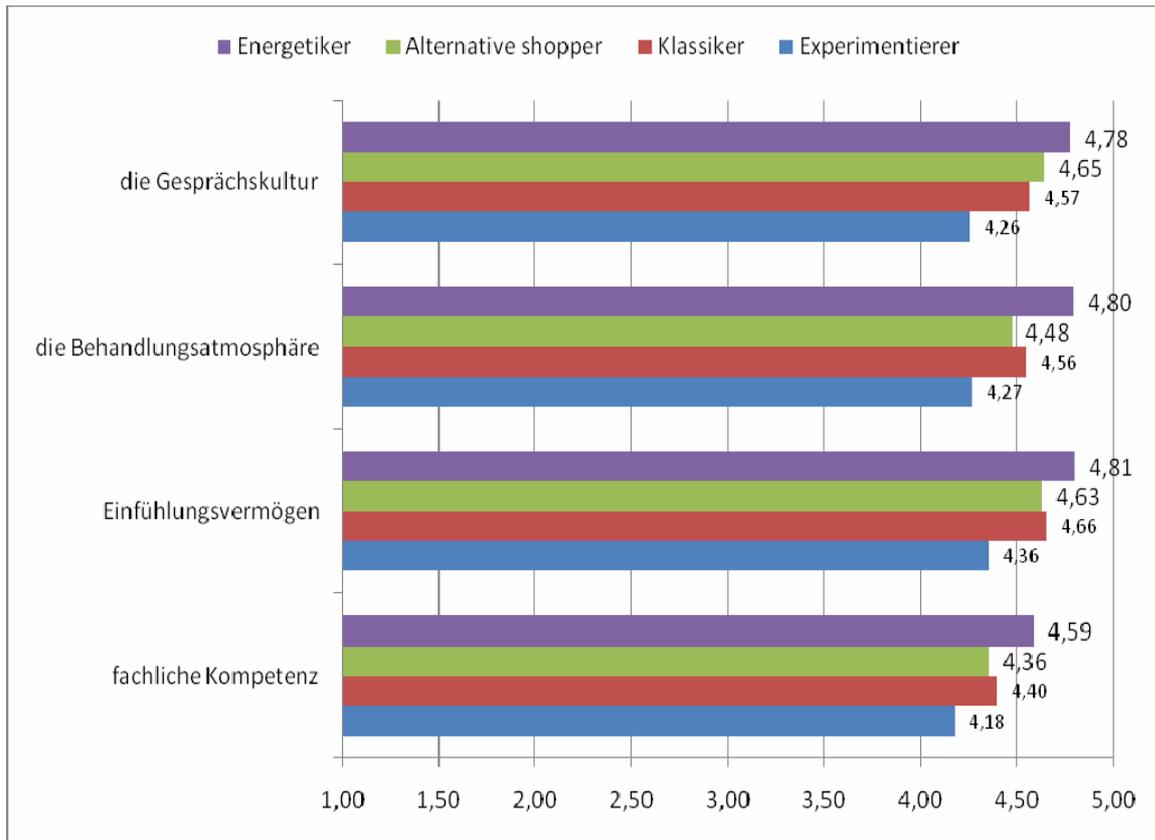
**Abbildung 28: Beurteilung der Alternativmediziner, getrennt nach Geschlecht**

Auf die Frage nach der Bewertung der Alternativmediziner haben sich folgende Antworten ergeben:

Je älter die befragten Personen, desto besser bewerten sie auch die fachliche Kompetenz des Alternativmediziners. Es zeigt sich dazu kein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied und der Zusammenhang ist als gering zu klassifizieren. Wird auf die Ausbildung der Probanden Bezug genommen, so zeigt sich eine sehr geringe Korrelation mit der Beurteilung des Einfühlungsvermögen des Alternativmediziners ( $r=-0,111$ ). Dieses wird mehr unter den Probandinnen und Probanden mit niedrigerer Schulbildung geschätzt. Bezugnehmend auf das Einkommen wird gesehen, dass dieses mit der Einschätzung von Einfühlungsvermögen ( $r=-0,152$ ) und Behandlungsatmosphäre ( $r=-0,138$ ) korreliert. Sowohl weibliche als auch männliche Teilnehmer dieser Stichprobe mit geringerem Einkommen neigen eher dazu, Einfühlungsvermögen und Behandlungsatmosphäre der Alternativmediziner positiver zu bewerten.

Wird die Bewertung der Alternativmediziner mit der Inanspruchnahme schulmedizinischer Behandlungen in Verbindung gebracht, so präsentieren sich folgende Ergebnisse:

Je geringer die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme einer schulmedizinischen Behandlung, desto höher fällt die Bewertung der Alternativmediziner aus (geringe Korrelationen). Moderate Korrelationen ( $<0,4$ ) finden sich zwischen der Einschätzung der Alternativmedizin und der Bewertung ihrer Vertreter. Je besser die Alternativmedizin bewertet wird, desto besser werden auch ihre Repräsentanten bewertet. Lediglich kleine bis moderate Korrelationen sind mit der Bewertung der Alternativmediziner und der Häufigkeit der Inanspruchnahme alternativmedizinischer Behandlungen gegeben. Die Akzeptanz, d.h. die positive Beurteilung der Alternativmediziner steigt mit der Zunahme der Behandlungsfrequenz. Die Unterschiede in den Bewertungen der Alternativmediziner sind alle in Abhängigkeit der Anwendertypen bei  $p<0,001$  und daher signifikant. Am positivsten bewerten die „Energetiker“ die Alternativmediziner, am schlechtesten die „Experimentierer“. „Klassiker“ und „Alternative shopper“ liegen zwischen diesen beiden Polen.

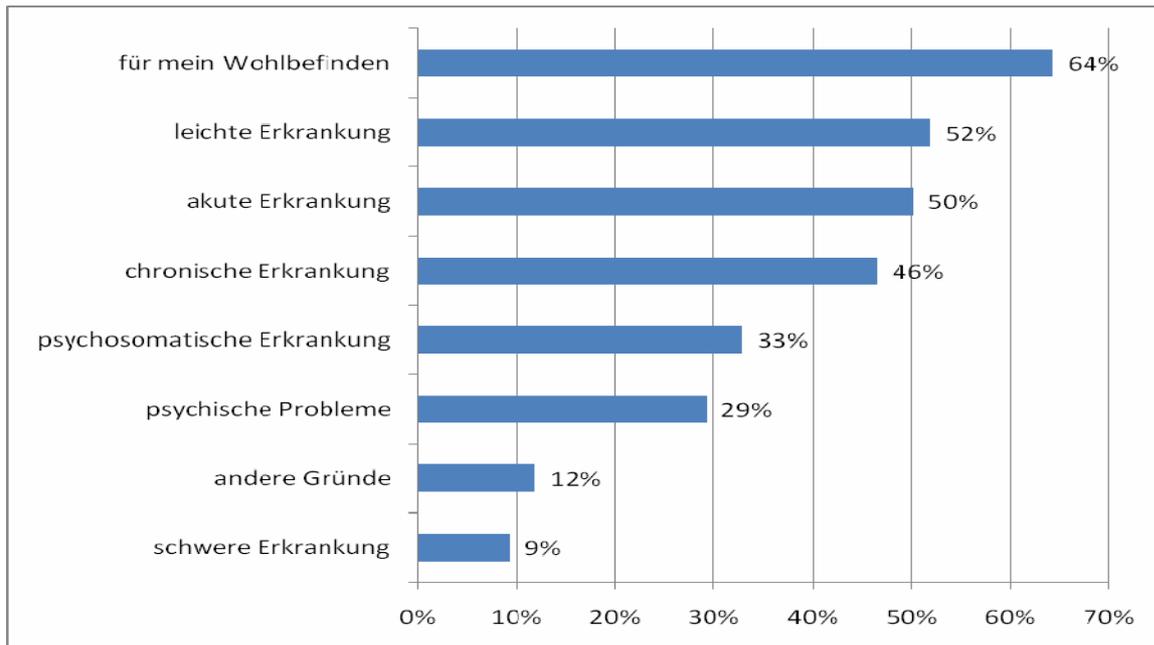


**Abbildung 29: Bewertung der Alternativmediziner, getrennt nach Anwendertypen**

Die Bewertung der Alternativmediziner sowie die Einschätzung der Wirksamkeit ihrer Methoden stehen durchgängig in einem signifikanten Zusammenhang. Die Größe der Korrelationen bewegt sich dabei in einem eher kleinen bis mittleren (positiven) Bereich. Das heißt, dass bei einer positiven Bewertung der Alternativmediziner auch eine positive Bewertung der Wirksamkeit alternativmedizinischer Behandlungsmethoden vorliegt.

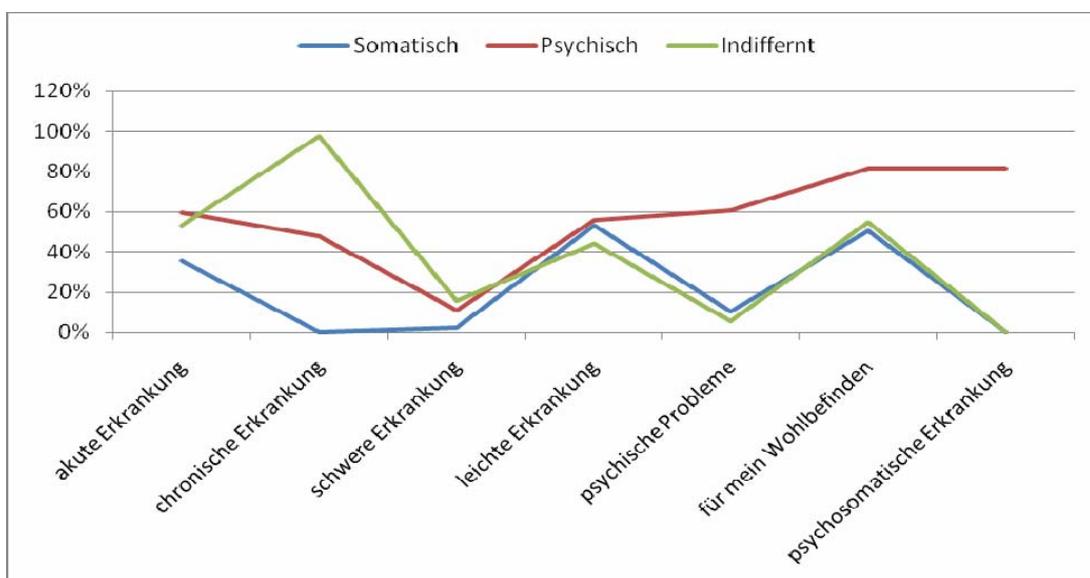
### 6.2.7 Zur Nutzung, Wirkung und Erwartung

Sowohl weibliche als auch männliche Probanden dieser Stichprobe geben an, alternativmedizinische Behandlungsmethoden in erster Linie für ihr persönliches Wohlbefinden in Anspruch genommen zu haben (64%). 52% der Probanden nutzen diese bei leichten, 50% bei akuten und 46% bei chronischen Erkrankungen. Bei psychosomatischen Erkrankungen greifen 33% der Personen auf nicht schulmedizinische Therapien zurück und bei psychischen Problemen 29%. Bei einer schweren Erkrankung würden nur 9% der Probanden Methoden der Alternativmedizin bevorzugen, 12% nennen sonstige Behandlungsgründe.



**Abbildung 30: Erkrankungen und Gründe für die Anwendung alternativmedizinischer BM**

Eine durchgeführte Clusteranalyse führt zu einer Drei-Clusterlösung (Motivcluster), die sich statistisch gut trennen lässt. Rund 92% der Probanden können den vorgegeben Clustern richtig zugewiesen werden. Im ersten Cluster (150 Personen, 32%) stehen somatische Erkrankungen im Vordergrund (somatisch). Probanden, die dem zweiten Cluster zugeordnet werden, nehmen alternativmedizinische Therapieverfahren vorwiegend bei psychischen Problemen sowie zur Steigerung des Wohlbefindens (psychisch) in Anspruch. Die Personen im dritten Cluster zeigen keine ausgeprägte Tendenz und werden daher als „indifferent“ bezeichnet.

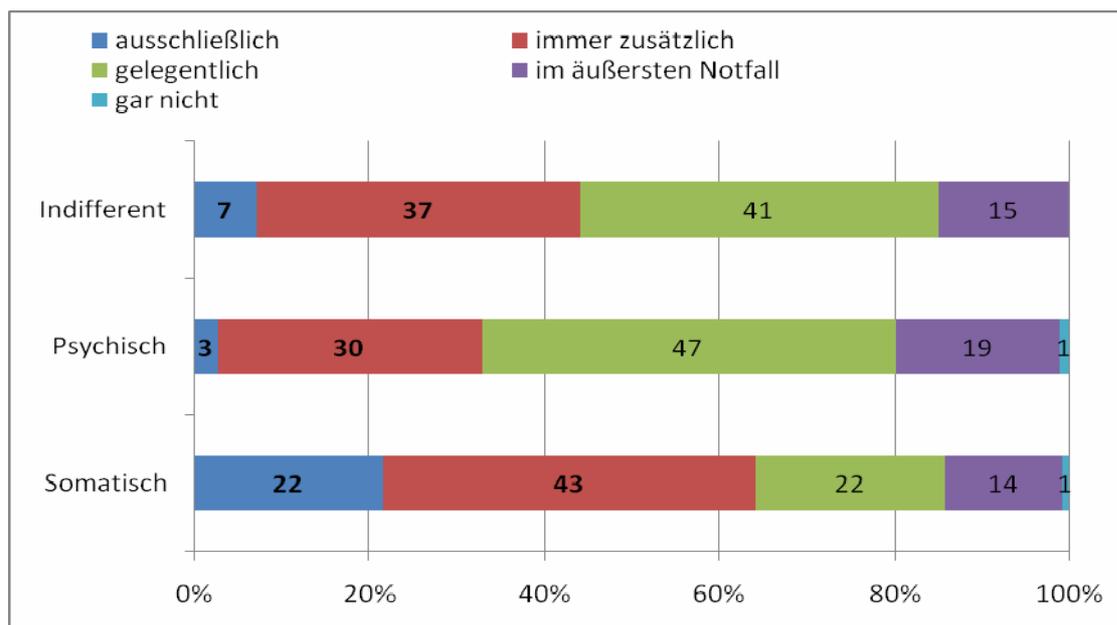


**Abbildung 31: Clusterbildung nach Motiven für Anwendung**

Der „somatische Cluster besteht zu 80%, der „psychische“ zu 77% und der „indifferente“ zu 71% aus Frauen. Es ist kein geschlechtsspezifischer Zusammenhang gegeben.

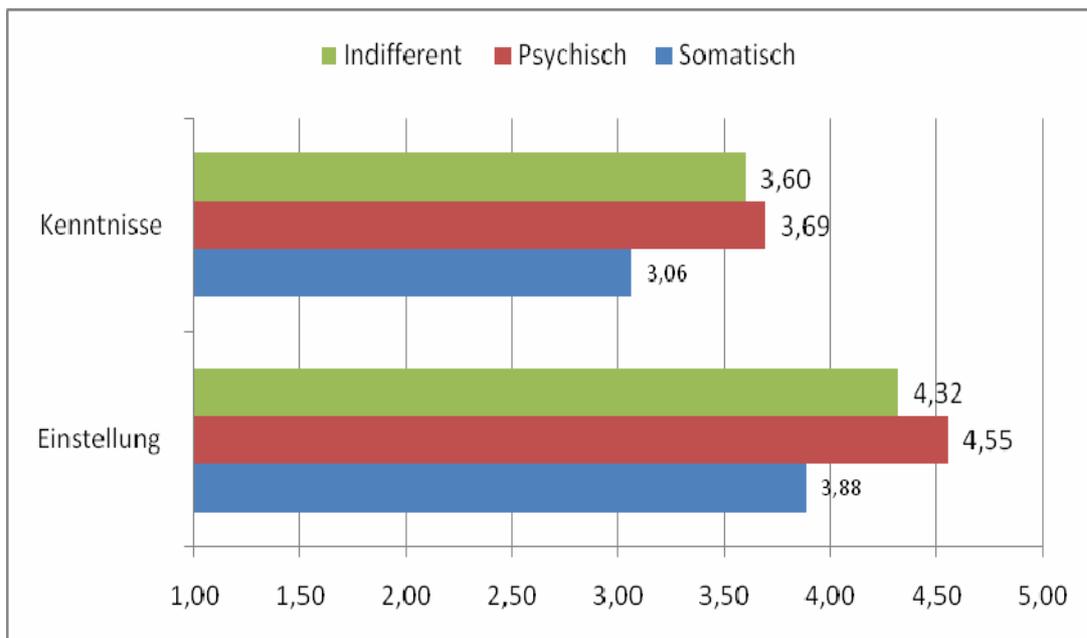
Bezüglich des Alters lässt sich folgender signifikanter Unterschied finden ( $F(2,462)=5,860$ ;  $p=0,003$ ): Der Cluster der „Indifferenten“ weist ein durchschnittliches Alter von 45,99 Jahren auf. Die Personen in diesem Cluster sind signifikant älter als die Personen in den beiden anderen Clustern. Die Gruppe, die alternativmedizinische Methoden bei somatischen Erkrankungen in Anspruch nimmt, ist im Durchschnitt 42,38 Jahre alt. Der Cluster, der Personen mit psychischen Problemen sowie mit einem Bedürfnis nach Wohlbefinden umfasst, weist einen Mittelwert von 41,22 Jahren auf.

Es zeigt sich weder ein Zusammenhang von Schulbildung und Motivcluster ( $\chi^2(6)=7,732$ ;  $p=0,258$ ) noch einer von Einkommen und Motivcluster ( $\chi^2(12)=11,734$ ;  $p=0,467$ ). Dargestellt wird jedoch eine Korrelation mit der Wahrscheinlichkeit, mit der eine schulmedizinische Behandlung in Anspruch genommen wird ( $\chi^2(2)=33,569$ ;  $p<0,001$ ). Probanden, die bei somatischen Problemen einen Alternativmediziner aufsuchen, nehmen mit größerer Wahrscheinlichkeit auch schulmedizinische Betreuung wahr. Bei den Personen, die dies bei psychischen Gründen tun, ist die Wahrscheinlichkeit, sich auch schulmedizinisch behandeln zu lassen, deutlich geringer.



**Abbildung 32: Zusammenhang von Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme der Schulmedizin und der Motivcluster für eine alternativmedizinische Behandlung**

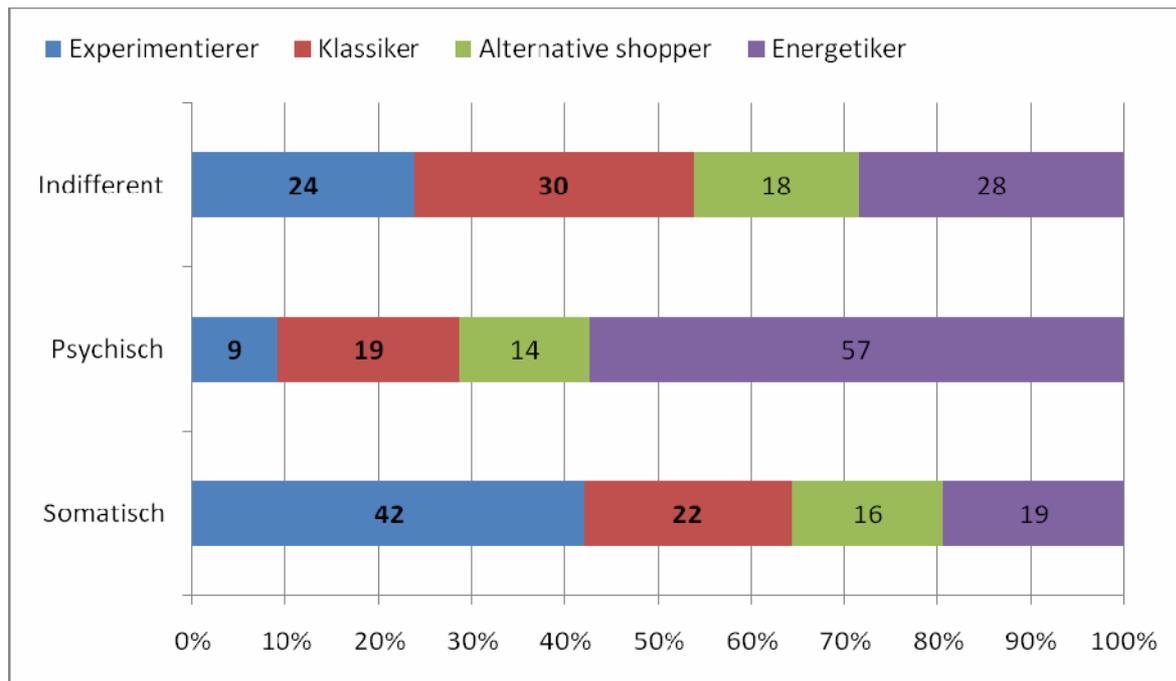
Die Probanden, die bei psychischen Motiven einen Alternativmediziner aufsuchen, weisen sowohl signifikant höhere Kenntnisse darüber als auch eine signifikant positivere Einstellung zu deren Methoden auf. Der Mittelwert beträgt 4,55 und kann als sehr hoch angesehen werden. Die Gruppe, die sich bei somatischen Erkrankungen alternativmedizinisch behandeln lassen, weist sowohl bei der Einstellung zur als auch bei den Kenntnissen über die Alternativmedizin die geringsten Werte auf. Die Mittelwerte dazu sind 3,88 bzw. 3,06.



**Abbildung 33: Mittelwerte von Einstellung und Kenntnis, getrennt nach Motivclustern**

Aus Abbildung 34 kann folgendes herausgelesen werden:

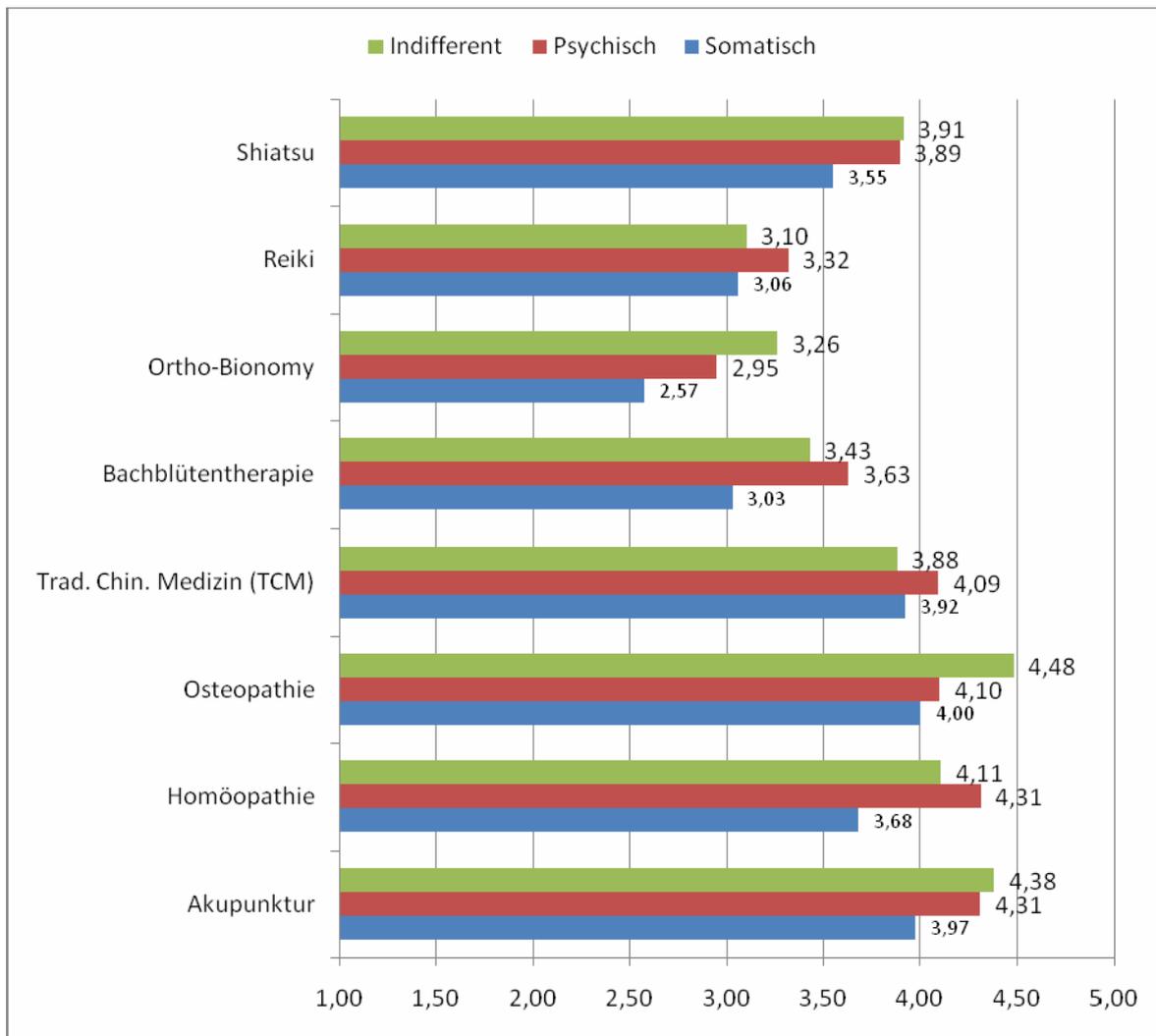
Personen, die aufgrund somatischer Probleme einen Alternativmediziner konsultieren, d.h. sich von ihm behandeln lassen, bestehen hauptsächlich aus „Experimentierern“ (42%) und nur zu einem sehr geringen Teil aus „Energetikern“ (19%). Personen, die aufgrund von psychischen Problemen Hilfe bei einem Alternativmediziner suchen, bestehen zu über 50% aus „Energetikern“. In den beiden anderen Gruppen, den so genannten „Indifferenten“ und „Somatischen“, finden sich nur 28% bzw. 19% an „Energetikern“, also Probanden, die alternative Heilverfahren mit energetischer Ausrichtung bevorzugen. Bei den Personen ohne eindeutige Motivlage, den „Indifferenten“, halten sich „Klassiker“ und „Energetiker“ bezüglich der Größe in etwa die Waage (30 bzw. 28%).



**Abbildung 34: Verbindung der Cluster von Motiven und Anwendungen**

Bezüglich der Wirksamkeit alternativmedizinischer Behandlungsmethoden (siehe Abb. 35) kristallisieren sich unterschiedliche Bewertungen zwischen den einzelnen Motivclustern, den „Indifferenten“, „den „Psychischen“ und den „Somatischen“ heraus. Die Gruppe, die alternative Heilverfahren bei psychischen Problemen in Anspruch nimmt, bewertet die Wirksamkeit von Homöopathie und Akupunktur am höchsten (Der Mittelwert ist bei beiden Methoden mit 4,31 am höchsten), gefolgt von Osteopathie und TCM. Osteopathie erhält von der Gruppe der Personen mit indifferenter Motivausprägung die höchste Bewertung ( $M=4,48$ ), erreicht aber in der Gesamtwertung nur Platz 2. Akupunktur schneidet bei den „Indifferenten“ und den Personen, die bei psychischen Problemen einen Alternativmediziner konsultieren, am besten ab, und es wird ihr bezüglich der Wirksamkeit der erste Rang eingeräumt. Den dritten Platz nimmt bei der Bewertung der Wirksamkeit die Homöopathie ein, die besonders gute „Noten“ von denjenigen Probanden bekommt, die sich bei psychischen Problemen alternativmedizinisch behandeln lassen.

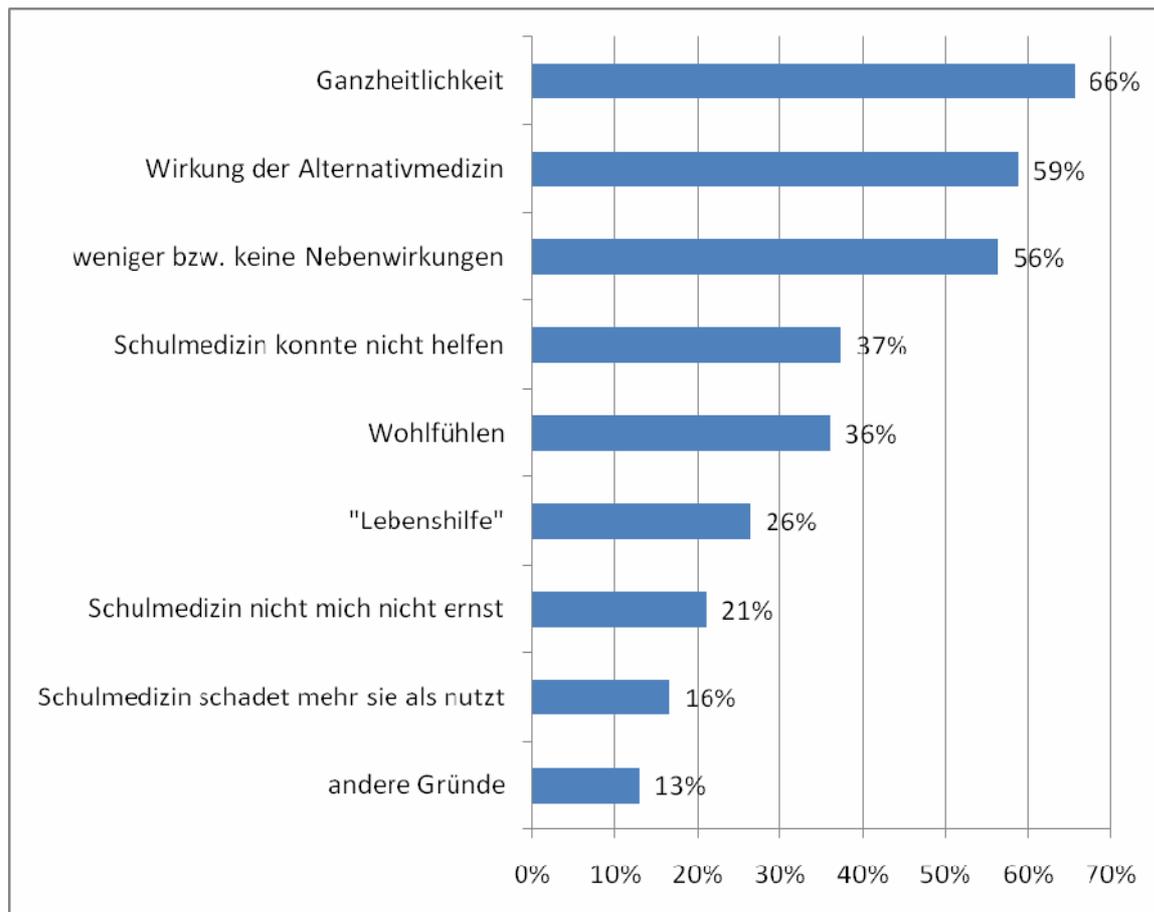
Am schlechtesten schneidet bei der Wirksamkeitsbewertung die Ortho-Bionomy ab, was eventuell auf ihren geringen Bekanntheitsgrad unter den Probanden zurückgeführt werden kann.



**Abbildung 35: Bewertung der Wirksamkeit und Motivcluster**

In Abbildung 36 werden die Gründe für die Inanspruchnahme alternativmedizinischer Therapieverfahren in absteigender Reihenfolge aufgelistet.

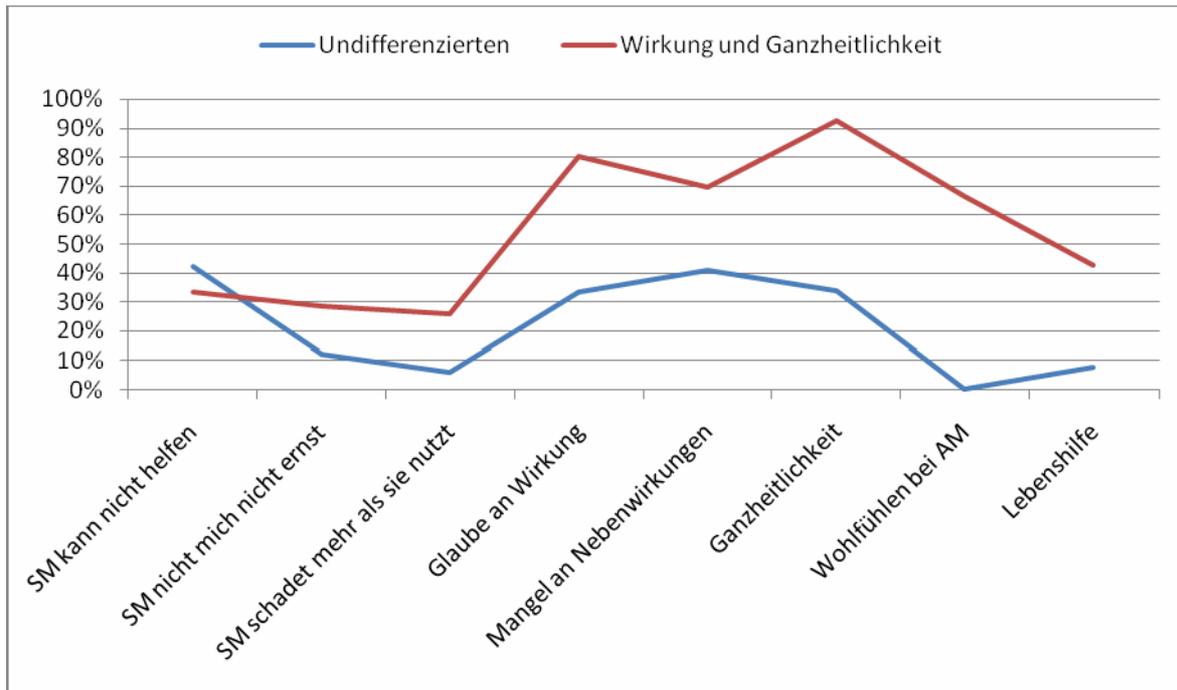
Als Hauptgrund wird der ganzheitliche Ansatz (66%) genannt, gefolgt von der Wirkung (59%) und dem Mangel an Nebenwirkungen bzw. der Nebenwirkungslosigkeit (56%). Mit deutlichem Abstand folgen Aussagen, wie „die Schulmedizin konnte nicht helfen“ (37%) und „fühle mich beim Alternativmediziner wohler“ (36%). „Lebenshilfe“ wird von 26% der Probanden als Grund für die Wahl einer alternativen Behandlungsmethode genannt, „dass einem die Schulmedizin nicht ernst nimmt“ ist für 21% Anlass, einen Alternativmediziner aufzusuchen. Schließlich geben 16% der Probanden an, dass einem die Schulmedizin mehr schadet als nützt, 13% nennen noch sonstige Gründe, auf die hier nicht weiter eingegangen wird.



**Abbildung 36: Gründe für die Inanspruchnahme alternativmedizinischer BM**

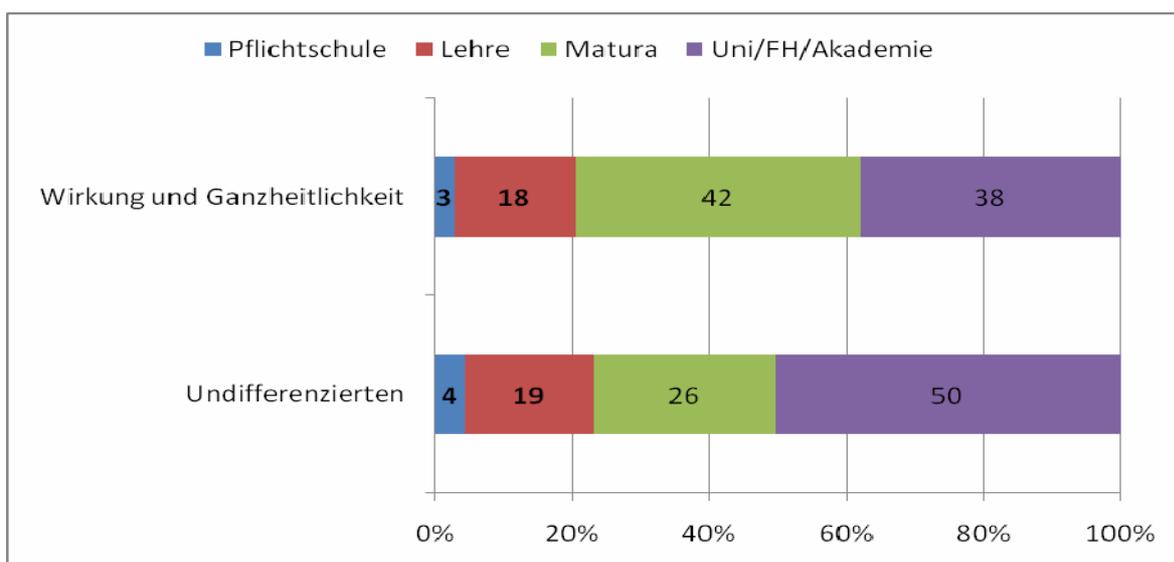
Auch zu diesen Aussagen wird wiederum eine Clusteranalyse durchgeführt, die in Abb. 37 graphisch dargestellt wird. Das Ergebnis bzw. die Darstellung ist leider nicht so aussagekräftig wie dies bei den vorher gebildeten Typen der Fall war. Es findet sich hier eine relativ gut beschreibbare Gruppe, die die Wirkung und die Ganzheitlichkeit der Alternativmedizin als Hauptgründe nennt (erster Cluster). Der zweite Cluster besteht aus einer (nicht ausgeprägten) Sammlung unterschiedlicher Motive bzw. Erklärungen, wobei aber relativ viele Probanden (>40%) angeben, dass ihnen die Schulmedizin nicht helfen konnte, und die Alternativmedizin aufgrund der geringen Nebenwirkungen bzw. ihrer (vermeintlichen) Nebenwirkungslosigkeit in Anspruch genommen wird.

Bezüglich Geschlecht und Alter findet sich hier kein Zusammenhang mit den beiden gebildeten Gruppen. Beide Cluster bestehen zu 76% aus Frauen.



**Abbildung 37: Clusterlösung Gründe für die Inanspruchnahme der Alternativmedizin**

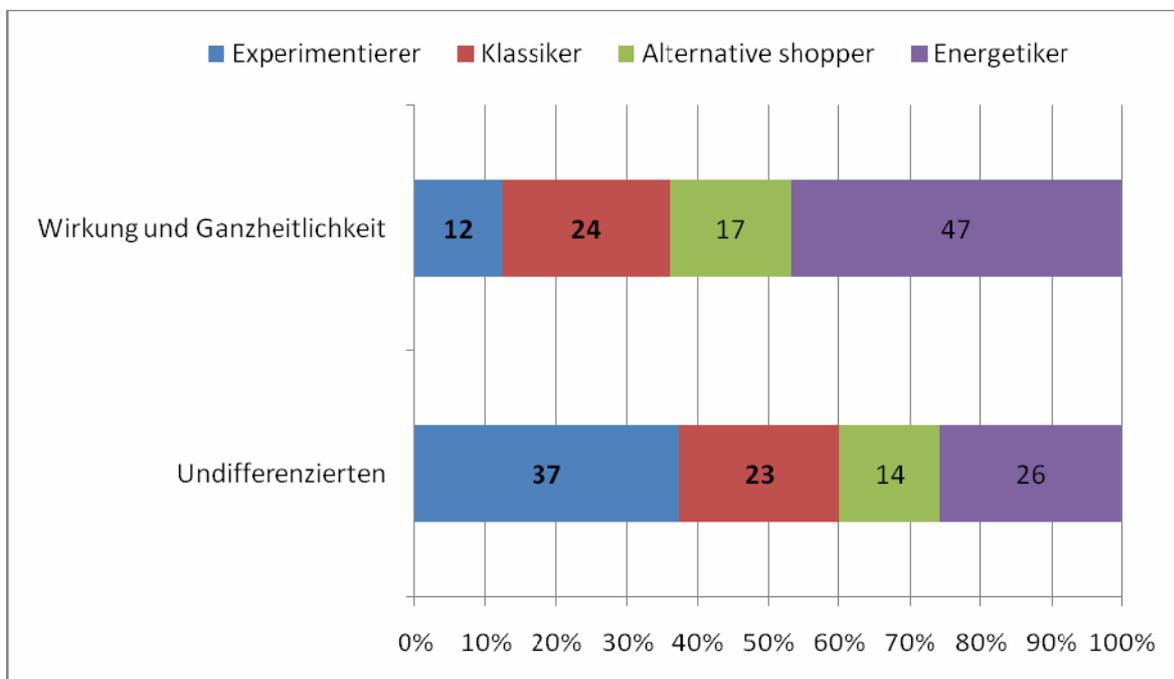
Stellt man diese beiden eben genannten Gruppen dem Bildungsniveau der Probanden gegenüber, so präsentiert sich ein deutlich signifikanter Zusammenhang ( $\chi^2(3) = 12,512$ ;  $p = 0,001$ ). Die Gruppe, die von der Wirkung und dem ganzheitlichen Therapieansatz der Alternativmedizin überzeugt ist, weist einen deutlich niedrigen Anteil an Personen mit einem Pflichtschulabschluss (3%) und einen deutlich hohen mit Akademikern (38%) auf (siehe Abb. 38).



**Abbildung 38: Zusammenhang von Gründen für die Inanspruchnahme der Alternativmedizin (Cluster) und Schulbildung**

Kein Zusammenhang zwischen den Gründen für die Inanspruchnahme der Alternativmedizin besteht mit dem Einkommen ( $\chi^2(6) = 4,905$ ;  $p = 0,566$ ).

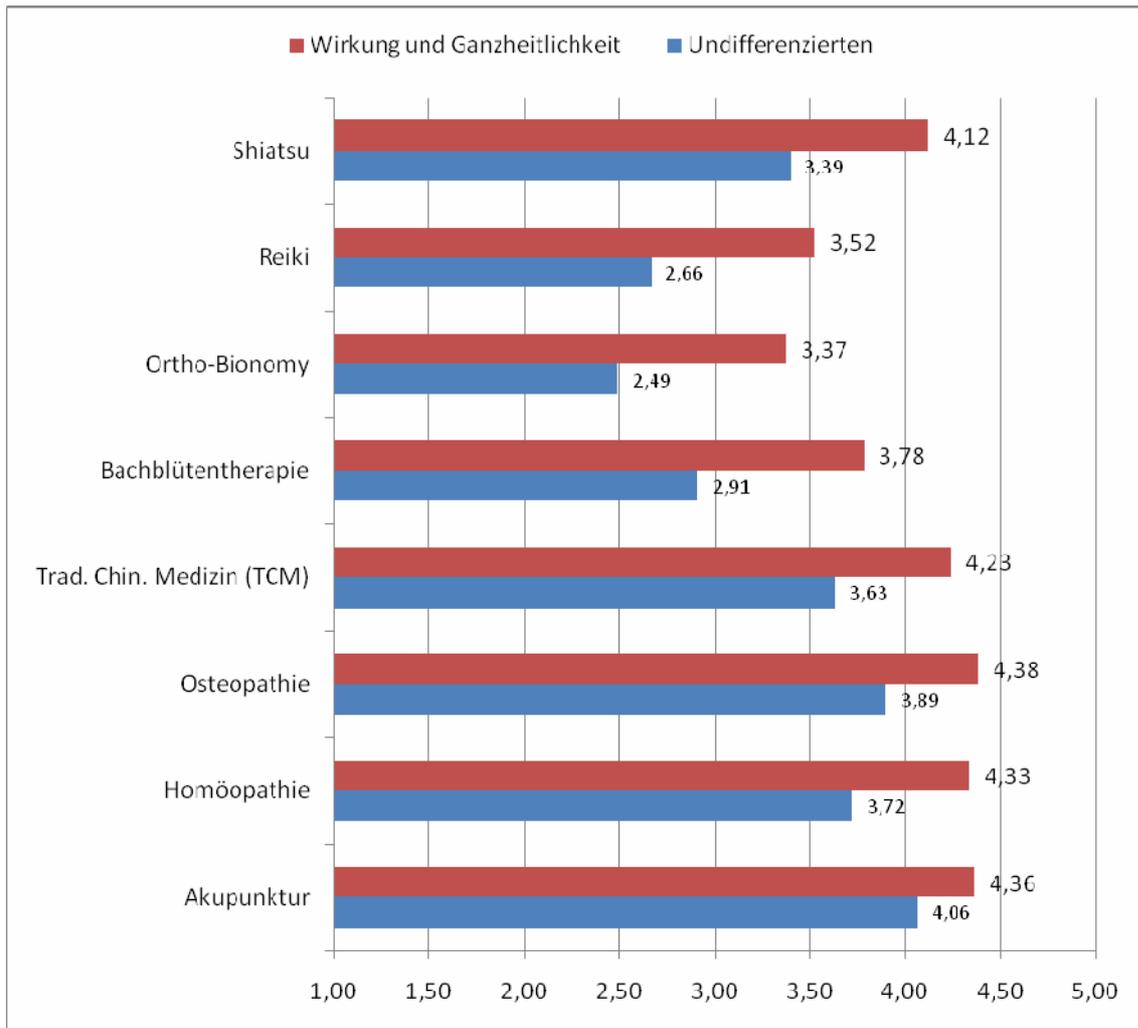
Ein hochsignifikanter Zusammenhang ist auch mit dem Anwendercluster gegeben ( $\chi^2(3) = 44,358$ ;  $p < 0,001$ ). Personen, die Wirkung und Ganzheitlichkeit als Hauptmotive für ihr Interesse an einer alternativmedizinischen Behandlung nennen, finden sich häufig im Cluster der „Energetiker“ (47%). Die Gruppe der „Indifferenten“ hat einen dementsprechend höheren Anteil an „Experimentierern“ (37%) und einen geringeren an „Energetikern“ (26%). Die „Klassiker“ sowie die „Alternativen shopper“ sind in beiden Gruppen in etwa gleich groß.



**Abbildung 39: Anwendercluster und Cluster für Gründe der Inanspruchnahme**

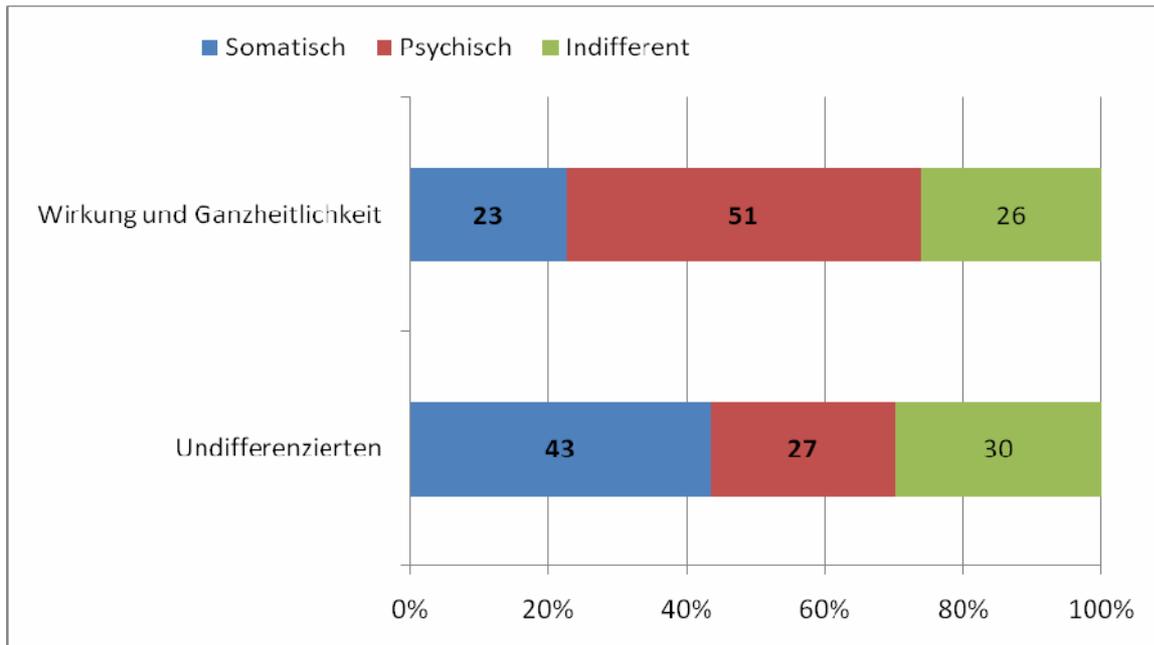
Wenig überraschend glauben die Personen, die sich im Cluster „Ganzheitlichkeit und Wirkung“ befinden, in deutlich stärkerem Ausmaß an die Wirkung der Methoden. Es finden sich bei allen acht abgefragten Behandlungsmethoden aus dem alternativen System deutlich signifikante Unterschiede ( $p < 0,001$ ).

Die Wirkung sowie die Ganzheitlichkeit schätzen besonders die Nutzer der Osteopathie ( $M = 4,38$ ), der Akupunktur ( $M = 4,36$ ), der Homöopathie ( $M = 4,33$ ) und der TCM ( $M = 4,23$ ). In der Gruppe der „Undifferenzierten“ (Personen, die sich aus mehreren unterschiedlichen Gründen zur Alternativmedizin hinzugezogen fühlen), schneidet die Akupunktur mit einem Mittelwert von 4,06 am besten ab.



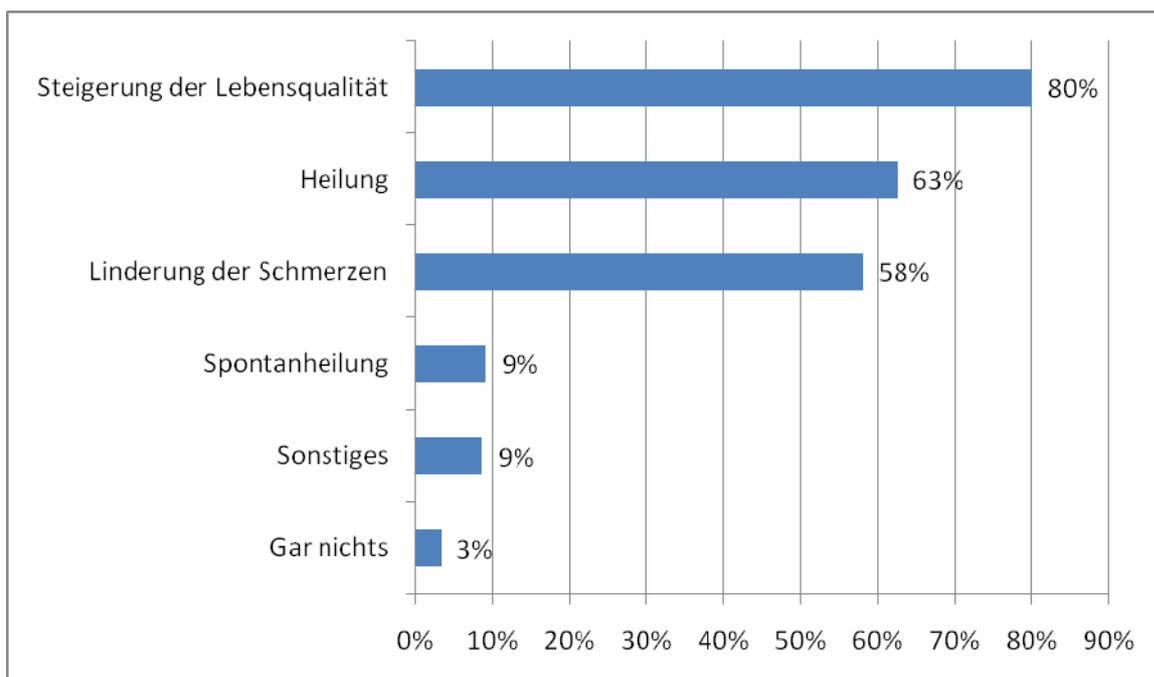
**Abbildung 40: Wirkung der Alternativmedizin, getrennt nach Gründen für Anwendung**

Weiters besteht auch noch ein Zusammenhang mit dem Cluster, gebildet nach der Art der Erkrankungen (akute, leichte, chronische etc.), für die bisher die Alternativmedizin herangezogen wurde ( $\chi^2(2)=34,149$ ;  $p<0,001$ ) (siehe Abb. 41). Personen, die aufgrund der Wirkung und Ganzheitlichkeit alternativmedizinische Therapieverfahren nutzen, gehören zu mehr als 50% demjenigen Cluster an, der darauf besonders bei psychischen Problemen reflektiert. Die Gruppe der „Unclassified“ besteht nur zu 27% aus diesem Cluster und zu 43% aus dem Cluster mit somatischen Motiven. Dieser Cluster ist bei denjenigen, die Wirkung und Ganzheitlichkeit als Hauptgründe für die Inanspruchnahme nennen, mit 23% vergleichsweise klein.



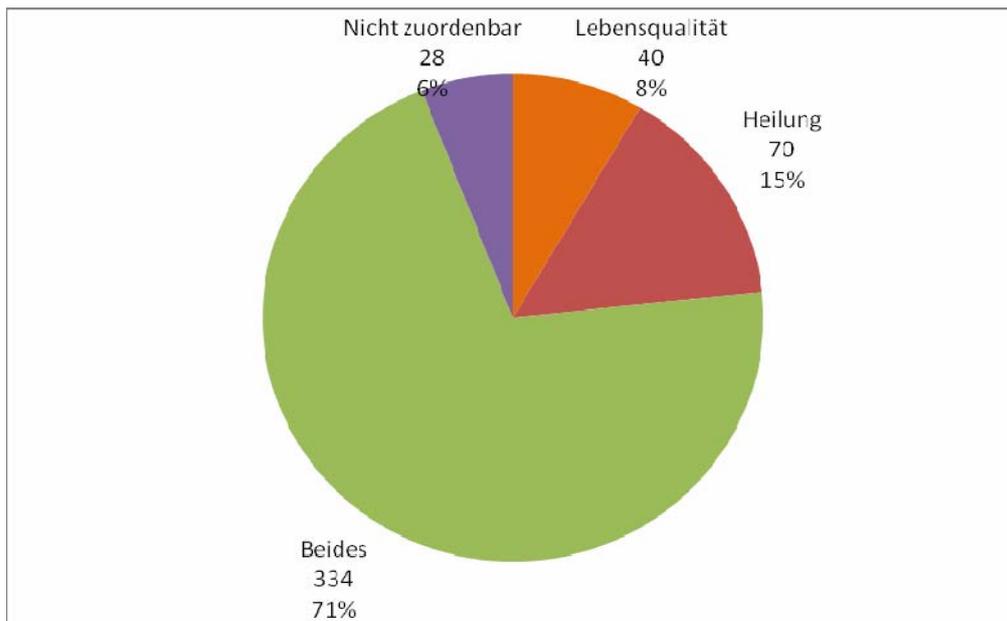
**Abbildung 41: Zusammenhang von Motivcluster und Gründen der Inanspruchnahme**

Zur Frage der Erwartungen an die Alternativmedizin kann folgendes gesagt werden: 80% der Probanden erwarten sich von der Alternativmedizin eine Steigerung der Lebensqualität, 63% Heilung und 58% Linderung ihrer Schmerzen. Weitere 9% hoffen auf eine Spontanheilung bzw. nennen sonstige Gründe. 3% stehen indifferent dazu bzw. glauben an gar nichts (siehe Abb. 42).



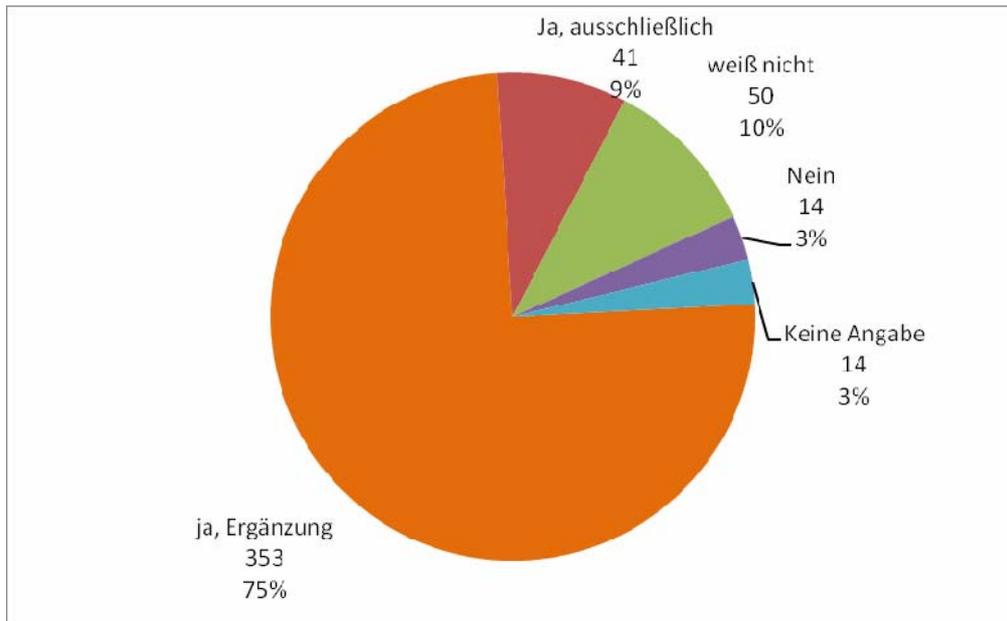
**Abbildung 42: Erwartung an Alternativmedizin**

In der graphischen Darstellung mittels Kreisdiagramm (siehe Abb. 43) finden sich 40 (8%) Probanden, die ausschließlich eine Steigerung der Lebensqualität erwarten und 70 (15%) eine Heilung oder Linderung der Beschwerden. Die überwiegende Mehrheit von 334 (71%) Personen nennt sowohl Heilung bzw. Linderung als auch eine Steigerung der Lebensqualität, wenn sie zu den Erwartungen an die Alternativmedizin befragt werden.



**Abbildung 43: Gruppierung nach Erwartungen**

Bezüglich der Behandlung einer bösartigen Erkrankung geben 75% der Probanden an, alternativmedizinische Therapieverfahren als Ergänzung in Anspruch zu nehmen, 50 (10%) haben sich mit dieser Frage noch nicht auseinander gesetzt und wissen daher nicht, wie sie in so einem Fall reagieren würden. 14 (3%) würden sich auf keinen Fall alternativmedizinisch behandeln lassen und 41 (9%) würden im Falle einer bösartigen Erkrankung ausschließlich zur Alternativmedizin tendieren (siehe Abb. 44).



**Abbildung 44: Anwendung bei einer bösartigen Erkrankung**

Vergleicht man die 41 Personen (9% der Probanden), die bei einer bösartigen Erkrankung ausschließlich Methoden der Alternativmedizin in Anspruch nehmen würden mit den Stichprobenkennwerten von Geschlecht, Ausbildung, Anwendertypen, Motivcluster und Erwartungen an alternativmedizinische Behandlungsmethoden, so sind Auffälligkeiten bei den Anwender- und den Motivtypen gegeben. Diese Gruppe besteht zu 68% aus „Energetikern“ und zu 51% aus Probanden, die sich bei psychischen Erkrankungen bzw. Leiden einem Alternativmediziner anvertrauen würden. Erstaunlich hoch ist in dieser Gruppe der Akademikeranteil (32%) und derjenigen mit Maturaabschluss (41%).

Weiters ist aus der Tabelle 14 zu entnehmen, dass sich 90% der Probanden, die sich bei einer bösartigen Erkrankung ausschließlich von Alternativmedizinern behandeln lassen würden, sowohl eine Steigerung der Lebensqualität als auch Heilung von der Alternativmedizin erwarten.

**Tabelle 14: Beschreibung der Probanden, die ausschließlich alternativmedizinische BM bei bösartigen Erkrankungen in Anspruch nehmen nach den Parametern Geschlecht, Ausbildung, Anwendertypen und Motivcluster und Erwartungen an die Alternativmedizin**

		Prozent
Geschlecht	weiblich	76
	männlich	24
Ausbildung/Schule	Pflichtschule	2
	Lehre	24
	Matura	41
	Uni/FH/Akademie	32
Anwendertypen	Experimentierer	15
	Klassiker	12
	Alternative shopper	5
	Energetiker	68
Erkrankungen	somatisch	12
	psychisch	51
	indifferent	37
Erwartung an Alternativmedizin	Lebensqualität	8
	Heilung	3
	beides	90

Betreffend die Wirksamkeit der Alternativmedizin geben 23% der gesamten Stichprobe an, dass sich ihr Gesundheitszustand durch eine alternativmedizinische Behandlung immer verbessert hat. Weitere 52% meinen, dass dies meistens der Fall war und 12% sprechen davon, dass dies nur gelegentlich zugetroffen hat. Lediglich 2% der Probanden können auf keine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes durch die Einwirkung der Alternativmedizin zurückblicken (siehe Tabelle 15).

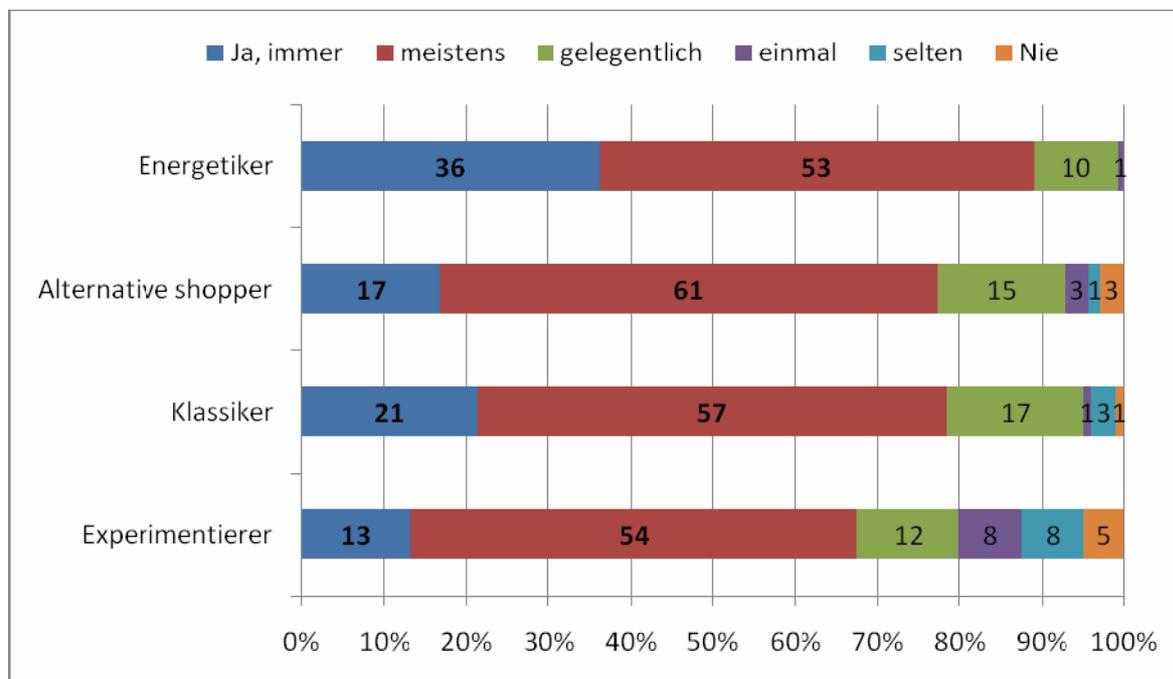
**Tabelle 15: Verbesserung des Gesundheitszustandes**

	Häufigkeit	Prozent
Ja, immer	110	23
Meistens	247	52
Gelegentlich	58	12
Einmal	12	3
Selten	13	3
Nie	10	2
Keine angaben	22	5

Die Gruppe, die eher „energetische“ Methoden aus dem alternativen System anwendet, sieht diese Behandlungen signifikant erfolgreicher. 36% dieses Cluster

geben an, dass eine alternativmedizinische Behandlung bis jetzt immer erfolgreich war, in den anderen Clustern sind es deutlich weniger (13-21%).

Die prozentmäßig größten Gruppen in allen vier Anwendertypen („Energetiker“; „Alternative shopper“ etc.) sind diejenigen, die meistens auf eine erfolgreiche alternative Behandlungsmethode verweisen konnten (53-61%) (siehe Abb. 45).



**Abbildung 45: Erfolg einer Behandlung und Anwendertypen (Cluster)**

Ein Unterschied in der Erfolgsbewertung alternativer Heilweisen besteht auch zwischen den Motivclustern („psychisch“, „somatisch“ und „indifferent“), was aus Abb. 46 herausgelesen werden kann ( $\chi^2(2)=34,954$ ;  $p<0,001$ ). Personen, die aus psychischen Motiven alternativmedizinische Behandlungen wählen, geben wesentlich öfters an, dass die Anwendung der Alternativmedizin immer zu einer Verbesserung ihres Gesundheitszustandes beigetragen hat (32%) als diejenigen Personen, die sich aus somatischen Motiven alternativmedizinisch behandeln lassen haben (15%). In der Gruppe der „Indifferenten“ können 24% immer auf einen Erfolg durch die Alternativmedizin zurückblicken.

Vergleicht man Abb. 46 und 45 miteinander, so zeigt sich in beiden Abbildungen ein ähnlich hoher Prozentsatz bei denjenigen Probanden, bei denen die Alternativmedizin bis jetzt meistens erfolgreich war.

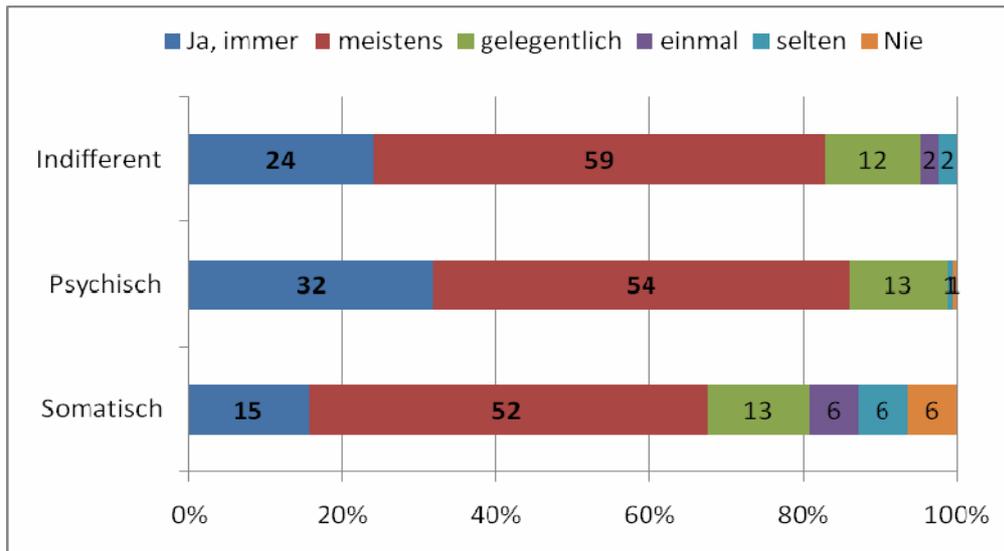


Abbildung 46: Erfolg und Motive für Behandlung

### 6.2.8 Die Informationsquellen

Sowohl Freunde als auch Bekannte (79%) gelten als Hauptinformationsquellen für alternativmedizinische Behandlungsmethoden, Alternativmediziner werden als solche zu 50%, Bücher zu 46%, das Internet zu 37% und Zeitungen/Zeitschriften zu 34% gesehen. Immerhin etwas mehr als ein Viertel bezieht seine Informationen vom Haus- oder Facharzt. Radio und TV spielen mit 13% eine eher untergeordnete Rolle bei dieser Informationsgewinnung (siehe Abb. 47).

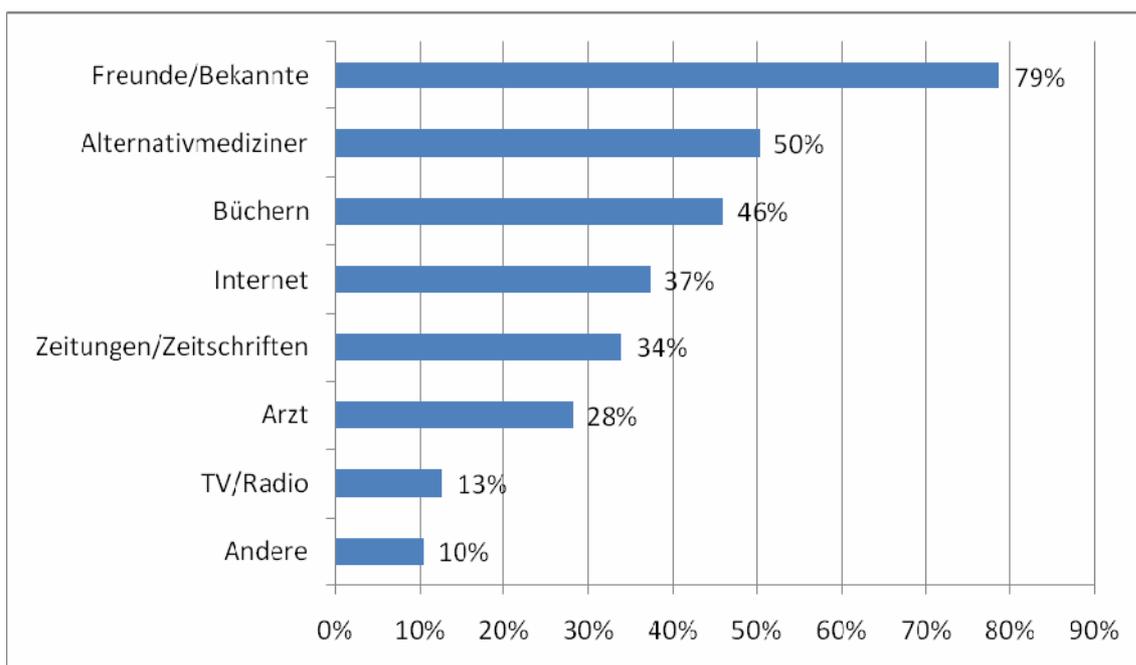


Abbildung 47: Informationsquellen über Alternativmedizin

### 6.2.9 Zur Wissenschaftlichkeit und Zukunft der Alternativmedizin

Die Überprüfung der Wirksamkeit alternativmedizinischer Behandlungsmethoden ist den Probanden dieser Stichprobe relativ wichtig (69%). Nur 15% halten die wissenschaftliche Überprüfung für unwichtig und 16% stehen dieser Frage neutral gegenüber. Die Zustimmung zur Überprüfbarkeit korreliert mit dem Alter ( $r=0,119$ ) und dem Einkommen ( $r=0,123$ ) in geringem, aber doch signifikanten Ausmaß, nicht jedoch mit der Ausbildung ( $r=-0,008$ ). Ältere Personen und Probanden mit höherem Einkommen treten für eine verstärkte Überprüfbarkeit alternativmedizinischer Behandlungsmethoden ein.

Die Wichtigkeit der Überprüfung ist signifikant unterschiedlich in Abhängigkeit vom Anwendertypus ( $p<0,001$ ). Die Gruppe der „Energetiker“ legt auf diese Überprüfbarkeit deutlich weniger Wert als die anderen Gruppen, ist aber bei einem Mittelwert von 3,52 noch relativ hoch.

Auch bezüglich der Einschätzung der Entwicklung der Alternativmedizin finden sich signifikante Unterschiede ( $p<0,001$ ). Die Gruppe der „Energetiker“ schätzt auch die Bedeutung der Alternativmedizin in Zukunft signifikant höher ein als die drei anderen Gruppen. Hier zeigt sich aber auch, dass die „Experimentierer“ der Alternativmedizin weniger Bedeutung zumessen als die anderen Anwendertypen. Nur 3% der Probanden nehmen an, dass die Bedeutung der Alternativmedizin in Zukunft abnehmen wird, 10% antworten mit der neutralen Kategorie. Die Bewertung der zukünftigen Entwicklung der Alternativmedizin korreliert mit dem Alter ( $r=0,122$ ) und der Ausbildung ( $r=-0,133$ ), nicht jedoch mit dem Einkommen ( $r=-0,019$ ). Ältere Personen und Probanden mit niedrigerem Bildungsniveau glauben an einen Bedeutungszuwachs der Alternativmedizin.

Es findet sich auch eine signifikante Korrelation von der Wichtigkeit der Überprüfbarkeit alternativmedizinischer Therapieverfahren und wahrgenommener Verbesserung des Gesundheitszustandes ( $r=0,187$ ;  $p<0,001$ ). Je seltener eine Verbesserung des Gesundheitszustandes beobachtet wurde, desto mehr wird nach einer Überprüfung der (genutzten) Methoden aus dem alternativen System verlangt (geringer Zusammenhang).

Eine starke Korrelation ist mit der Bewertung der Bedeutung der Alternativmedizin in Zukunft und der körperlichen Reaktion auf eine alternativmedizinische Behandlung gegeben ( $r=-0,416$ ;  $p<0,001$ ). Je öfter die Alternativmedizin erfolgreich gewesen ist, desto positiver wird auch deren zukünftige Bedeutung eingestuft.

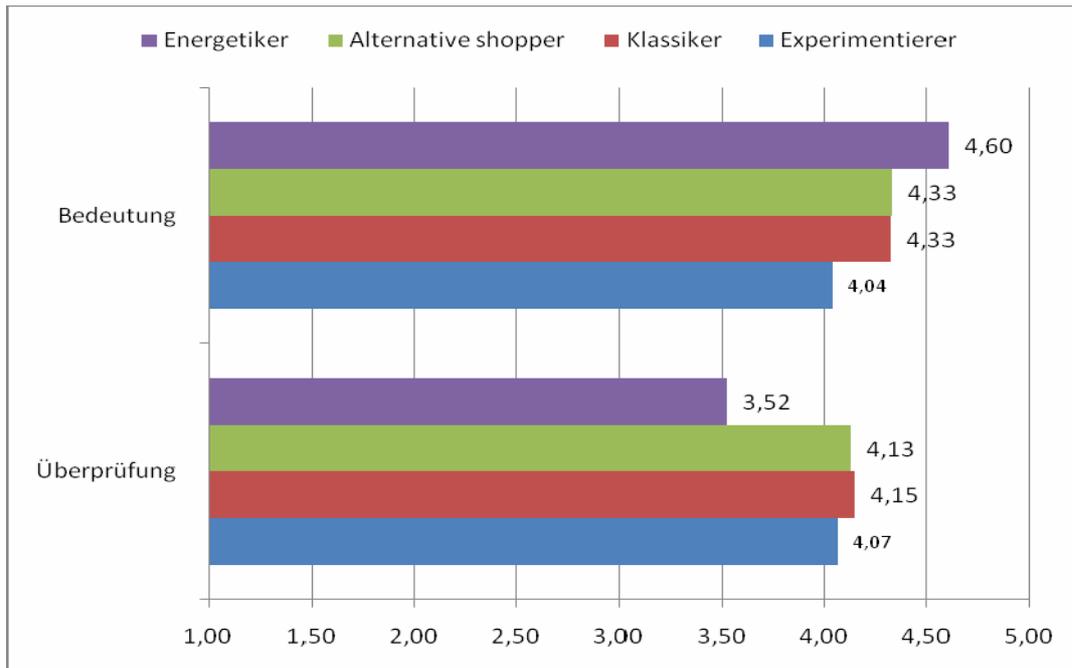


Abbildung 48: Wichtigkeit der Überprüfbarkeit, zukünftige Bedeutung der Alternativmedizin

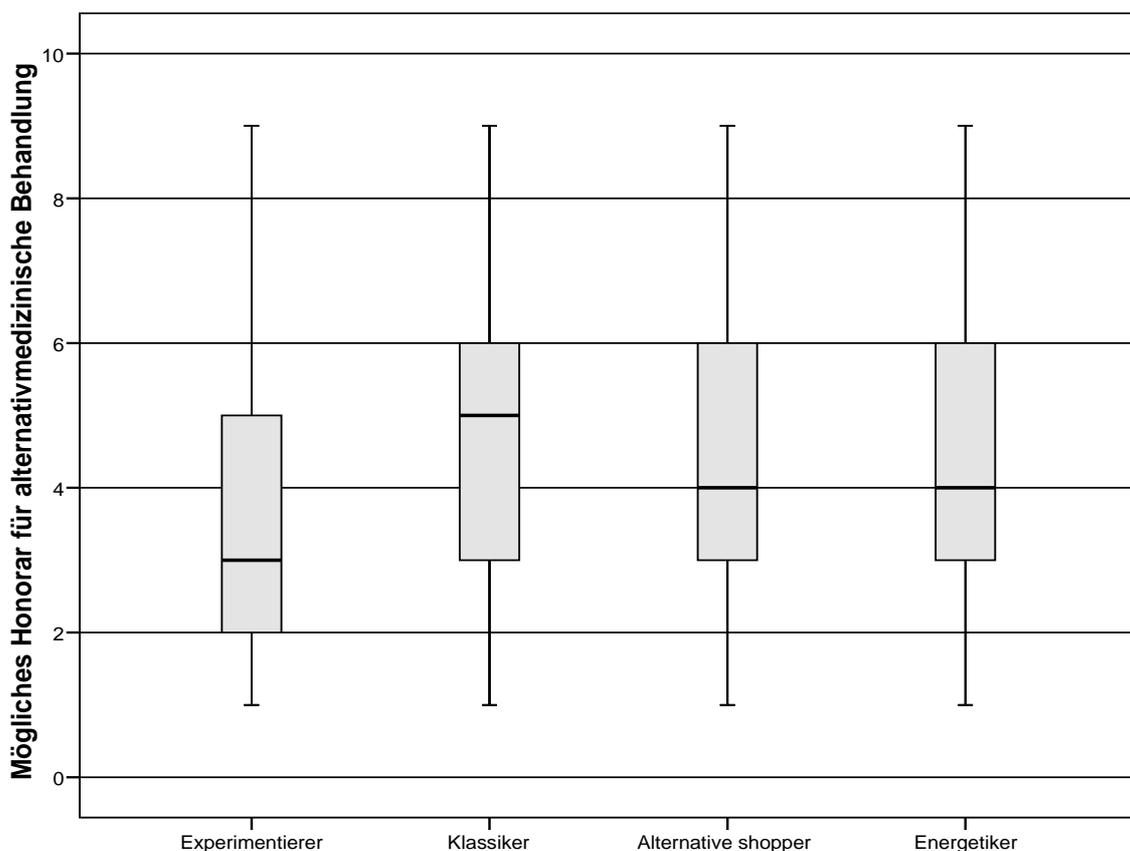
### 6.2.10 Zur Wertigkeit der Alternativmedizin

Betreffend das Honorar für alternativmedizinische Behandlungsmethoden zeigt sich, dass 25% der Probanden 41 bis 50 Euro oder weniger bezahlen wollen, weitere 25% können sich aber vorstellen, über 70 Euro zu bezahlen, mehr als 100 Euro würden rund 4% dafür ausgeben und von 6% liegt keine Antwort dazu vor. Der Median bei den Ausgaben liegt bei 51 bis 60 Euro pro Behandlung.

Tabelle 16: Honorar für eine alternativmedizinische Behandlung

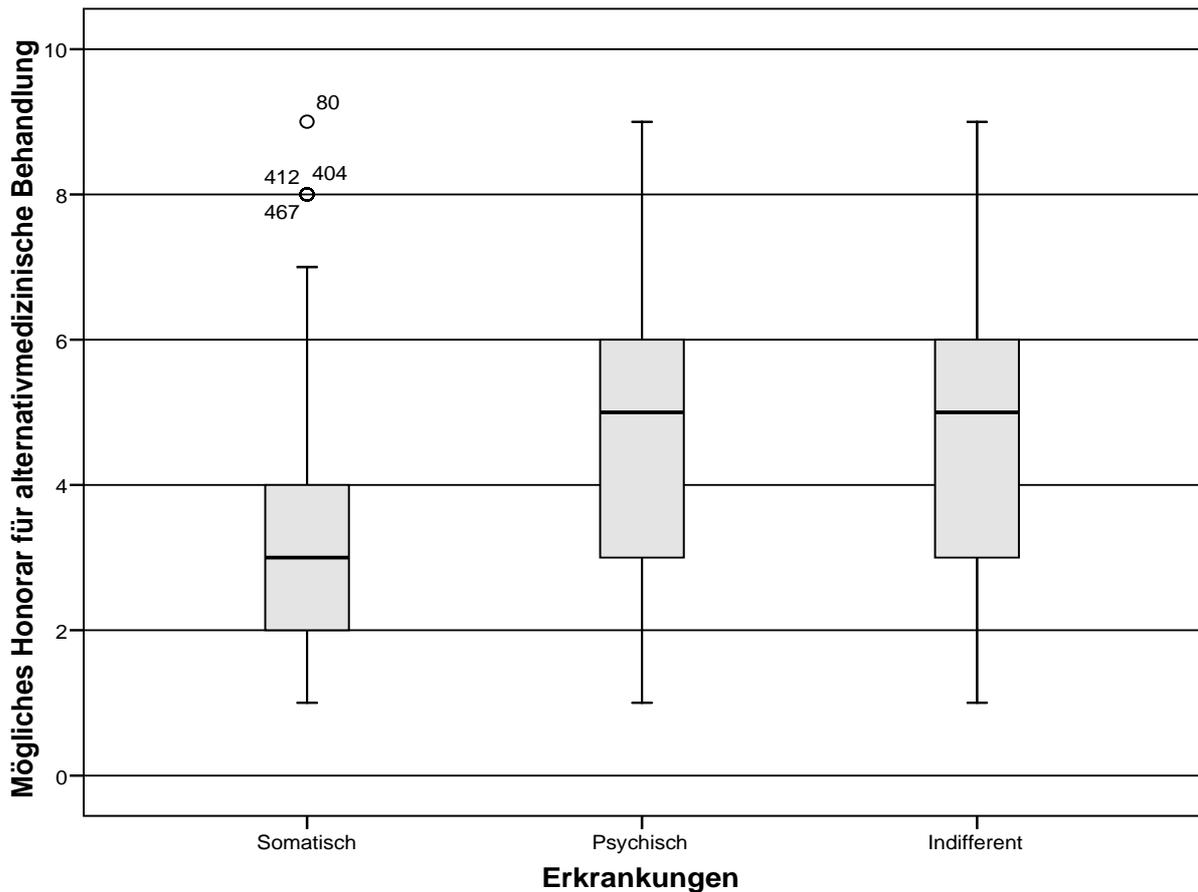
Honorarbereich	Häufigkeit	Prozent
< 30	27	6
31-40	61	13
41-50	86	18
51-60	77	16
61-70	75	16
71-80	54	11
81-90	16	3
91-100	28	6
>100	20	4
Keine Angabe	28	6

Mit dem Alter ( $r=0,147$ ;  $p=0,002$ ), der Ausbildung ( $r=0,106$ ;  $p=0,026$ ) und dem Einkommen ( $r=0,123$ ;  $p=0,011$ ) ist eine signifikante Korrelation gegeben, nicht aber mit dem Geschlecht. Je höher Alter, Schulbildung und Einkommen sind, desto höher ist auch der Betrag, der für alternativmedizinische Behandlungen bezahlt wird. In Abhängigkeit der Anwendertypen ist diesbezüglich ein signifikanter Unterschied gegeben ( $\chi^2(3)=13,847$ ;  $p=0,003$ ). Die „Klassiker“ sind bereit, den höchsten Betrag zu zahlen, die „Experimentierer“ den niedrigsten, „Alternative shopper“ und „Energetiker“ nehmen dazwischen Platz.



**Abbildung 49: Boxplot Zahlungsbereitschaft und Anwendertypen**

Auch bezüglich der Ursachen, weswegen alternativmedizinische Behandlungen in Anspruch genommen wurden, treten signifikante Unterschiede bezüglich der Zahlungsbereitschaft auf. Personen, die somatisch bedingt zur Alternativmedizin tendieren, wollen deutlich weniger bezahlen. Die „Psychischen und „Indifferenten“ wären bereit, wesentlich mehr als diejenigen mit somatischen Erkrankungen zu zahlen (siehe Abb. 50).



**Abbildung 50: Boxplot Zahlungsbereitschaft und gesundheitliche Gründe für alternativmedizinische Behandlung**

Auch bezüglich der Gründe, warum eine alternativmedizinische Behandlungsmethode in Anspruch genommen wurde, existiert eine unterschiedliche Zahlungsbereitschaft ( $\chi^2(1)=20,947$ ;  $p<0,001$ ). Abbildung 51 zeigt, dass Personen, die an der Alternativmedizin deren Wirkung und Ganzheitlichkeit schätzen, einen wesentlich höheren Beitrag zu zahlen bereit wären (über 50 Euro) als ihre Vergleichsgruppe.

Zudem korreliert die Zahlungsbereitschaft auch signifikant mit der Erfolgsbewertung ( $r=-0,263$ ;  $p<0,001$ ). Das heißt, je häufiger bis jetzt eine Verbesserung des Gesundheitszustandes durch die Inanspruchnahme eines alternativmedizinischen Therapieverfahrens hervorgerufen werden konnte, desto zahlungswilliger zeigt sich der Patient bzw. Kunde.

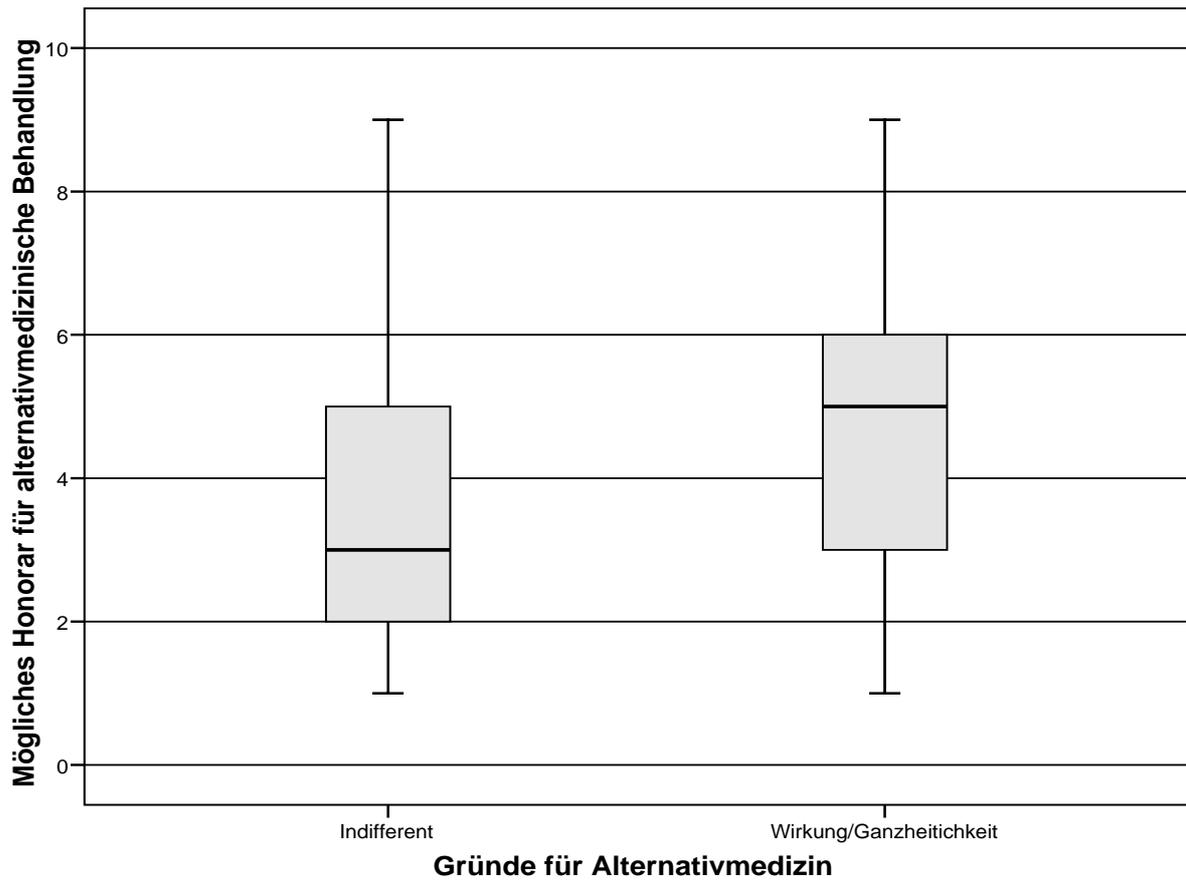


Abbildung 51: Boxplot Zahlungsbereitschaft und Gründe für Alternativmedizin

### 6.3 Zusammenfassende Schlussbetrachtung

Die vorliegende Stichprobe umfasst 472 Probanden, 360 (76%) weibliche und 112 (24%) männliche. Das Durchschnittsalter liegt bei 43 Jahren. Der Akademikeranteil ist mit 43% auffallend hoch. Weitere 34% der Probanden verfügen über einen Matura-, 18% über einen Lehr- und 4% über einen Pflichtschulabschluss. Der Median des Einkommens liegt bei 1501 bis 2000 Euro. 5% haben kein Einkommen und 7% weisen ein Einkommen von über 3000 Euro auf. Rund 50% der Stichprobe sind vollzeit-, weitere 18% teilzeitbeschäftigt und rund 11% in Pension. Das restliche Viertel der Stichprobe verteilt sich auf Hausfrauen/-männer, Schüler/Studenten und Karenzierte.

Die meisten Probanden sind mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden und legen auf eine gute Arzt-Patienten-Beziehung, in der der Faktor Zeit eine wichtige Rolle spielt, besonderen Wert. Frauen ist dies wichtiger als Männern.

An der Schulmedizin werden von mehr als 85% der Befragten deren diagnostische Verfahren und operative Interventionsmöglichkeiten geschätzt, von 38% deren medikamentöse Therapieansätze und lediglich von 21% deren Repräsentanten selbst. Negative Erfahrungen mit der Schulmedizin werden nur von 11% der Stichprobe genannt, bei 52% überwiegen die positiven und sehr positiven Erfahrungen. Es lässt sich dazu eine (geschlechtsunspezifische) Vier-Clusterlösung erstellen, in der rund ein Fünftel der Stichprobe eine allgemein hohe Wertschätzung und Zustimmung zu den abgefragten Parametern der Schulmedizin zeigt. Jene Probanden, die Medikation, Ärzte und fachliche Spezialisierungen ablehnen, Diagnostik, Wissenschaftlichkeit und Operationstechniken schätzen, stellen mit 45% den zahlenmäßig größten Cluster dar.

Ältere Probanden mit höherer Bildung und höherem Einkommen stehen der Schulmedizin mit größerer Wertschätzung gegenüber.

Zirka 17% (zum Großteil Personen mit niedrigerem Bildungsniveau) würden eine schulmedizinische Behandlung nur im äußersten Notfall in Anspruch nehmen. Die Probanden, die an der Schulmedizin weder deren Vertreter noch deren medikamentöse Maßnahmen schätzen, lehnen diese Behandlungen daher eher ab.

Die Einstellung zur Alternativmedizin ist unabhängig von Geschlecht und Alter insgesamt relativ positiv, ist, steht aber in einem geringen Zusammenhang mit Schulbildung und Einkommen. Niedrigeres Einkommen und niedrigere Schulbildung begünstigen eine positive Einstellung zur Alternativmedizin. Die Statistik zeigt, dass

Personen mit schlechten Erfahrungen mit der Schulmedizin der Alternativmedizin gegenüber positiver eingestellt sind. Mit steigender Wertschätzung der Alternativmedizin werden schulmedizinische Behandlungen seltener in Anspruch genommen.

Die Kenntnisse über die Alternativmedizin werden als mittel bis gut eingeschätzt, wobei sich keine nennenswerten Zusammenhänge mit den soziodemografischen Daten finden lassen. Es ist jedoch ein Zusammenhang mit den schulmedizinischen Erfahrungen gegeben. Je schlechter jene sind, desto besser sind die Kenntnisse über alternativmedizinische Methoden. Zudem wurde erhoben, dass sich Personen mit sehr guten Kenntnissen der alternativmedizinischen Systeme seltener einer schulmedizinischen Behandlung unterziehen würden. Personen, die der Schulmedizin generell ablehnend gegenüber stehen, weisen bezüglich alternativmedizinischer Kenntnisse einen deutlich höheren Mittelwert auf als alle anderen Personen bzw. Gruppierungen.

Zirka ein Viertel der gesamten Stichprobe hat bereits über 30 mal einen Alternativmediziner aufgesucht; der Median liegt bei ca. 11-20 Behandlungen, 12% geben an, erst ein einziges Mal Erfahrung mit einer alternativmedizinischen Methode gemacht zu haben. Die Anzahl der Behandlungen steht in keiner Beziehung zu Geschlecht, Einkommen und Schulbildung. Es lässt sich jedoch eine eher geringe Korrelation mit dem Alter feststellen. Ältere Personen können auf mehrere alternativmedizinische Behandlungen verweisen.

Hohe Korrelationen finden sich mit der Wertschätzung der Schulmedizin und den Kenntnissen über die Alternativmedizin sowie mit der Wahrscheinlichkeit, sich schulmedizinisch behandeln zu lassen. Je umfassender das Wissen über die Alternativmedizin, umso positiver die Einstellung dazu und umso höher die Anzahl der Behandlungen. Gleichzeitig sinkt mit der Anzahl alternativmedizinischer Behandlungen die Wahrscheinlichkeit, einen Schulmediziner zu konsultieren.

Homöopathie (78%) und Akupunktur (63%) sind die beiden beliebtesten Methoden aus dem alternativen Medizinsystem. Anwendungsraten zwischen 40 und 50% zeigen TCM, Osteopathie und Bachblütentherapie. Kinesiologie und Shiatsu wurden von 30 bis 40% der Stichprobe in Anspruch genommen und 20 bis 30% der Stichprobe ließen sich mit Reiki, Bioresonanz-Therapie und Chiropraktik behandeln. Ayurveda und Ortho-Bionomy haben geringere relative Häufigkeiten.

Anhand dieser 12 Methoden lassen sich vier Cluster bilden: Cluster 1 entspricht den „Experimentierern“, nach dem Motto „von allem ein wenig“, Cluster 2 beinhaltet die Nutzer der klassischen Methoden („Klassiker“), die von Ärzten angeboten werden, Personen im Cluster 3 können als „Alternative shopper“, die Bachblüten, Homöopathie und Osteopathie mit absteigender Häufigkeit bevorzugen, bezeichnet werden und der vierte Cluster beinhaltet die „Energetiker“ (Homöopathie, Kinesiologie, Bachblüten, Reiki etc.). Diese stellen mit 36% das größte, die „Alternativen shopper“ mit 16% das kleinste Segment dar. „Experimentierer“ und „Klassiker“ sind mit jeweils rund 23% in dieser Stichprobe vertreten. Die vier Gruppen unterscheiden sich nicht bezüglich des Geschlechts, des Alters und des Einkommens, jedoch bezüglich der Schulbildung. Unter den „Experimentierern“ und „Klassikern“ findet sich ein höherer Anteil an Akademikern. Die „Energetiker“ (geringer Akademikeranteil) weisen die positivste Einstellung zur Alternativmedizin auf und beurteilen ihre Kenntnisse darüber am besten. Unter den „Experimentierern“ zeigen sich die verhältnismäßig schlechteste Einstellung zur Alternativmedizin sowie die geringsten Kenntnisse darüber. Die „Energetiker“ nehmen signifikant mehr alternativmedizinische Behandlungen in Anspruch als alle anderen Typen, die „Experimentierer“ am wenigsten.

Betreffend die Einschätzung der Wirksamkeit der Methoden schneiden Akupunktur und Osteopathie am besten, Reiki und Ortho-Bionomy am schlechtesten in der Gesamtstichprobe ab. Vergleicht man jedoch diese Bewertungen jeweils nach Anwendern und Nicht-Anwendern, so ist bei jeder Methode ein signifikanter Unterschied dahingehend feststellbar, als Probanden, die die einzelnen Heilsweisen angewendet haben, diese auch als wirkungsvoller bewerten. Auffällig ist, dass Anhänger der Ortho-Bionomy diese Methode am effizientesten bewerten.

Die Einschätzung der Alternativmediziner selbst ist generell sehr gut, wobei die Beurteilung durch Frauen noch günstiger ausfällt als die durch Männer. Die Schulbildung korreliert in geringem Ausmaß mit der Bewertung des Einfühlungsvermögens des Alternativmediziners. Je geringer die Schulbildung ist, desto mehr Bedeutung wird dessen Einfühlungsvermögen zugemessen. Während die „Klassiker“ die Alternativmediziner durchgehend am schlechtesten bewerten, zeigen die „Energetiker“ dahingehend immer den höchsten Mittelwert auf.

Alternativmedizinische Behandlungsmethoden werden am häufigsten zur Steigerung des Wohlbefindens in Anspruch genommen (64%). Je rund 50% geben eine leichte,

akute oder chronische Erkrankung als Verwendungsmotiv an, psychische Probleme und psychosomatische Erkrankungen werden von zirka einem Drittel als Behandlungsgründe genannt, eine schwere Erkrankung nur von 9%.

Die Durchführung einer (geschlechtsunspezifischen) Clusteranalyse ergibt eine Drei-Gruppenlösung. Die erste Gruppe nennt als Behandlungsgründe vorrangig somatische Erkrankungen („somatisch“), insbesondere chronische und besteht aus rund einem Drittel der Gesamtstichprobe. Personen aus dem zweiten Cluster (>50%) nennen primär Wohlbefinden und eine psychische und/oder psychosomatische Erkrankung („psychisch“) als Behandlungsgründe. Der dritte Cluster ist nicht eindeutig definierbar; er umfasst Probanden mit psychischen und somatischen Leiden („indifferent“). Es zeigt sich, dass Personen mit psychischen Problemen eine positivere Einstellung zur Alternativmedizin aufweisen und über höhere Kenntnisse darüber verfügen. Personen mit somatischen Erkrankungen als Behandlungsmotiv weisen die vergleichsweise schlechteste Einstellung zur Alternativmedizin auf und verfügen über das geringste Wissen darüber. Die Probanden mit psychischen Motiven tendieren zu über 50% zu Methoden aus dem Cluster der „Energetiker“, diejenigen mit somatischen Erkrankungen gelten statistisch gesehen als „Experimentierer“.

Auf die Frage nach den Gründen für die Inanspruchnahme alternativmedizinischer Behandlungsmethoden wird am häufigsten deren ganzheitlicher Ansatz (66%), aber auch der Mangel an Nebenwirkungen (56%) sowie deren positive Wirkung (59%) genannt. Am seltensten wird dies damit begründet, dass die Schulmedizin mehr schadet als nützt (16%) und ihre Patienten bzw. deren Leiden nicht ernst nimmt (21%). Dazu lassen sich zwei Gruppen bestimmen, wobei die eine durch die Angabe der Gründe „Ganzheitlichkeit“ und „Wirkung“ gekennzeichnet ist und die andere keine eindeutigen Präferenzen erkennen lässt. Es zeigt sich hier kein Zusammenhang mit Alter, Geschlecht und Einkommen, jedoch mit dem Bildungsniveau. In der Gruppe, die Ganzheitlichkeit und Wirkung nennt, ist der Akademikeranteil geringer und das Hauptmotiv für die Inanspruchnahme stellen psychische Erkrankungen dar (Cluster der „Energetiker“). Die Statistik verdeutlicht, dass die Alternativmedizin im Falle einer bösartigen Erkrankung von 75% der Probanden zusätzlich zur Schulmedizin und von 9% sogar ausschließlich eingesetzt würde. Der Gesundheitszustand verbessert sich bei 23% immer, bei 52% meistens und bei 12% gelegentlich; nur bei 2% blieb die alternativmedizinische Behandlung erfolglos.

Die Mehrheit (80%) erwartet sich von der Inanspruchnahme alternativmedizinischer Behandlungsmethoden zusätzlich zur Verbesserung des Gesundheitszustandes eine Steigerung der Lebensqualität, 8% hoffen ausschließlich auf eine Lebensqualitätsverbesserung und etwa 60% auf Heilung oder Linderung der Schmerzen. Dafür wollen 25% der Stichprobe weniger als 50 Euro bezahlen, der Median liegt bei 51 bis 60 Euro. Weitere 25% wären aber auch bereit, mehr als 71 Euro für eine Behandlung auszugeben. Es findet sich dabei kein geschlechtsspezifischer Unterschied, lediglich eine schwache Korrelationen mit Alter, Einkommen und Bildung. Mit zunehmendem Alter, höherer Bildung und Einkommen steigt die Bereitschaft, ein höheres Honorar zu zahlen. Die Ergebnisse zeigen, dass Personen mit somatischen Erkrankungen einen geringeren Betrag zu leisten bereit wären als jene aus den zwei anderen Gruppen. Personen, die an Wirkung und Ganzheitlichkeit der Alternativmedizin glauben, würden höhere Honorarforderungen nicht abschrecken.

Auf die Überprüfung der Wirksamkeit alternativmedizinischer Behandlungsmethoden legen besonders ältere Personen mit höherem Einkommen (69%) vor allem dann Wert, wenn ihnen die Alternativmedizin nicht geholfen hat.

Relative Zustimmung (rund 90%) über die zukünftige Bedeutung der Alternativmedizin findet sich vor allem in der Gruppe der über 40jährigen mit niedriger Schulbildung und Neigung zu „energetischen“ Behandlungsmethoden. Mit der positiven Wirkung der Alternativmedizin auf den Gesundheitszustand steigt auch die Überzeugung, dass die Alternativmedizin an Geltung und Wert gewinnen wird.

## **7. Reflexion**

Resümierend wurden aus der Beschäftigung mit dieser Thematik und anhand der eigenen quantitativen Forschungsergebnisse (Studie 2008/09) folgende Schlüsse gezogen:

Die Menschen schätzen die Stärken bzw. Methoden der Schulmedizin und wollen darauf bei bestimmten Krankheiten auch nicht verzichten. Dennoch fühlen sie sich (vor allem Menschen mit geringem Einkommen und geringer Schulbildung) von den Vertretern der Alternativ- bzw. Komplementärmedizin bei Befindlichkeitsstörungen, leichten, aber auch bei chronischen Erkrankungen häufig besser betreut. Dies vor

allem dann, wenn sie auf schlechte Erfahrungen mit der Schulmedizin zurückblicken müssen.

Der Mensch des 21. Jahrhunderts legt jedoch nicht nur auf seine Gesundheit und deren Aufrechterhaltung (Präventionsmedizin), sondern auch auf die Steigerung der Lebensqualität Wert. Die Fähigkeit, Wohlbefinden zu vermitteln, wird weniger den Vertretern der Schulmedizin, sondern fast ausschließlich denen der Alternativmedizin zugesprochen, was auch als eines der Motive für die steigende Nachfrage betrachtet werden kann.

Die Schulmedizin wie auch die Alternativmedizin verfolgen in der Regel das gleiche Ziel – Gesunderhaltung und -wiederherstellung. Der Unterschied liegt in der Methodik, d.h. in der Methoden- bzw. Therapiewahl. In der Schulmedizin, die evidenzbasiert arbeitet, gelten wissenschaftliche Forschungsergebnisse als Belege für die Wirksamkeit von Therapien. Auch die Alternativmedizin ist dazu angehalten, ihre Wirksamkeit in wissenschaftlichen Untersuchungen unter Beweis zu stellen, was in Teilbereichen (siehe Akupunktur) bereits gelungen ist und auch von den Menschen verlangt wird.

Die evidenzbasierte Medizin, die immer nach dem Ursache-Wirkungsprinzip vorgeht, kann dennoch lediglich einen winzigen Teil eines pharmakologisch induzierten holistischen Prozesses untersuchen, um zumindest einen kleinen Erkenntnisgewinn erzielen zu können. Man denke an Chemotherapien, bei denen alleine die Wirksamkeit einer einzigen modifizierten Substanz in Bezug auf Überlebensraten, Rezidivhäufigkeit und Zeitpunkt der Rezidive im Vergleich zu anderen Medikamenten festzustellen, jahrelange Untersuchungsreihen und riesiger Fallzahlen benötigt. Die Ergebnisse sind jedoch meist bescheiden – Verlängerung des rezidivierenden Intervalls um lediglich einige Monate und Senkung der Rezidivquote um wenige Prozentpunkte. In Anbetracht der Tatsache, dass der Kosten-Nutzen-Aufwand hier in keiner Relation steht, stellt sich die Frage, ob auch von der Alternativmedizin, die permanent mit der Forderung nach dem wissenschaftlichen Nachweis ihrer Wirksamkeit konfrontiert wird, die Anwendung derselben Methodik verlangt werden darf.

Das zweite Prinzip, neben dem Prinzip der Wissenschaftlichkeit, ist das der „Ganzheitlichkeit“, dem eine große Bedeutung zugemessen wird. Wenn man den Begriff der Ganzheitlichkeit, der für die Alternativmedizin von großer Bedeutung ist, etwas ausdehnt, dann betrifft dies nicht nur den Patienten, sondern die gesamte

Gesellschaft und deren Strukturen. Dies sei folgendermaßen erklärt: Mit jedem medizinischen Fortschritt müssen auch die sozialen Konsequenzen berücksichtigt werden, wie etwa die damit verbundene höhere Lebenserwartung, die einerseits zu einer Überbevölkerung führt, andererseits eine Verschlechterung der Lebensbedingungen (Nahrungsmittel- und Wohnungsmangel) zur Folge hat, sodass auf diesem Planeten nur mehr „Stehplätze frei sein“ (STÖHR, 2001, S. 31) werden. Wenn „Ganzheitlichkeit“ unter diesem Aspekt gesehen wird, dann hat die Schulmedizin sehr wohl diese Anforderung erfüllt, und sich damit - makroökonomisch betrachtet - sogar eines wesentlich größeren Bereiches angenommen.

Im Vergleich dazu die Alternativmedizin, die darunter die Einbeziehung des gesamten Individuums und seines sozialen Umfelds versteht. Ganzheitlich betrachtet findet hier durch den Beitrag beider Medizinsysteme unbewusst eine wichtige Aufgabenteilung statt, bei der sowohl mikro- als auch makroökonomisch relevante Bereiche abgedeckt werden.

Wenn man den Faktor „Ganzheitlichkeit“, der sich in der Alternativmedizin auf Subjektivität und Individualität bezieht, in einen gesellschaftlichen Kontext stellt, gelangt man direkt zur Ausgangsfrage, nämlich: Warum findet die Alternativmedizin seit ein paar Jahren eine so hohe Akzeptanz in der Bevölkerung?

Drei Komponenten haben sich im Rahmen des Medizinsystems vollständig geändert: der Mensch als Patient, die Gesellschaft und die Medizin. Der moderne Patient des 21. Jahrhunderts ist nicht mehr autoritätsgläubig, sondern kritisch und selbstbewusst, zeigt aber im Krankheitsfall oft emotionales, irrationales Verhalten, indem er sich vertrauensvoll der Alternativmedizin zuwendet und diese als wesentlichen Hoffnungsträger für seine Heilung sieht. Bei genauer Analyse ihrer Konzepte und Prinzipien zeigt sich, dass deren „Werbebotschaften“, mit denen sie zunehmend mehr Menschen für sich gewinnen kann, zu hinterfragen sind. Diese implizieren die Faktoren Natürlichkeit, Nebenwirkungslosigkeit und Ganzheitlichkeit, von denen die Mehrheit überzeugt ist, die Wirkung, die teilweise auf einen Placebo-Effekt zurückgeführt werden kann, und die aktive Einbeziehung des Patienten bei der Therapieentscheidung, was nicht jedem Menschen ein Anliegen ist. Somit sind auch so genannte „Schwarz-Weiß-Schattierungen“ in der Alternativmedizin zu erkennen; die Wahrheit liegt zumeist in der Mitte.

Nicht unterschätzt werden darf ihre Hoffnungsträger- und Beraterfunktion (bei psychischen Leiden), mit der sie positive Effekte auf den Gesundheits- bzw.

Krankheitszustand des Betroffenen ausüben kann. Angemerkt sei hier auch der starke Einfluss der Alternativmedizin auf wirtschaftliche und gesellschaftliche Strukturen, der an den boomenden Wellness- und Gesundheitszentren, den Hotelbetrieben, die ohne unkonventionelle Therapieverfahren (siehe Abb. 8.2.5) nicht mehr vorstellbar sind und an den reichhaltigen Kursangeboten an alternativmedizinischen Therapien in Aus- und Weiterbildungszentren zu kennen ist und sich dadurch auch viele Berufsfelder (vor allem für Frauen) ergeben. Gesundheit und Wellness werden in verschiedenen Medien permanent thematisiert, die den Menschen ihre Wege dorthin aufzeigen und sie zur Inanspruchnahme der angepriesenen Methoden animieren sollen. Auf diese Art und Weise wird das Interesse an der Alternativmedizin geweckt und die Neugier geschürt, wie der eigene Körper auf deren Methoden reagieren wird. Nichtsdestotrotz gelten Freunde und Bekannte als Hauptinformationsquellen für alternativmedizinische Behandlungsmethoden, so die Studienergebnisse.

Grundsätzlich ist es empfehlenswert, offen für Neues, für neue Methoden aus dem schul- und alternativmedizinischen Bereich zu sein, auch wenn diese nicht den wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis erbringen können, aber zumindest vereinzelt wirken. Man denke an das Prinzip der Falsifikation. Unter Umständen könnte auch eine effiziente und effektive Therapieform übersehen werden. Andererseits wäre die Anwendung obskurer Verfahren unter dem Deckmantel alternativmedizinischer Methoden in jeder Hinsicht durch unqualifizierte Anwender vom Gesetzgeber zu unterbinden.

Es bedarf einer guten Gesprächs- und Vertrauensbasis der konventionellen und der unkonventionellen Medizin untereinander sowie einer guten Patient-Arzt-Beziehung, um dem Kranken - im Sinne des Patientenwohls und der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems - die geeignete Behandlungsmethode anbieten zu können.

Integrative Medizin, also eine Kombination aus schul- und alternativmedizinischen Behandlungsmethoden, wäre aus diesem Grund, bei gegenseitiger Wertschätzung und partnerschaftlicher Arbeitsteilung das Beste für den Patienten des 21. Jahrhunderts.

## 8. Anhang

### 8.1 Begriffserklärungen

#### **ANTROPOSOPHISCHE MEDIZIN**

Unter der von Rudolf Steiner (1861-1925) gegründeten Medizin versteht man eine Geisteswissenschaft, die genauso wissenschaftlich wie die Naturwissenschaft vorgeht und deren Behandlungsziel in der Anregung der Selbstheilungskräfte besteht. Diese Heilkunde setzt sich zusammen aus magischen, alchimistischen und zeitgenössischen Elementen, und beschreibt den Menschen als Naturwesen, bestehend aus dem physischen Leib, dem Äther-Leib, dem Astral-Leib und der Ich-Organisation. Krankheit entstehe durch Fehlentwicklung des Astralleibes (vgl. STÖHR, 2001).

Die auf natürliche Art und Weise zubereiteten Heilmittel (pflanzliche Stoffe oder Mineralien) dienen nicht der Symptombekämpfung (es werden keine Krankheitserreger abgetötet), sondern der Anregung von Organen bzw. Körperfunktionen. Bei diesem Genesungs- bzw. Heilungsprozess, der eine aktive Beteiligung des Patienten erfordert, wird daher nicht *gegen* eine Krankheit bzw. ein Symptom gearbeitet, sondern *für* ein Organ bzw. eine Körperfunktion (vgl. HARSIEBER, 1993). Obwohl sie kein anerkanntes Therapieverfahren ist, sind immer mehr Patienten auch mit schweren Erkrankungen von ihrer Wirksamkeit überzeugt und riskieren bei einem Ausschluss der Schulmedizin lebensbedrohliche Verschlechterung ihres Krankheitsbildes (vgl. STÖHR, 2001).

#### **AYURVEDA** (= Wissenschaft vom Leben)

„Ayu“ bedeutet Leben und „veda“ das Wissen von den Gesetzen des Universums, das aus den altindischen Veden (heiligen Schriften) stammt. Dieses naturphilosophisch begründete Naturheilverfahren war bereits vor 2000 bis 3000 Jahren ein hoch entwickeltes Medizinsystem, das intellektuelle Erkenntnisse, Musiktherapie, Yoga, Meditation, Körper- und Atemübungen, Farb- und Aromatherapie, Massagen und Lebensstilmedizin umfasst und deren Ziel in der Abwehr gesundheitlicher Probleme, d.h. in der Prävention besteht (vgl. HARSIEBER, 1993). Das setzt nicht nur ein funktionierendes System der Selbstheilungskräfte voraus, sondern auch Mitarbeit und Engagement des Patienten, der laut dieser

asiatische Medizin eine kosmische Struktur aufweist (vgl. TURNHEIM, 2004). Die Lebensenergie, in diesem System „Prana“ genannt, fließt durch anatomisch nicht nachweisbare Kanäle. Die sieben Energiezentren (= Chakren), die vom Scheitel bis zum Becken verlaufen, gelten als Bereiche, in denen auf besondere Art und Weise eine Form der nonverbalen Kommunikation stattfindet (vgl. STÖHR, 2001).

Philosophische Überlegungen, wie die Frage nach dem Lebenssinn oder nach dem Wert von Leiden und Krankheit spielen hier eine entscheidende Rolle. Ihre Protagonisten sind der Auffassung, dass der Mensch ständig daran arbeiten muss, seinen Organismus in Balance zu halten, um nicht physisch oder psychisch zu erkranken (vgl. HARSIEBER, 1993). Schwere Herz- und Krebserkrankungen, die auf verdrängte Probleme zurückgeführt werden, kann der Patient selbst heilen, indem er sich diesem Problem bewusst stellt und am Fließen der Lebensenergie arbeitet, so STÖHR (2001).

Grundlage für diese Methode bildet die Lehre von den fünf Elementen (Feuer, Wasser, Erde, Luft, Äther), die unterschiedlich gewichtet und kombiniert in den drei Energiequalitäten, den so genannten „Doshas“ (Vata, Pitta, Kapha) zum Ausdruck kommt (vgl. SCHWAIGER, 2005).

Da in der ayurvedischen Medizin auch mit Hilfe von Ernährungsempfehlungen und lebensphilosophischen Denkweisen Krankheiten geheilt werden können, wird dieses Heilverfahren nicht nur als Heilslehre verstanden, sondern als Kunst des richtigen Lebens, meint STHÖR, 2001.

## **BACH-BLÜTENTHERAPIE**

Diese nach dem britischen Arzt Dr. Edward Bach (1886-1936) benannte, der Homöopathie sehr ähnliche Methode, existiert in unseren Breitengraden seit etwa 50 Jahren und geht davon aus, dass Persönlichkeitstypen und Krankheitsmuster in einem gewissen Zusammenhang stehen. Die eigentliche Krankheitsursache sah Bach in einer emotionalen Dysbalance, die er mithilfe von 37 verschiedenen Blütenextrakten - in einem bestimmten Mischungsverhältnis verdünnt - nicht materiell, sondern spirituell durch die geistige Kraft der Pflanzen beheben konnte. Dadurch gelang er zu der Philosophie, dass der seelische Bereich im Rahmen des medizinischen Handelns mehr Beachtung braucht als der physische. Die innere Resonanz von Blüten-Essenzen ist in der Lage, dem menschlichen Organismus aus dem emotionalen Ungleichgewicht herauszuhelfen und ihn somit zu „heilen“ bzw. um

somit weitere Krankheiten zu verhindern. Deshalb beginnt für Bach Gesundheit immer im seelisch-geistigen Bereich, und zwar mit der Änderung der Einstellung zu sich selbst, zum Leben und zur Umwelt (vgl. HARSIEBER, 1993).

### **CHI2-TEST**

Der Chi2-Test dient der Analyse von bivariaten Häufigkeitsverteilungen von nominalskalierten Variablen. Dabei wird untersucht, ob die empirisch vorgefundene bivariate Verteilung mit einer theoretisch erwarteten bivariaten Verteilung übereinstimmt. Die Voraussetzung für die Berechnung eines  $\chi^2$ -Tests ist, dass nur max. 20% der möglichen Zellkombinationen der beiden abhängigen Variablen theoretische Erwartungswerte  $< 5$  aufweisen (vgl. BORTZ, 1990).

### **CHRONISCHE ERKRANKUNGEN**

Darunter werden sich langsam entwickelnde oder lang andauernde Erkrankungen verstanden, deren Krankheitsverlauf sich über mehr als vier Wochen erstreckt; Gegenteil von akuten Erkrankungen;

Bsp.: Migräne, Asthma, Hypertonie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Epilepsie etc.

### **CLUSTERANALYSE**

Unter einer Clusteranalyse versteht man Verfahren zur Einteilung einer Anzahl von Objekten in homogene Gruppen. Die durch eine Anzahl von Variablen beschriebenen Objekte sollen innerhalb einer Gruppe möglichst ähnlich hinsichtlich der Variablen sein. Objekte aus unterschiedlichen Gruppen sollen möglichst verschieden sein. Die mittels Clusteranalyse gebildeten Gruppen nennt man Cluster, Klassen oder Typen.

Die üblichen Konstruktionsverfahren für Typologien oder Cluster teilen sich in zwei Klassen. Einerseits gibt es Verfahren zur Bildung hierarchischer Systeme von Gruppen und Objekten, die von der feinsten Einteilung (jedes Objekt ist ein Cluster) bis zur größten Gruppierung (die gesamte Stichprobe ist ein Cluster) reicht. Aus diesem System ist dann eine der Gruppierungen zwischen den beiden Extremen auszuwählen. Die zweite Klasse der Clusteranalysen sind die so genannten k-Means Verfahren (vgl. BORTZ, 2005).

## **DISKRIMINANZANALYSE**

Ziel der Diskriminanzanalyse ist es, die Werte einer abhängigen (zu erklärenden) Variablen von den Werten einer oder mehrerer unabhängigen (erklärenden) Variablen zu unterscheiden. Dabei sollen nicht nur Zusammenhänge zwischen den Variablen entdeckt, sondern auch unbekannte Werte der abhängigen Variablen anhand der Werte aus den erklärenden Variablen vorhergesagt werden. Insoweit stimmt das Ziel der Diskriminanzanalyse mit dem einer Regressionsanalyse überein. Der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Verfahren besteht in der Art der Werte der abhängigen Variablen. Während mit einer Regressionsanalyse nur abhängige Variablen mit Intervallskalenniveau untersucht werden können, versucht die Diskriminanzanalyse eine Zuordnung von Fällen zu einer von mehreren alternativen Gruppen vorzunehmen. Die Werte der abhängigen Variablen geben also lediglich eine Gruppenzugehörigkeit an und besitzen damit Nominal- oder Ordinalskalenniveau.

Die Diskriminanzanalyse wurde in dieser Studie eingesetzt, um die Ergebnisse der Clusteranalyse bewerten zu können (vgl. BORTZ, 2005).

## **ESOTERIK**

[griech. esoterikos = „innen“, „innerlich“];

Darunter sind okkulte Praktiken, Lehren und Weltanschauungen aus dem Bereich der Alchimie, Astrologie, Magie und Theosophie zu verstehen, die nur einem kleinen, inneren Kreis zugänglich waren. Esoterik beschreibt „innere“ Wege zu bestimmten spirituellen Erfahrungen und steht äußerst ablehnend der modernen Wissenschaft gegenüber. Seit dem 19. Jahrhundert gilt sie als Gegenströmung zur modernen Welt, deren Grundlagenwerk die Geheimlehre der deutsch-russischen Okkultistin und Schriftstellerin Helena P. BLAVATSKY (1831-1891), der Begründerin der Theosophischen Gesellschaft, ist. Auch Steiners Anthroposophie kann auf die Theosophie BLAVATSKYs zurückgeführt werden.

Diese „Lehre“, die in den USA Ende des 20. Jahrhunderts als New Age Bewegung bekannt wurde und gesellschaftliche und weltliche Veränderungen auf Basis eines mystischen Utopismus anstrebte, ist heute am „Markt des Übersinnlichen“ weit verbreitet. Dafür sorgen nicht nur Esoterik-Messen und Esoterik-Läden, sondern auch unterschiedliche Medien, wie Bücher, Zeitschriften oder das Internet, mit dem

ein jährlicher Grundumsatz von 9-10 Milliarden Euro erwirtschaftet wird (vgl. BROCKHAUS Alternativmedizin, 2008).

Ausgangspunkt aller Esoterik ist die Lehre des Priesters Hermes Trismegistos, der ca. 300 v. Chr. lebte und angeblich alles wusste, was man wissen kann. Der Grundsatz der Esoterik und zugleich der Schlüssel zur hermetischen Philosophie lautet: „Wie oben, so unten.“ Damit ist gemeint, dass überall im ganzen Universum die gleichen Gesetze gelten.

### **FERNHEILUNG**

Krankheiten und Beschwerden werden trotz geografischer Entfernung mithilfe von Fotografien oder Bildern unter Einsatz von Gebeten oder okkulten, spirituellen Handlungen zu heilen versucht (vgl. PSCHYREMBEL, 2006). Es wird behauptet, dass auch nur mittels Vorstellungskraft Fernheilungen stattfinden können.

### **GEISTHEILUNG**

Bei dieser spirituellen Form von Heilung durch Handauflegen oder Fernheilung wird ein so genannter Geistheilender, der sich als Medium oder Vermittler magischer, kosmischer Kräfte betrachtet, eingesetzt. Beispiele dafür sind Reiki oder Prana Healing (vgl. PSCHYREMBEL, 2006).

Geistheilung durch beten, beschwören und durch das Tragen von Amuletten, kann als begleitende Heilmaßnahme bei Erkrankungen eingesetzt werden, sofern der Patient darauf reflektiert (vgl. STÖHR, 2001).

### **HANDAUFLEGEN**

Berührung und zärtlicher Zuwendung werden heilende Funktion nachgesagt (vgl. PSCHYREMBEL, 2006).

### **HEILER**

Darunter versteht man eine ethnomedizinische Person, die sich mit Heilbehandlungen beschäftigt. Gegenüber dem Laien gilt der Heiler als so genannter Experte bzw. Wissender, der aber nicht wie ein Schamane oder Mediziner kulturbedingt agiert. Diese im deutschsprachigen Raum eher abwertende Bezeichnung wird für Ausübende nicht wissenschaftlich fundierte Heilpraktiken verwendet (vgl. PSCHYREMBEL, 2006; BROCKHAUS, 2008).

## **KORRELATION**

Die Korrelation ist ein statistisches Maß für den linearen Zusammenhang zweier Merkmale. Bei einer hohen Korrelation zwischen zwei Variablen A und B erwartet man, dass bei hoher Ausprägung von A auch B stark ausgeprägt ist. Die Korrelation wird mit dem Symbol "r" bezeichnet und liegt immer zwischen -1 und 1. "0" heißt, die Verteilungen der Variablen sind unabhängig voneinander, "1" bedeutet, die Merkmale treten immer in gleichem Masse auf und bei  $r=-1$  unterscheiden sich die Werte von A und B nur durch das Vorzeichen. In der Praxis sind solch extreme Werte nur bei trivialen Zusammenhängen zu finden, eine Korrelation von +/- .60 ist schon sehr hoch (vgl. BORTZ/DÖRING, 2006)

## **MEDIKALISIERUNG**

Darunter ist ein gesellschaftlicher Wandlungsprozess zu verstehen, durch den der naturwissenschaftlichen Medizin beinahe ein Monopol bei der Deutung von Gesundheit und Krankheit und bei der ärztlichen Versorgung zugekommen wäre. Aufgrund der Medikalisierung kam es zu einem Bedeutungsverlust der Religion sowie zu einer Verdrängung von Heilpraktikern, die als Scharlatane bezeichnet wurden. Weiters zeigte diese Entwicklung auch epidemiologische Veränderungen, nämlich weniger infektionsbedingte und mehr chronisch-degenerative Erkrankungen. Die Medikalisierung, gesehen als medizinische Vergesellschaftung, die sich um die Bedürfnisse der Patienten annahm, begann im 18. Jahrhundert und galt in Frankreich als „Geburt der Klinik“ und in Deutschland als „medizinische Policy“. Doch Kritiker beklagen die Gefahr für die Gesundheit durch die Medikalisierung, die weltweit noch weiter fortschreiten wird (vgl. FOUCAULT, 2008).

## **OKKULISMUS**

Darunter ist die Beschäftigung mit geheimen, übersinnlichen, nicht sichtbaren Dingen zu verstehen, die bei telepathischen Prozessen, der astrologischen Medizin, aber auch beim Pendeln und der Geistheilung eingesetzt werden (vgl. PSCHYREMBEL, 2006).

## **ORTHO-BIONOMY**

Diese eigenständige Form der weichen Manuellen Therapie wurde von einem anglo-amerikanischen Osteopathen, Dr. Arthur Lincoln Pauls, begründet, die sich nicht

gegen körperliche Veränderungen einsetzt, sondern die Genesung der Patienten durch die Unterstützung der Selbstregulationsprozesse fördert. Sie arbeitet mit sanften Berührungen und Bewegungen bzw. manuellen Techniken sowie der für den Patienten richtigen Lagerung gemäß dem Leitsatz „nie gegen das vorliegende Symptom, sondern immer in die Richtung der freien, schmerzlosen Bewegung“ (BROCKHAUS, 2008, S. 84). Durch die schmerzfreie Lagerung bzw. Positionierung des gesamten Körpers oder einzelner Körperteile (Kopf, Gliedmaßen), die der Patient als entspannend und Stressreduzierend empfindet, findet eine Reorganisation des Organismus statt (vgl. BROCKHAUS, 2008).

Ortho-Bionomy (Bionomy = „den Regeln des Lebens folgend“) wird bei funktionellen Störungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie bei psychosomatischen Erkrankungen und zur Behandlung der inneren Organe oder des kraniosakralen Systems eingesetzt (vgl. WEBER, 2001).

## **PENDELN**

Es handelt sich hierbei um ein wissenschaftlich unerforschtes und als spekulativ betrachtetes Verfahren, bei dem ein Pendel (starrer Körper an einer kurzen Kette), das eine sensible Person in einer Hand hält, beim Aufsuchen von Störfeldern der Umwelt und des Körpers eingesetzt wird. Weiters wird es zur Testung von Medikamenten, Lebensmittel etc. eingesetzt. Die Pendelbewegung wird als Antwort auf die gestellte Frage vom Anwender gedeutet (vgl. PSCHYREMBEL, 2006).

## **PRANA HEALING**

(prana = Lebensenergie)

Darunter versteht man eine Behandlungsmethode, die 1987 von einem Filipino namens Chao Kok Sui entwickelt wurde und die besagt, dass falsche Ernährung, Stress oder negative Emotionen Störungen im menschlichen Körper in Form von Krankheitsbildern auslösen können. Diese Störungen glaubt der Erfinder dieser Methode im unsichtbaren Aurafeld (Energiefeld) des Menschen zu sehen. Diese berührungslose Behandlung erfolgt durch wischende Handbewegung über dem Körper des Patienten und soll frische Lebensenergie durch die kanalisierende Funktion des Heilers in die erkrankten Bereiche des Patienten lenken (vgl. BROCKHAUS, 2008).

## **RANGVARIANZANALYSE nach KRUSKAL-WALLIS**

Die Rangvarianzanalyse ist ein verteilungsfreier Test für den Vergleich der zentralen Tendenz von mehr als zwei unabhängigen Stichproben (vgl. BORTZ, 1990).

## **REIKI**

Unter Reiki („universale Lebensenergie“) versteht man eine 2500 Jahre alte japanische Heilkunst, mit der durch Handauflegen auf bestimmte Körperstellen (Energiezentren, Chakren) dem Körper revitalisierende Energien zugefügt werden sollen. Es wird ihr eine positive Wirkung auf Körper, Geist und Seele nachgesagt. Diese nicht wissenschaftlich bewiesene Methode soll zur Steigerung des Wohlbefindens und der Prävention, aber auch bei der Behandlung von Krankheiten dienen. Sie arbeitet so wie viele alternative Heilverfahren nach dem Prinzip der Selbstheilungskräfte, die ihrer Meinung nur durch veränderte Denkstrukturen aktiviert und im Krankheitsfall wirksam eingesetzt werden können (vgl. BROCKHAUS, 2008).

## **SCHAMANISMUS**

Ein Schamane versteht sich als Heiler bzw. religiöser Spezialist (kein Priester), dem hellseherische Fähigkeiten nachgesagt werden und der es als seine Aufgabe sieht, Krankheiten zu heilen, Unheil abzuwenden und die „kosmologische Ordnung“ wiederherzustellen. Er sieht sich als Mittler zwischen dem Diesseits und dem Jenseits, der im Rahmen einer spirituellen, tranceähnlichen Zeremonie versucht, die Seele des Kranken wiederzuholen und in seinen Körper zurückführt. Das Interesse an dieser traditionellen, kultähnlichen Form alternativer Therapie nimmt in den westlichen Kulturkreisen seit einigen Jahren zu (vgl. BROCKHAUS, 2008; vgl. SCHWEIGER, 2003).

## **SCHRÖPFEN**

Unter Schröpfen versteht man ein seit der Antike bestehendes Heilverfahren, bei dem mithilfe einer gläsernen, leicht erwärmten Schröpfglocke Muskelverspannungen gelöst werden sollen. Mittels Unterdruck auf die Haut (angewendet am Rücken oder im Schulterbereich) wird das Blut-, Lymph- und Immunsystem stimuliert (ab- oder ausleitend) und die krankmachende „materia peccans“ entfernt (vgl. PSCHYREMBEL, 2006).

## **SIGNATURENLEHRE**

Diese Lehre von den Zeichen in der Natur beruht auf der Grundannahme, dass bestimmte Charaktermerkmale eines Stoffes oder einer Pflanze, deren Farbe, Geruch, Form oder Lebensdauer, auf ihre Heilwirkung hinweisen würden. Da z. B. die Walnuss die Form eines Gehirns hat, setzte man sie bei Erkrankungen des Kopfes bzw. des Gehirns ein. Sie fand bereits im Altertum breite Anwendung, wurde aber in schriftlicher Form erst durch Paracelsus (1493-1541) bekannt (vgl. SCHWEIGER 2005).

## **SPAGYRIK**

Die Verarbeitung pflanzlicher Heilmittel funktioniert nach dem Prinzip, dass in der Pflanze Körper, Geist und Seele erhalten bleiben. Zuerst wird die Pflanze vergärt, d.h. mit Alkohol abdestilliert (Geist) und dann der Pflanzensaft verascht (Seele). In der Tinktur selbst werden die durch Trennung gereinigten Prinzipien durch Zirkulation wieder zusammengeführt. Durch diesen Vorgang, in den astrologische Einflüsse integriert werden, wird die Wirkung des pflanzlichen Heilmittels potenziert. Ihre Wirksamkeit ist wissenschaftlich nicht belegt (vgl. PSCHYREMBEL, 2006).

## **U-TEST**

Der U-Test ist ein verteilungsfreier Test für den Vergleich der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben. Der U-Test ist somit das parameterfreie Verfahren zum t-Test. Die Voraussetzung für die Berechnung dieses Tests ist mindestens ein Ordinalskalenniveau der abhängigen Variablen und ein Nominalskalenniveau der unabhängigen Variablen (vgl. BORTZ, 1990).

## **VARIANZANALYSE**

Die Varianzanalyse ist eine Verallgemeinerung des t-Tests, das bedeutet, es wird die Fragestellung untersucht, ob zwei oder mehrere Mittelwerte von Teilstichproben aus der gleichen Grundgesamtheit stammen. Sie ist sowohl „unvariat“ als auch „multivariat“ einsetzbar. Auch die Anzahl der unabhängigen Variablen ist theoretisch nicht begrenzt. Bei signifikanten Ergebnissen der Varianzanalyse besteht die Möglichkeit, anschließende Post Hoc Tests durchzuführen. Dabei handelt es sich um multiple Paarvergleiche, mit denen untersucht werden kann, welche Paare von Teilstichproben signifikante Mittelwerte aufweisen. Die Voraussetzungen zum

Verwenden der Varianzanalyse sind ein metrisches Skalenniveau der abhängigen Variablen, Normalverteilung der abhängigen Variablen und Varianzhomogenität in den Ausprägungen der unabhängigen Variablen. Bei  $n > 30$  kann Normalverteilung vorausgesetzt werden (vgl. BORTZ/DÖRING, 2006).

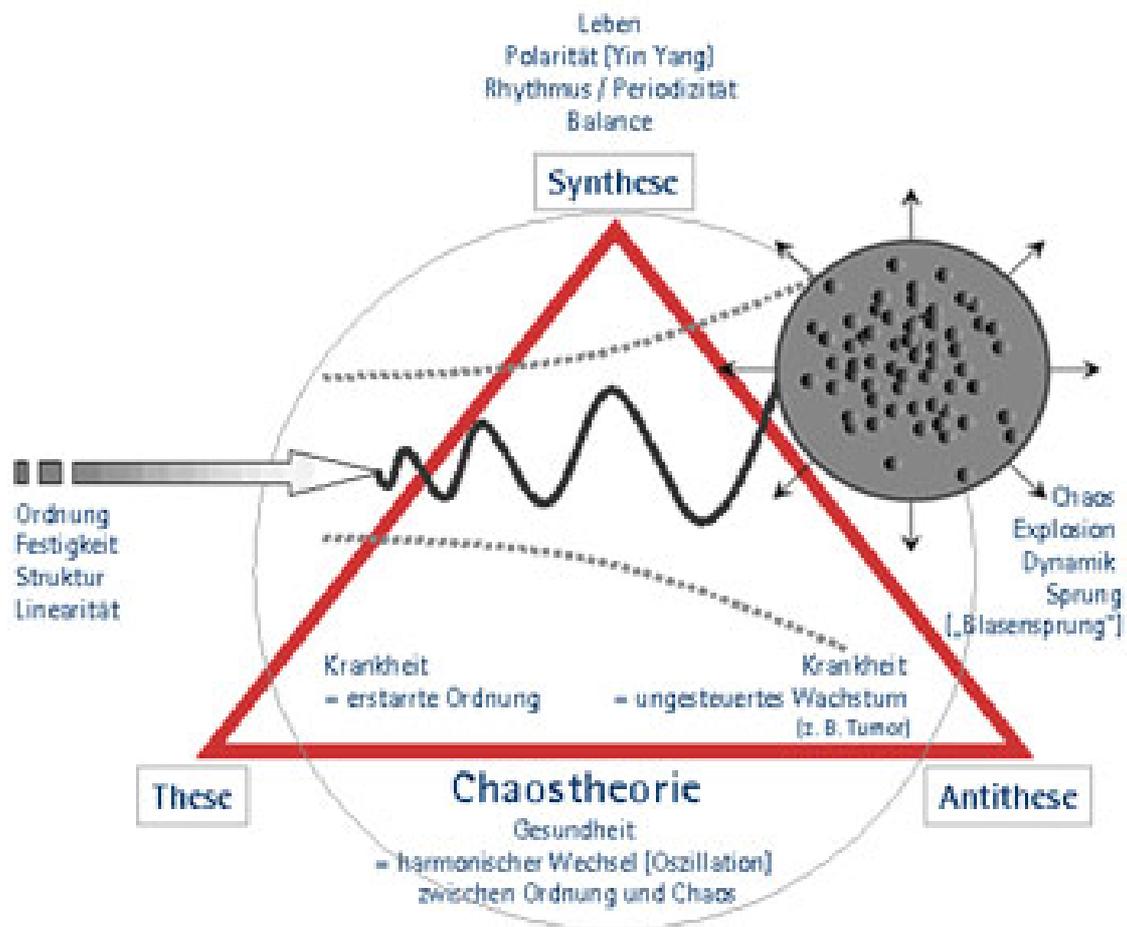
## **YIN/YANG**

Die polaren Begriffe, die weder als Substanzen noch als Kräfte zu verstehen sind, sondern als Lebenskräfte, die einander ergänzen und gleichzeitig sich widersprechen, kommen aus der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) und gelten als Leitkriterien für deren Anamnese. Sie bestimmen im Taoismus die Ordnung des Universums und stehen bei einem gesunden Menschen in einem harmonischen Gleichgewicht. Yin wird für die Bezeichnung von weiblich, passiv, kalt, innen etc. verwendet und Yang für männlich, aktiv, warm, außen etc. Auf den Körper bezogen steht Yin für den Unterkörper, das Körperinnere und die Körpervorderseite, Yang für den Oberkörper, die Körperoberfläche und die Körperhinterseite. Die TCM besagt, dass bei völliger Trennung von Yin und Yang die organischen Aktivitäten eingestellt werden und der Tod absehbar ist (vgl. PSCHYREMBEL, 2006).

## 8.2 Abbildungen zur Theorie

### 8.2.1 Ordnung – Chaos. Das Denkmodell der Quantenlogik

(DORSCHNER, 2004, [http](http://))



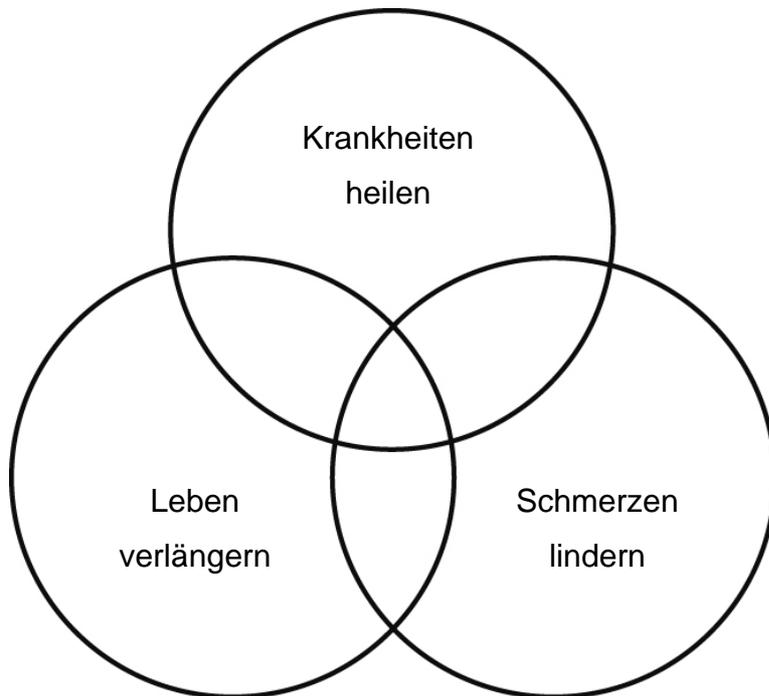
## 8.2.2 Merkmale des Maschinenparadigmas in der Medizin

(UNGER, 2007, S. 82)

Merkmale	Erläuterungen
1. Algorithmisch	„Wenn-dann“-Zusammenhänge Transparente Handlungsanweisungen
2. Reparativ	Präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen kommen nicht in den Blick
3. Kurzfristig	In einem engen Zeitfenster werden häufig Symptome behandelt
4. Reduktionistisch	Mentale und psychische Vorgänge werden auf körperliche reduziert
5. Technologisch	Neue Technologien garantieren, dass die Medizin „modern“ bleibt, ohne dass das Paradigma selbst in Frage gestellt werden muss

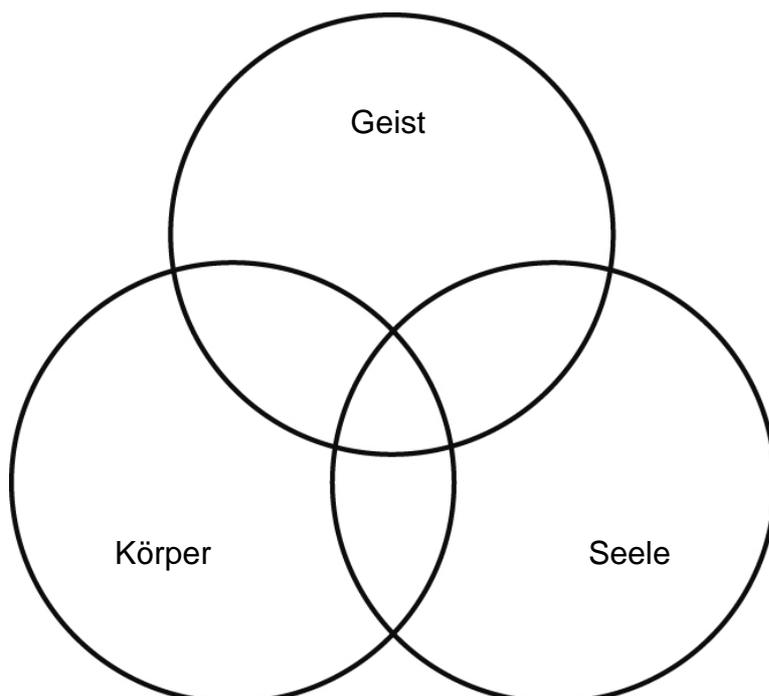
### 8.2.3 Hippokratische Trias des ärztlichen Mandats

(UNGER, 2007, S. 77)



### 8.2.4 Die Körper-Geist-Seele-Einheit, das Wesen des Menschen

(UNGER, 2007, S. 10)



## 8.2.5 Klassifizierung komplementärmedizinischer Therapieverfahren

(KÖNTOPP, 2004, S. 23ff)

### (1) Klassische Naturheilverfahren

<b>Klassische Naturheilverfahren</b>	
Hydrotherapie	Kneipp'sche Güsse
Thermotherapie	Systemische Überwärmung, Fiebertherapie
Elektrotherapie	Reizstromtherapie
Klimatherapie	Thalassotheapie
Balneotherapie	Heilquellen, Heilgase
Bewegungstherapie	Massagen, Krankengymnastik
Ernährungstherapie	Heilfasten, Umstimmungsdiäten
	Ordnungstherapie, Hygiene, Gesundheitspädagogik, künstlerische Therapien, körperorientierte Psychotherapie

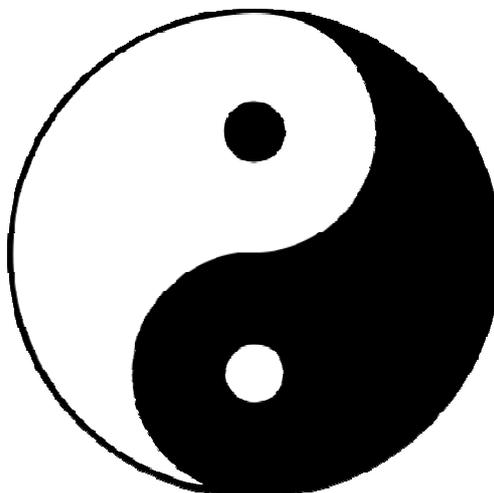
### (2) Unkonventionelle medizinische Verfahren

<b>Ganzheitlich medizinische Therapieverfahren</b>	
Anthroposophie	Eurhythmie, Bothmer Gymnastik, Klangtherapie
Ayurveda	Ölguss
Homöopathie	
Trad. Chines. Medizin	Akupunktur, Akupressur, Moxabustion
<b>Alternative physikalische Therapieverfahren</b>	
Bewegungstherapien	Reittherapie, Alexandertechnik
Chirotherapie	
Magnetfeldtherapie	
Massagen	Fußreflexzonenmassage, Shiatsu, Massage nach Breuß
Osteopathie	
<b>Diagnostische Therapieverfahren</b>	
Elektroakupunktur nach Voll (EAV)	
Haarmineralanalyse	
Irisdiagnose	
Kinesiologie	
Radiästhesie	Pendeln, Biotensor
<b>Religiös-spirituelle Therapieverfahren</b>	
Geistheilung	Gesundbeten, Reiki, Schamanismus
Meditation	
<b>Psychotherapeut. Therapieverfahren &amp; Selbsterfahrung</b>	
Entspannungsverfahren	Autogenes Training, Qi Gong, Feldenkrais, Progressive Relaxation nach Jacobsen, Yoga
Ergänzende Psychotherapien	Tanz-, Musik-, Kunst-, Bibliothherapie
Hypnosetherapie	
Neurolinguistisches Programmieren (NLP)	
Psycho-Kinesiologie	

Selbsterfahrung	Meditation, Bioenergetik, Synergetiktherapie, Reinkarnationstherapie
<b>Spezielle unkonventionelle Therapieverfahren</b>	
Aromatherapie Atemtherapie Biochemische Therapien Bioresonanztherapie Blüten-Therapie Edelstein-Therapie Ernährungstherapien  Humoraltherapie & ausleitende Therapien  Hydrocolontherapie Immun- & Umstimmungstherapien  Neuraltherapie nach Hunecke Ozontherapie & Radionik Ozon- und Sauerstofftherapien  Phytotherapie*	Schüsslersalze  Bachblüten, Orchideen Essenzen  Heilfasten nach Buchinger, F.X. Mayr- Kur, Rotationsdiät, Blutgruppendiät Schröpfen, Blutegelbehandlung, Aderlass, Baunscheidtieren  Eigenbluttherapie, Urintherapie, Misteltherapie, Symbioselenkung  Hämatogene Oxidationstherapie (H.O.T.), Sauerstofftherapie nach Ardenne
*)die Phytotherapie wird häufig zu den klassischen Naturheilverfahren gezählt	

### 8.2.6 Taiji – das „individuelle“ Symbol für Yin und Yang

[http://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Yin\\_yang.svg](http://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Yin_yang.svg) [Stand: 12.2.2009]



### 8.2.7 Kriterien für die Unterscheidung medizinischer Richtungen

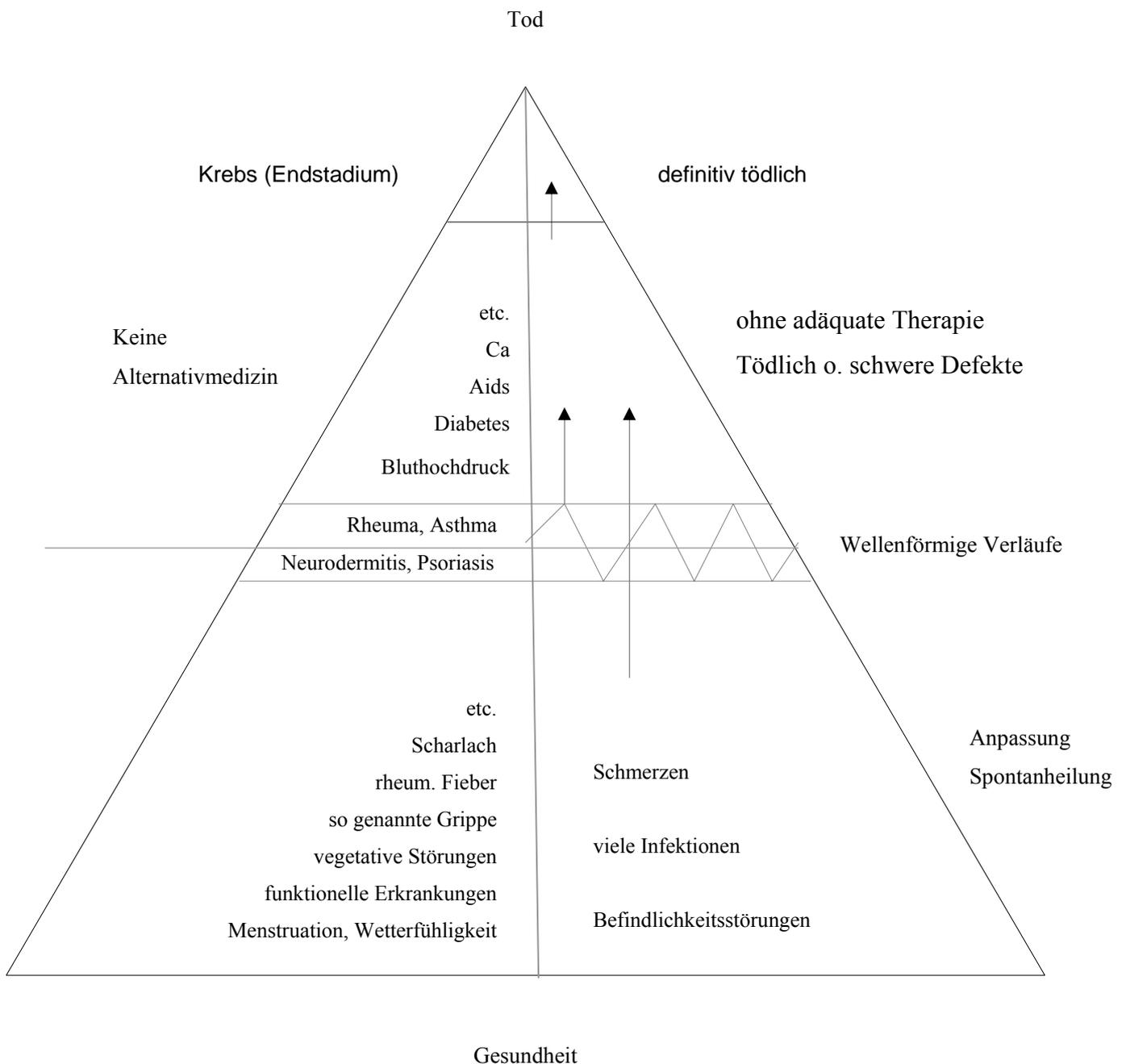
(KRATKY, 2003, S. 23)

*In der linken Spalte ist eher die Alternativ-/Komplementärmedizin, in der rechten eher die Schulmedizin vertreten.*

Individuell Subjektiv Einmalig (Einzelschicksal) Befindlichkeit	Generell Objektiv Reproduzierbar (Statistik) Befund
Überinterpretieren, Konstruieren („Aberglaube“) Falsche Hoffnung Zufall und Placebo nützen Symptom, Syndrom, Disharmoniemuster Analog, parallel	Vernachlässigen von Hinweisen („harte Fakten“) Falsche Hoffnungslosigkeit Zufall und Placebo negieren bzw. ausschalten Eigentliche Ursache Kausal, sequentiell (Wirksubstanz)
Kranke Person Fokus innen (Immunsystem) Verantwortung des Patienten Selbstheilungskräfte, -regulation	Krankheit Fokus außen („Feind“) Verantwortung des Arztes Arzt als Macher
Abwarten, (zu)lassen ... passiv Medizin weitgehend unverändert Humoralpathologie, ‚Säftelehre‘ Energie	Handeln, tun ... aktiv Rascher Fortschritt der Methoden Solidar-, Zellularpathologie Materie

## 8.2.8 Indikationspyramide für die alternative Medizin

(SCHWEIGER, 2005, S. 151)



Die Basis der Pyramide bildet die Gesundheit, die Spitze den Tod. Im unteren Teil der Pyramide sind Krankheiten aufgelistet, die durch Spontanheilung bewältigbar sind. Der obere Bereich verkörpert Erkrankungen, die ohne medizinische Betreuung schwere Folgeerscheinungen oder Defekte verursachen oder zu Tod führen können. Mit den Pfeilen wird verdeutlicht, dass auch so genannte Bagatellerkrankungen ausgeprägten Charakter zeigen können.

### 8.2.9 Ursachen einer gestörten Arzt-Patienten-Beziehung

(STÖHR, 2001, S. 50)

#### Von Seiten des Arztes:

- fachliche Mängel
- fehlendes Einfühlungsvermögen
- verbale Kommunikation in Fachchinesisch
- Zeitdruck (Spritz-Minuten statt Sprech-Stunden)
- organzentrierte statt ganzheitliche Sichtweise
- Übermaß an Technik und Labordiagnostik
- Unfähigkeit, mit Misserfolgen umzugehen

#### Von Seiten des Patienten:

- Misstrauen gegenüber dem Arzt
- Unzuverlässigkeit in der Befolgung des Therapieplans
- fehlende aktive Beteiligung am Heilungsprozess
- Fortführung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen
- Bagatellisierung oder Überbewertung der Krankheit
- Krankheitsgewinn (finanzieller und emotionaler Art)
- Ständiger Arztwechsel

### 8.2.10 Indikationen für Naturheilverfahren

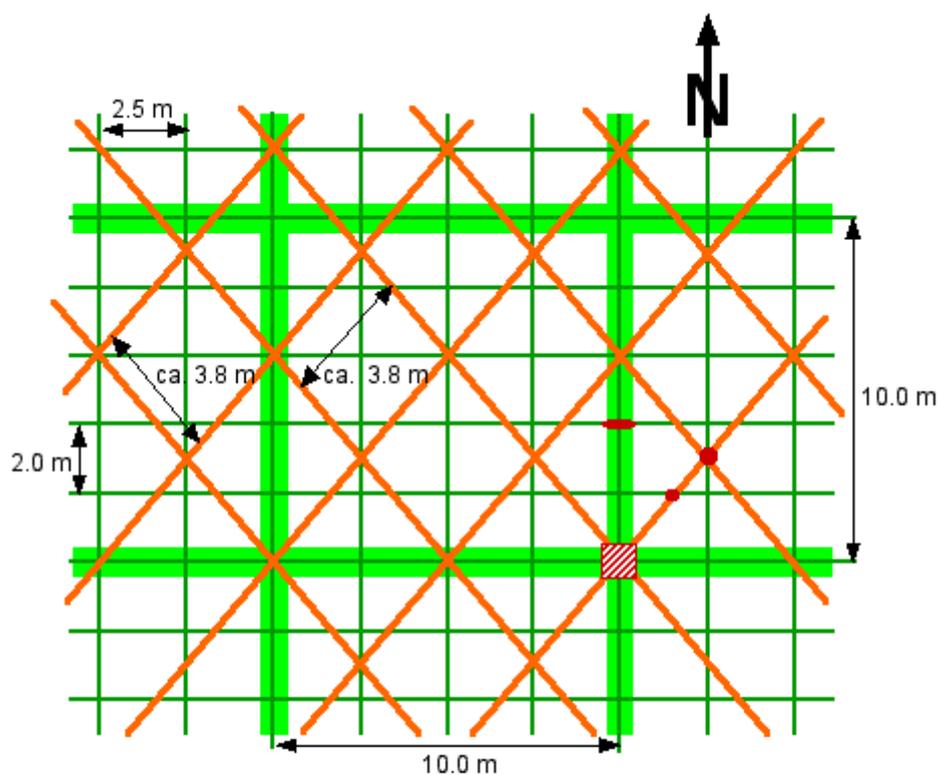
(STÖHR, 2001, S. 197)

Verfahren	Indikationen (Auswahl)
Klima- und Heliotherapie Hydro- und Balneotherapie Physiotherapie Ausdauertraining Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Yoga usw.)	Pollinosen, saisonale Depressionen, Erschöpfungszustände Abhärtung, vegetative Stabilisierung, lokalisierte Schmerzen (Wickel und Packungen) Bandscheibenerkrankungen („Rückenschule“), Parkinson-Syndrom, Lähmung (z.B. nach Schlaganfall), M. Bechterew Bluthochdruck, arterielle Verschlusskrankheit der Beine, koronare Hererkrankungen, vegetative Funktionsstörungen Stress, Schlaflosigkeit, Spannungskopfschmerzen

## 8.2.11 Schematische Darstellung der Netzgitter

(GLOOR, 2009, http)

### Schematische Darstellung der Netzgitter



#### Legende

-  Hartmann - Netz (Global-Netzgitter)
-  10 m Linie (Benker - Kuben / - Streifen)  
sind kongruent zum Global-Netzgitter
-  Diagonal - Gitter (Curry / Wittmann - Netzgitter)
-  Solche Kreuzungspunkte  
sollten als Schlaf- und Ruheplätze gemieden werden !

### 8.3 Abbildungen zur Empirie

Abbildung 1: Schulbildung, gesamte Stichprobe (in absoluten Häufigkeiten und Prozent) .....	164
Abbildung 2: Gesundheitszustand (Zufriedenheit), Arzt-Patienten-Beziehung (Wichtigkeit), Faktor Zeit (Wichtigkeit) und Erfahrung mit Schulmedizin, gesamte Stichprobe .....	166
Abbildung 3: Was wird an der Schulmedizin geschätzt, gesamte Stichprobe (in Prozent) .....	167
Abbildung 4: Clusterlösung für Wertschätzung der Schulmedizin .....	168
Abbildung 5: Geschlecht, getrennt nach Wertschätzungscluster Schulmedizin.....	169
Abbildung 6: Altersverteilung nach Wertschätzung der Schulmedizin-Cluster.....	169
Abbildung 7: Boxplot von Schulbildung und Einkommen,.....	170
Abbildung 8: Inanspruchnahme der Schulmedizin.....	171
Abbildung 9: Boxplot Inanspruchnahme schulmedizinischer BM,.....	172
Abbildung 10: Mittelwerte der Einstellung zu alternativmedizinischen BM, .....	174
Abbildung 11: Mittelwerte der Kenntnisse über alternativmedizinische BM,.....	176
Abbildung 12: Anzahl der kennen gelernten Methoden, gesamte Stichprobe .....	179
Abbildung 13: Mittelwerte der Anzahl bereits kennen gelernter alternativmedizinischer BM, getrennt nach Cluster der Wertschätzung gegenüber Schulmedizin.....	181
Abbildung 14: In Anspruch genommene Methoden, gesamte Stichprobe (in Prozent) .....	182
Abbildung 15: Ergebnis der Clusteranalyse der genutzten Methoden (in Prozent)..	183
Abbildung 16: Geschlecht, getrennt nach Anwendungscluster.....	183
Abbildung 17: Anwendercluster und Ausbildung .....	184
Abbildung 18: Faktor Zeit, Arzt-Patienten-Beziehung und die Erfahrung mit der Schulmedizin, getrennt nach Anwenderclustern.....	185
Abbildung 19: Zusammenhang von Cluster nach Wertschätzung der Schulmedizin und Cluster der Anwender alternativmedizinischer BM .....	186

Abbildung 20: Zusammenhang von Inanspruchnahme schulmedizinischer BM und Anwendercluster.....	187
Abbildung 21: Einstellung und Kenntnisse bezüglich alternativmedizinischer BM,..	187
Abbildung 22: Boxplot Anzahl alternativmedizinischer BM, getrennt nach Anwenderclustern; (1=1-Mal; 2=2-5-Mal; 3=6-10-Mal; 4=11-20-Mal, 5=21-30-Mal, 6=> 30-Mal) .....	188
Abbildung 23: Beurteilung der Wirksamkeit .....	189
Abbildung 24: Vergleich der Bewertungen über die Wirksamkeit alternativmedizinischer BM, getrennt, ob entsprechende Methode bereits angewendet wurde oder nicht.....	190
Abbildung 25: Bewertung alternativmedizinischer BM,.....	192
Abbildung 26: Mittelwerte der Bewertung alternativmedizinischer BM, .....	194
Abbildung 27: Einschätzung der Alternativmediziner.....	195
Abbildung 28: Beurteilung der Alternativmediziner, getrennt nach Geschlecht .....	195
Abbildung 29: Bewertung der Alternativmediziner, getrennt nach Anwendertypen .	197
Abbildung 30: Erkrankungen und Gründe für die Anwendung alternativmedizinischer BM .....	198
Abbildung 31: Clusterbildung nach Motiven für Anwendung.....	198
Abbildung 32: Zusammenhang von Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme der Schulmedizin und der Motivcluster für eine alternativmedizinische Behandlung .....	199
Abbildung 33: Mittelwerte von Einstellung und Kenntnis, getrennt nach Motivclustern .....	200
Abbildung 34: Verbindung der Cluster von Motiven und Anwendungen.....	201
Abbildung 35: Bewertung der Wirksamkeit und Motivcluster .....	202
Abbildung 36: Gründe für die Inanspruchnahme alternativmedizinischer BM.....	203
Abbildung 37: Clusterlösung Gründe für die Inanspruchnahme der Alternativmedizin .....	204
Abbildung 38: Zusammenhang von Gründen für die Inanspruchnahme der Alternativmedizin (Cluster) und Schulbildung .....	204

Abbildung 39: Anwendercluster und Cluster für Gründe der Inanspruchnahme .....	205
Abbildung 40: Wirkung der Alternativmedizin, getrennt nach Gründen für Anwendung .....	206
Abbildung 41: Zusammenhang von Motivcluster und Gründen der Inanspruchnahme .....	207
Abbildung 42: Erwartung an Alternativmedizin .....	207
Abbildung 43: Gruppierung nach Erwartungen.....	208
Abbildung 44: Anwendung bei einer bösartigen Erkrankung .....	209
Abbildung 45: Erfolg einer Behandlung und Anwendertypen (Cluster).....	211
Abbildung 46: Erfolg und Motive für Behandlung.....	212
Abbildung 47: Informationsquellen über Alternativmedizin .....	212
Abbildung 48: Wichtigkeit der Überprüfbarkeit, zukünftige Bedeutung der Alternativmedizin .....	214
Abbildung 49: Boxplot Zahlungsbereitschaft und Anwendertypen.....	215
Abbildung 50: Boxplot Zahlungsbereitschaft und gesundheitliche Gründe für alternativmedizinische Behandlung .....	216
Abbildung 51: Boxplot Zahlungsbereitschaft und Gründe für Alternativmedizin .....	217

#### **8.4 Tabellen zur Empirie**

Tabelle 1: Einkommen, gesamte Stichprobe (in absoluten Häufigkeiten und Prozent) .....	165
Tabelle 2: Erwerbstätigkeit, gesamte Stichprobe (in absoluten Häufigkeiten und Prozent).....	165
Tabelle 3: Korrelationen von Alter, Bildung und Einkommen mit Bewertung des Gesundheitszustandes, der Wichtigkeit der Arzt-Patienten-Beziehung und des Faktors Zeit sowie mit Erfahrungen mit der Schulmedizin (Berechnung nach Spearman).....	167

Tabelle 4: Korrelationen zwischen Inanspruchnahme schulmedizinischer BM und Alter, Schulbildung und Einkommen.....	171
Tabelle 5: Korrelationen zwischen Inanspruchnahme der Schulmedizin und Zufriedenheit mit Gesundheitszustand, Wichtigkeit des Faktors Zeit und der Arzt-Patienten-Beziehung sowie der Erfahrung mit der Schulmedizin .....	172
Tabelle 6: Korrelation von Einstellung zu alternativmedizinischen BM und Alter, Bildung und Einkommen.....	173
Tabelle 7: Korrelation von Einstellung zu alternativmedizinischen BM und Zufriedenheit mit Gesundheitszustand, der Wichtigkeit des Faktors Zeit und der Arzt-Patienten-Beziehung sowie der Erfahrung mit der Schulmedizin .....	173
Tabelle 8: Korrelation von Kenntnisstand über alternativmedizinische BM und Alter, Einkommen und Bildung.....	175
Tabelle 9: Korrelation von Kenntnisstand über alternativmedizinische BM und Zufriedenheit mit Gesundheitszustand, Wichtigkeit des Faktors Zeit und der Arzt-Patienten-Beziehung sowie der Erfahrung mit der Schulmedizin .....	176
Tabelle 10: Häufigkeit der Behandlung bei Alternativmedizinern.....	177
Tabelle 11: Korrelation von Alter, Ausbildung und Einkommen mit Anzahl alternativmedizinischer BM.....	178
Tabelle 12: Korrelation von Anzahl konsumierter alternativmedizinischer BM mit Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme schulmedizinischer BM, der Einstellung und Kenntnis über alternativmedizinische BM .....	179
Tabelle 13: Bewertung alternativmedizinischer BM, getrennt nach Geschlecht .	190
Tabelle 14: Beschreibung der Probanden, die ausschließlich alternativmedizinische BM bei bösartigen Erkrankungen in Anspruch nehmen nach den Parametern Geschlecht, Ausbildung, Anwendertypen und Motivcluster und Erwartungen an die Alternativmedizin .....	210
Tabelle 15: Verbesserung des Gesundheitszustandes. ....	210
Tabelle 16: Honorar für eine alternativmedizinische Behandlung.....	214

## 8.5 Der Fragebogen

# F R A G E B O G E N

zum Thema  
„Schulmedizin und Alternativmedizin“

**Haben Sie bereits Erfahrungen mit alternativmedizinischen Methoden\*  
gemacht?**

**wenn ja, dann füllen Sie bitte diesen Fragebogen vollständig aus,  
wenn nein, dann geben Sie bitte diesen Fragebogen unausgefüllt zurück.**

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten!

Seit einigen Jahren liegen alternativmedizinische Methoden stark im Trend.

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung an der Universität Wien möchte ich erheben, wer mit welcher Begründung und Erwartungshaltung alternativmedizinische Behandlungsmethoden\* in Anspruch nimmt.

Darf ich Sie daher ersuchen, den vorliegenden Fragebogen, der ausschließlich für Forschungszwecke verwendet wird, vollständig auszufüllen und ihn in die dafür vorgesehene Box einzuwerfen bzw. der zuständigen Person abzugeben.

Bitte bedenken Sie, dass es keine "richtigen" und "falschen" Antworten gibt. Es ist Ihre Meinung, die zählt! Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt. Ihre Identität bleibt geheim!

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an dieser Umfrage teilzunehmen.

**\*Alternativmedizinische Methoden:**

Akupressur, Akupunkt-Meridian-Massage, Akupunktur, Anthroposophische Medizin, Ayurveda, Bachblütentherapie, Bioresonanz-Therapie, Chiropraktik, Cranio-Sacrale-Therapie, Farbtherapie, Familientherapie, Feldenkraismethode, Fuß-Reflexzonen-Massage, Homöopathie, Hypnosetherapie, Kinesiologie, Klangtherapie, Magnetfeldtherapie, Misteltherapie, Moxen, Neuraltherapie, Ohr-Akupunktur, Ortho-Bionomy, Osteopathie, Prana-Healing, Radionik, Rebalancing, Reiki, Rolfing, Schamanismus, Shiatsu, Spagyrik, Schröpfen, Tanztherapie, Trad. Chinesische Medizin (TCM), etc.

## FRAGEBOGEN

### 1. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand?

(1 = sehr zufrieden.....5 = sehr unzufrieden) Bitte Zutreffendes ankreuzen!

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

### 2. Wie wichtig ist Ihnen eine gute Arzt-Patienten-Beziehung?

(1 = sehr wichtig.....5 = völlig unwichtig) Bitte Zutreffendes ankreuzen!

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

### 3. Wie wichtig ist Ihnen, dass sich die behandelnde Ärztin, der behandelnde Arzt Zeit für Sie nimmt?

(1 = sehr wichtig.....5 = völlig unwichtig) Bitte Zutreffendes ankreuzen!

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

### 4. Welche Erfahrungen haben Sie bis jetzt an sich selbst mit der Schulmedizin gemacht?

(1 = sehr gute.....5 = sehr schlechte) Bitte Zutreffendes ankreuzen!

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

### 5. An der Schulmedizin schätze ich (Bitte kreuzen Sie alle Antworten an, die auf Sie zutreffen!)

die wissenschaftliche Arbeit und Forschung

die diagnostischen Verfahren (Röntgen, Ultraschall, Computertomografie,...)

die Operationstechniken und -möglichkeiten

die medikamentösen Therapien

die fachlichen Spezialisierungen

die Ärztinnen und Ärzte

gar nichts

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 6. Schulmedizinische Behandlungsmethoden (Bitte kreuzen Sie eine Antwort an!)

nehme ich *ausschließlich* in Anspruch (keine alternativmedizinischen Behandlungsmethoden)

nehme ich *immer* zusätzlich zu alternativmedizinischen Behandlungsmethoden in Anspruch

nehme ich *gelegentlich* zusätzlich zu alternativmedizinischen Behandlungsmethoden in Anspruch

nehme ich nur *im äußersten Notfall* in Anspruch

nehme ich *gar nicht* in Anspruch

### 7. Was halten Sie generell von alternativmedizinischen Behandlungsmethoden?

(1 = sehr viel.....5 = gar nichts) Bitte Zutreffendes ankreuzen!

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**8. Wie gut sind Ihre Kenntnisse betreffend alternativmedizinischer Behandlungsmethoden?**

(1 = sehr gut.....5 = sehr schlecht) Bitte Zutreffendes ankreuzen!

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**9. Wie oft waren Sie bereits zur Behandlung bei einer Alternativmedizinerin, einem Alternativmediziner?**

1x             2-5x             6-10x             11-20x             21-30x             mehr als 30x

**10. Wie viele unterschiedliche alternativmedizinische Behandlungsmethoden haben Sie bereits selbst kennen gelernt?**

eine einzige             2-3             4-6             7-10             über 10

**11. Welche alternativmedizinischen Behandlungsmethoden haben Sie bereits in Anspruch genommen?**(Bitte kreuzen Sie alle Antworten an, die auf Sie zutreffen!)

- Akupunktur             Ayurveda             Bachblütentherapie     Bioresonanz-Therapie  
 Chiropraktik             Homöopathie             Kinesiologie             Ortho-Bionomy  
 Osteopathie             Reiki             Shiatsu             Trad. Chin. Medizin (TCM)

Oandere: \_\_\_\_\_

**12. Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit folgender alternativmedizinischer Behandlungsmethoden?**

(1 = sehr gut.....5 = sehr schlecht) Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Akupunktur	1	2	3	4	5	kenne ich nicht/ zu wenig
Homöopathie	1	2	3	4	5	kenne ich nicht/ zu wenig
Osteopathie	1	2	3	4	5	kenne ich nicht/ zu wenig
Trad. Chin. Medizin (TCM)	1	2	3	4	5	kenne ich nicht/ zu wenig
Bachblütentherapie	1	2	3	4	5	kenne ich nicht/ zu wenig
Ortho-Bionomy	1	2	3	4	5	kenne ich nicht/ zu wenig
Reiki	1	2	3	4	5	kenne ich nicht/ zu wenig
Shiatsu	1	2	3	4	5	kenne ich nicht/ zu wenig

**13. Was schätzen Sie an AlternativmedizinerInnen? (1 = sehr.....5 = gar nicht) Bitte Zutreffendes ankreuzen!**

fachliche Kompetenz	1	2	3	4	5
Einfühlungsvermögen	1	2	3	4	5
die Behandlungsatmosphäre	1	2	3	4	5
die Gesprächskultur	1	2	3	4	5

**14. Bei welchen Erkrankungen haben Sie bis jetzt alternativmedizinische Behandlungsmethoden in Anspruch genommen? (Bitte kreuzen Sie alle Antworten an, die auf Sie zutreffen!)**

- akute Erkrankung                       chronische Erkrankung                       schwere Erkrankung  
 leichte Erkrankung                       psychische Probleme                       für mein Wohlbefinden  
 psychosomatische Erkrankung                       aus anderen Gründen: \_\_\_\_\_

**15. Würden Sie im Falle einer bösartigen Erkrankung (bei Krebs, Tumoren etc.) ausgewählte alternativmedizinische Methoden in Anspruch nehmen?**

- ja, aber nur *in Ergänzung* zu schulmedizinischen Behandlungsmethoden  
 ja, *ausschließlich* alternativmedizinische Behandlungsmethoden  
 weiß nicht  
 nein

**16. Warum haben Sie bis jetzt alternativmedizinische Behandlungsmethoden in Anspruch genommen? (Bitte kreuzen Sie alle Antworten an, die auf Sie zutreffen!)**

- weil mir die Schulmedizin nicht helfen konnte  
 weil ich von der Schulmedizin nicht ernst genommen wurde  
 weil ich glaube, dass mir die Schulmedizin mehr schadet als nutzt  
 weil ich an die Wirkung der Alternativmedizin glaube  
 weil die Alternativmedizin weniger bzw. keine Nebenwirkungen hat  
 weil die Alternativmedizin ganzheitlich arbeitet  
 weil ich mich beim Alternativmediziner/bei der Alternativmedizinerin wohl/er fühle  
 weil mir die Alternativmedizin „Lebenshilfe“ geben kann  
 andere Gründe: \_\_\_\_\_

**17. Was erwarten Sie sich von der Inanspruchnahme alternativmedizinischer Behandlungsmethoden?**

(Bitte kreuzen Sie alle Antworten an, die auf Sie zutreffen!)

- Spontanheilung                       Heilung                       Linderung der Schmerzen                       Steigerung der Lebensqualität  
 gar nichts                       Sonstiges: \_\_\_\_\_

**18. Hat die Alternativmedizin zur Verbesserung Ihres Gesundheitszustandes beigetragen?**

(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)

- ja, immer                       meistens                       gelegentlich                       einmal                       selten                       nein

**19. Woher bekommen Sie Ihre Informationen über alternativmedizinische Behandlungsmethoden?**

(Bitte kreuzen Sie alle Antworten an, die auf Sie zutreffen!)

- aus Zeitungen/Zeitschriften                       aus Büchern                       aus TV/Radio  
 von Freunden/Bekanntem                       aus dem Internet                       vom Hausarzt/Facharzt  
 von Alternativmedizinerinnen                       andere/s: \_\_\_\_\_

**20. Wie wichtig wäre Ihnen, dass die Wirksamkeit alternativmedizinischer Behandlungsmethoden genauso streng überprüft wird wie die der schulmedizinischen Behandlungsmethoden?**

(1 = sehr wichtig.....5 = nicht wichtig) Bitte Zutreffendes ankreuzen!

1	2	3	4	5	weiß nicht
---	---	---	---	---	------------

**21. Die Bedeutung der Alternativmedizin wird im Vergleich zur Schulmedizin in Zukunft zunehmen.**

(1 = stimme völlig zu.....5 = stimme gar nicht zu) Bitte Zutreffendes ankreuzen!

1	2	3	4	5	weiß nicht
---	---	---	---	---	------------

**22. Welchen Betrag sind/wären Sie bereit für eine alternativmedizinische Behandlung (1 Stunde) zu zahlen?**

- unter € 30,-                       € 31 – 40,-                       € 41 – 50,-                       € 51 – 60,-                       € 61 – 70,-  
 € 71 – 80,-                       € 81 – 90,-                       € 91 – 100,-                       über € 100,-

**Angaben zu Ihrer Person:**

**VÖLLIG ANONYM!**

**23. Geschlecht:**                       weiblich                       männlich

**24. Ihr Alter:** \_\_\_\_\_ Jahre

**25. Ihr Familienstand:**

ledig/Single                       Lebensgemeinschaft                       verheiratet                       geschieden                       verwitwet

**26. Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung:**

Pflichtschule                       Berufsschule/Lehre                       Matura                       Universität/FH/Akademie

**27. Ihr durchschnittliches monatliches Netto-Einkommen:**

kein Einkommen                       unter € 1.000,-                       € 1.000 – 1.500,-                       € 1.501 – 2.000,-  
 € 2.001 – 2.500,-                       € 2.501 – 3.000,-                       über € 3.000,-

**28. Ihre derzeitige Tätigkeit:**

Vollzeit beschäftigt                       Teilzeit beschäftigt                       geringfügig beschäftigt                       arbeitslos  
 Hausfrau/mann                       SchülerIn/StudentIn                       in Karenz                       in Pension  
 Sonstiges

Vielen Dank!

## 8.6 Literatur- und Quellenangaben

### 8.6.1 Bücher

**ADENSAMER C.** (2004): Komplementärmedizin in Österreich. In: FRASS M. (2004): Grundlagen und Praxis komplementärmedizinischer Methoden. Facultas Verlag, Wien

**AHMANN M. et al** (2006): Die Versuchung, perfekt zu sein – Ein Gespräch. In: MAY A.T., SÖLING C. (Hg.) (2006): Gesundheit, Krankheit, Behinderung. Gottgewollt, naturgegeben oder gesellschaftlich bedingt? Bonifatius Verlag, Paderborn

**ANDRITZKY W.** (1997): Alternative Gesundheitskultur: eine Bestandsaufnahme mit Teilnehmerbefragung. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin

**ANTONOVSKY A.** (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 2. Auflage, Tübingen

**BAUCH J.** (2000): Medizinsoziologie. Oldenbourg Verlag, München

**BAUCH J.** (1996): Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. Juventa Verlag, Weinheim/München

**BECK A.** (2001): Einwirkung der Umwelt auf den Menschen – Auswirkungen auf die Medizin des 21. Jahrhunderts. Peter Lang Verlag, Bern

**BENGEL J.**(1993): Gesundheit, Risikowahrnehmung und Vorsorgeverhalten. Göttingen Verlag, Hogrefe

**BENNINGHOFF A./GOERTTLER K.** (1964): Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Urban und Schwarzenberg Verlag, München/Berlin

**BERNER-HÜRBIN A.** (2003): Hippokratischer Eid und antike Heilkunst. In: AUSFELD-HAFTER B. (Hg.) (2003): Der hippokratische Eid und die heutige Medizin. Peter Lang Verlag, Frankfurt

**BLÖCHL-DAUM B.** (2004): Wozu brauchen wir plazebokontrollierte Studien? In: FRASS M. (2004): Grundlagen und Praxis komplementärmedizinischer Methoden. Facultas Verlag, Wien

**BOCK K.D.** (1993): Wissenschaftliche und alternative Medizin. Springer Verlag, Berlin

**BONIAKOWSKY D. et al** (2005): Wirtschaftsfaktor Gesundheit. Prämierte Beiträge des BKK-Innovationspreises Gesundheit 2004. Mabuse Verlag, Frankfurt

**BORTZ J./DÖRING N.** (2006): Forschungsmethoden und Evaluation. für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Auflage, Springer Verlag, Berlin

**BORTZ J.** (2005): Statistik: Für Human- und Sozialwissenschaftler. 6. Auflage; Springer Verlag, Berlin

**BORTZ J. et al** (1990): Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. Springer Verlag, Berlin

**BÖSCH J.** (2002): Spirituelles Heilen und Schulmedizin. Eine Wissenschaft am Neuanfang. AT-Verlag, Bern

**BROCKHAUS** Alternative Medizin (2008). Heilsysteme, Diagnose- und Therapieformen, Arzneimittel. F.A. Brockhaus Verlag, Mannheim/Leipzig

**BROCKHAUS** Enzyklopädie (2006), Band 24, F.A. Brockhaus, Leipzig, Mannheim

**BUEHL A./ZOEFELE P.** (2004): SPSS 12. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. 9. Auflage; Pearson Studium. München

**BÜHRING M.** (1997): Naturheilkunde. Grundlagen, Anwendungen, Ziele. Beck Verlag, München

**BUSER K. et al** (2003): Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie. 5. Auflage, Urban & Fischer Verlag, veröffentlicht bei Elsevier

**CANT S./SHARMA U.(Hg.)** (1996): Complementary and Alternative Medicines: Knowledge in Practice. Free Association Books, London

**CURRY M.** (1978): Curry-Netz: das Reaktionsliniensystem als krankheitsauslösender Faktor, Herold Verlag, München-Söln

**DOLD U.W.** (2003): Rationaler Umgang mit Alternativmedizin. In: MÜNSTEDT K. (Hg.) (2003): Ratgeber Unkonventionelle Krebstherapien. Ecomed Verlagsgesellschaft Landsberg/Lech

**DÖRNER K.** (2001): Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Schattauer Verlag, Stuttgart

**DUDEK B./ZIMMERMANN B.** (2006): Aspekte des Wandels des Verständnisses von Gesundheit/Krankheit/Behinderung als Folge der modernen Medizin. In: MAY A.T., SÖLING C (Hg.) (2006): Gesundheit, Krankheit, Behinderung. Gottgewollt, naturgegeben oder gesellschaftlich bedingt? Bonifatius Verlag, Paderborn

**DÜRR H.P./POPP F.A.** (2000): Elemente des Lebens. Naturwissenschaftliche Zugänge – Philosophische Positionen. Die Graue Edition. SFG-Servicecenter Fachverlag, Kusterdingen

**ERNST E. et al** (2001): The Desktop Guide to Complementary and Alternative Medicine. An evidence-based Approach. Mosby Verlag, Harcourt Publishers Limited

**FEDERSPIEL K./HERBST V.** (1991): Die andere Medizin. Nutzen und Risiken sanfter Heilmethoden. Stiftung Warentest, Stuttgart

**FELDMANN K.** (2005): Soziologie kompakt. Eine Einführung, 3. Auflage, VS Verlag, Wien

**FEYERABEND P.** (1986): Wider den Methodenzwang (vormals „*Against Methods*“), Suhrkamp Verlag, Frankfurt

**FEYERABEND P.** (1981): Rückblick. In: DUERR H.P. (Hg.): Versuchungen – Aufsätze zur Philosophie Paul Feyerabends, zweiter Band, Frankfurt/Main

**FOUCAULT M.** (2008<sup>8</sup>): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt

**GEISSENDÖRFER J. et al** (2007): Basics Medizinische Psychologie und Soziologie. Urban & Fischer Verlag, bei veröffentlicht bei Elsevier

**GEORG J.** (2007): Physikalische und mentale Radiästhesie. Argos Verlag, Köln

**GODLEE F.** (2000): Clinical Evidence. Hans Huber Verlag, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle

**HANZL G.** (2003): Das neue medizinische Paradigma. Theorie und Praxis eines erweiterten wissenschaftlichen Konzepts. Haug Verlag, Stuttgart

**HARSIEBER R.** (1993): Jenseits der Schulmedizin. Der Mensch als vernetztes System. Eine Recherche. Edition Va Bene, Wien

**HARTMANN E.** (1967): Krankheit als Standortproblem, Haug Verlag, Stuttgart

**HEIDEGGER M.** (2006): Sein und Zeit. Max Niemeyer Verlag, Tübingen

**HEINE H.** (2001): Das System der Grundregulation als wissenschaftliche Grundlage einer Weiterentwicklung der biologischen Medizin. In: BECK A. (Hg.) (2001): Einwirkungen der Umwelt auf den Menschen – Auswirkungen auf die Medizin des 21. Jahrhunderts. Lang Verlag, Bern

**HESS C./HESS-CABALZAR A.** (2001): Menschenmedizin. Für eine kluge Heilkunst. Suhrkamp Verlag, Sinzheim

**HINZ A./DECKER O.** (Hg.) (2006): Gesundheit im gesellschaftlichen Wandel. Altersspezifik und Geschlechterrollen. Psychosozial Verlag, Giessen

**HONTSCHIK B.** (2006): Körper, Seele, Mensch. Versuch über die Kunst des Heilens. Suhrkamp Verlag, Frankfurt

**HORNUNG J.** (1996): Forschungsmethoden in der Komplementärmedizin: Über die Notwendigkeit einer methodologischen Erneuerung. Schattauer Verlag, Stuttgart

**JAKOB G.** (1973): Medizinisches Pendelbuch. Lorber & Turm Verlag, 4. Auflage, Bietigheim-Bissingen

**JÄNICKE C.** et al (2006): Alternativ heilen. Kompetenter Rat aus Wissenschaft und Praxis. Methoden, Anwendungen, Selbstbehandlung. Gräfe und Unzer Verlag, München

**JASPERS K.** (1999): Der Arzt im technischen Zeitalter. Piper Verlag, 2. Auflage, München/Zürich

**JENS W.** (1990): Kindlers neues Literatur Lexikon. Band 9. Kindler Verlag, München

**JORES A.** (1961): Die Medizin in der Krise unserer Zeit. Hans Huber Verlag, Bern/Stuttgart

**JÜTTE R.** (1996): Geschichte der Alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute. C. H. Beck Verlag, München

**KELNER M./WELLMAN B.** (2000): Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change. Laylor & Francis Ltd.,

**KIENE H.** (1996): Komplementärmedizin – Schulmedizin: der Wissenschaftsstreit am Ende des 20. Jahrhunderts. Schattauer Verlag, Stuttgart

**KÖBBERLING J.** (1998): Der Wissenschaft verpflichtet. In: KÖBBERLING J. (Hg.) Zeitfragen der Medizin. Springer Verlag, Berlin

**KOCH R.** (1917): Die ärztliche Diagnose. Beitrag zur Kenntnis des ärztlichen Denkens. Bergmann Verlag, Wiesbaden

**KOLIP P.** (2002): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Juventa Verlag, Weinheim/München

**KÖNTOPP S.** (2004): Wer nutzt Komplementärmedizin? Theorie, Empirie, Prognose. KVC-Verlag, Essen

**KRATKY K.W.** (2003): Komplementäre Medizinsysteme. Vergleich und Integration. Ibero-Verlag, Wien

**KUHN T.S.** (1976): Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Suhrkamp Verlag, Frankfurt

**LACKNER F.X.** (2004): Medizinethik und komplementärmedizinische Methoden. In: FRASS M. (2004): Grundlagen und Praxis komplementärmedizinischer Methoden. Facultas Verlag, Wien

**LA METTRIE J.O. de** (2001): Der Mensch eine Maschine. Reclam Verlag, Stuttgart

**LAMBECK M.** (2003): Irrt die Physik? Über alternative Medizin und Esoterik, C.H. Beck Verlag, München

**LAPLANCHE J./PONTALIS J.-B.** (1986): Das Vokabular der Psychoanalyse, Suhrkamp Verlag, 7. Aufl., Frankfurt/Main

- LEHNER R.** (1997): Pendeln kurz & praktisch. Verlag Hermann Bauer KG, Freiburg
- LICHTENTHAELER C.** (1978/88): Geschichte der Medizin. Eine Reihenfolge ihrer Epochen-Bilder und der treibenden Kräfte ihrer Entwicklung. Bd. 1, Deutscher Ärzteverlag, Köln
- LÜDELING H.** (1998): Handbuch der Radiästhesie. Erfahrungswissenschaftlicher Verlag Elke Hensch, Nienburg
- LÜTH P.** (1974): Sprechende und stumme Medizin. Über das Patienten-Arzt-Verhältnis. Herder & Herder Verlag, Frankfurt
- MARKTL W.** (2004): Notwendigkeit eines Dialogs zwischen Schulmedizin und Komplementärmedizin. In: FRASS M. (2004): Grundlagen und Praxis komplementärmedizinischer Methoden. Facultas Verlag, Wien
- MARSTEDT G.** (2002): Die steigende Popularität alternativer Medizin – Suche nach Gurus und Wunderheilern? In: Böcken J., Braun B., Schnee M. (Hg.): Gesundheitsmonitor 2002, Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- MAYER H.** und **WINKLBAUR G.**(1985): Wünschelrutenpraxis. Verlag Orac-Pietsch, Wien
- MERMET A.** (1979): Der Pendel als wissenschaftliches Instrument. Die praktische Pendelforschung. RGS Verlag, St. Gallen
- MITTELSTRASS J.** (2001): Wissen und Grenzen. Philosophische Studien. Suhrkamp Verlag, Baden-Baden
- MUCH T.**(2003): Der veräppelte Patient? Alternativmedizin zwischen (Aber-)Glauben und Wissenschaft. Eine Analyse. Edition Va Bene, Wien
- NEUMÜLLER O.A.** (1972): Römpps Chemie-Lexikon. 5. Band, Franckh-Kosmos Verlag, Stuttgart
- NISSEL H./SCHINER E.** (2000): Akupunktur. Eine Regulationstherapie. Facultas Verlag, Wien
- O'CONNOR B.** (1995): Healing Traditions: Alternative Medicine and the Health Professions. University of Pennsylvania Press, Philadelphia
- PARSONS T.** (1991): The Social System. Routledge Verlag, London
- PISCHINGER A.** (1983): Das System der Grundregulation. 4. Auflage, Haug Verlag, Heidelberg
- PLANCK M.** (1928): Wissenschaftliche Autobiographie, Leipzig. zit aus **KUHN T.** (1976): Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, Suhrkamp Verlag, Frankfurt

**PLATSCH** K.D. (2007): Was heilt. Vom Menschsein in der Medizin. Theseus Verlag, Stuttgart

**POHL** Gustav Freiherr v. (1978): Erdstrahlen als Krankheits- und Krebserreger, Fortschritt für alle Verlag, Stuttgart

**POPP** F.A (2006): Biophotonen – Neue Horizonte in der Medizin. Von den Grundlagen zur Biophotonik. Haug Verlag, Stuttgart

**POPPER** K.R. (1984): Objektive Erkenntnis – Ein evolutionärer Entwurf. Hoffmann und Campe Verlag, 4. Auflage, Hamburg

**POPPER** K.R. (1959): The Logic of Scientific Discovery (Die Logik der Forschung), Akademy Verlag, Kapitel I-IV, New York

**PRINZ** A. (2004): Einführung in die Ethnomedizin. In: FRASS M. (2004): Grundlagen und Praxis komplementärmedizinischer Methoden. Facultas Verlag, Wien

**PSCHYREMBEL** (2002): Klinisches Wörterbuch, 259. A., Walter de Gruyter Verlag, Berlin/New York

**PSCHYREMBEL** (2006): Naturheilkunde und alternative Heilverfahren. 3. Auflage, Walter de Gruyter Verlag, Berlin

**RIECKER** G. (2000): Wissen und Gewissen. Über die Ambivalenz und die Grenzen der modernen Medizin. Springer Verlag, Heidelberg

**ROCHE** Lexikon Medizin (1993): Urban & Schwarzenberg Verlag, München

**ROGNER** R. jr. (2005): Was ist Gesundheit? Philosophen, Mediziner, Sozialwissenschaftler und Theologen im Gespräch. Relax Guide & Magazin Verlag Christian Werner, Wien

**RORTY** R. (1993): Kontingenz, Ironie und Solidarität. Suhrkamp Verlag, Frankfurt

**RÖSSLER** D. (1980): Mensch, ganzer. In: RITTER J., GRÜNDER K. (Hg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie, Band 5, Schwab Verlag, Darmstadt

**ROTHSCHUH** K.E. (1977): Ist das Kuhnsche Erklärungsmodell wissenschaftlicher Wandlungen mit Gewinn auf die Konzepte der Klinischen Medizin anwendbar? In: DIEMER A. (Hg.) (1977): Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen und die Geschichte der Wissenschaften. Meisenheim am Glan

**SCHIPPERGES** H. (1999): Krankheit und Kranksein im Spiegel der Geschichte. Springer Verlag, Berlin

**SCHIPPERGES** H. (1991): Medizin an der Jahrtausendwende: Fakten, Trends, Optionen. Knecht Verlag, Frankfurt/Main

**SCHIPPERGES H.** (1990): Geschichte der Medizin in Schlaglichtern. Meyers Lexikonverlag, Mannheim/Wien/Zürich

**SCHNEIDER R.** (1984): Leitfaden und Lehrkurs der Ruten- und Pendelkunst, Teil 2, Oktogen Verlag, Wertheim

**SCHUMACHER J.** (2002): Kohärenzgefühl. In: Schwarzer R., Jerusalem M. und Weber H. (Hg.): Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch, Hogrefe Verlag, Göttingen

**SCHWEIGER M.** (2003): Medizin. Glaube, Spekulation oder Naturwissenschaft? Gibt es zur Schulmedizin eine Alternative? W. Zuckerschwerdt Verlag, München

**SIEGRIST J.** (1995): Medizinische Soziologie, Urban & Schwarzenberg Verlag, Wien

**SIEGRIST J.** (2005): Medizinische Soziologie. 6. Auflage, Urban & Fischer Verlag, veröffentlicht bei Elsevier

**SPACEK A.** (2004): Akupunktur: Grundlagen, Anwendung. In: FRASS M. (2004): Grundlagen und Praxis komplementärmedizinischer Methoden. Facultas Verlag, Wien

**STATISTIK AUSTRIA** (2006/07): Österreichische Gesundheitsbefragung. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Im Auftrag von BM für Gesundheit, Familie und Jugend.

**STIFTUNG WARENTEST** (1996): Die Andere Medizin. „Alternative“ Heilmethoden für Sie bewertet. Stiftung Warentest, Berlin

**STUDER H.P.** (1995): Gesundheit in der Krise. AAMI Verlag, Breganzona

**STULZ P.** et al (2006): Philosophie und Medizin. Chronos Verlag, Zürich

**STULZ P.** (2005): Die Medizin und ihre Paradigmen im Wandel der Gesellschaft. In: Philosophie und Medizin. Chronos Verlag, Zürich

**TURNHEIM K.** (2004): Vitalismus vs. „Evidence Based Medicine“: wissenschaftstheoretische Gegensätze. In: FRASS M. (2004): Grundlagen und Praxis komplementärmedizinischer Methoden. Facultas Verlag, Wien

**UNGER F.** (2007): Paradigma der Medizin im 21. Jahrhundert. Springer Verlag, Heidelberg

**VINCENT C./FURNHAM A.** (1997): Complementary Medicine: a Research Perspective. Wiley Press, Chichester

**WAGNER F.** (1984): Medizin zwischen Utopie und Wissenschaft. Trauner Universitätsverlag, Linz

**WEBER K.G./WIESE M.** (2001): Lehrbuch der Ortho-Bionomy. Weiche manuelle Technik. Sonntag Verlag, Stuttgart

**WEIL A.** (1999): Heilung aus eigener Kraft. Die Selbstheilungskräfte des Körpers aktivieren. Goldmann Verlag, München

**WIDMER T. et al** (2009): Evaluation. Ein systematisches Handbuch. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

**WIELAND W.** (1975): Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie. Walter de Gruyter Verlag, Berlin

**WIESING U.** (2004): Wer heilt, hat Recht? Über Pragmatik und Pluralität in der Medizin. Schattenauer Verlag, Stuttgart

**WILKINSON R.G.** (2001): Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit. Springer Verlag, Wien

**WORSCH, E.** – Erdstrahlen und deren Einfluss auf die Gesundheit des Menschen, Verlag für Sammler 1995

### 8.6.2 Zeitschriften

**ASTIN J.A.** (1998): Why Patients Use Alternative Medicine. Results of a National Study. In: The Journal of the American Medical Association 279, 1998, S. 1548-1553.

**BAUER M.** (2002): Zwischen Patientenschutz und Patientenautonomie: Das ethische Dilemma der Alternativmedizin. In: GROSS D. (Hg.): Ethik in der Medizin in Lehre, Klinik und Forschung. Würzburg, S. 249-276.

**BEGBIE S. et al** (1996): Patterns of Alternative Medicine Use by Cancer Patients. In: Medical Journal of Australia, 165/1996, S. 545-548

**BISCHOF M.** (2000): Wege zu einer integralen Heilkunde? Impulse für ein ganzheitliches Bild des Menschen. In: Gesundheitsakademie e.V. (Hg.): Salutiv Beiträge zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitstag 2000. Mabuse Verlag, Frankfurt, S. 241-247

**BRAUN H.** (2001): Warum die Schulmedizin nicht heilen kann. Über die inhumane Fehlentwicklung der Wissenschaft vom Menschen. In: Raum & Zeit, 114/2001, S. 38-42

**BRÜCKER B. et al** (2008): The Use of Complementary Alternative Medicine (CAM) in 1001 German Adults: Results of a Population-Based Telephone Survey. In: Gesundheitswesen, 70/2008, S. 29-36

**DIEFENBACH M. et al** (2003): Clinical, Demographic and Psychosocial Correlates of Complementary and Alternative Medicine Use by Men Diagnosed with Localized Treatments. In: Journal of Urology, 170/2003, S. 166-169

**DUBINSKY M./FERGUSON H.** (1990): Analysis of the National Institutes of Health Medicare Coverage Assessment. In: International Journal of Technology Assessment in Health Care 6/1990, S. 480-488

**EISENBERG D.M. et al** (1993): Unconventional Medicine in the United States. Prevalence, Costs and Patterns of the Use. In: New England Journal of Medicine, 328/1993, S. 246-252

**GIRKE M.** (2007): Patient-Arzt-Beziehung. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 9/2007, S. 1128-1132

**HELL D.** (2005): Wird die Medizin seelenlos? In: Schweizerische Ärztezeitung, 86/2005, S. 2342- 2346

**HUMPEL N./JONES S.C.** (2006): Gaining Insight into the what, why and where of Complementary and Alternative Medicine Use by Cancer Patients and Survivors. In: European Journal of Cancer Care, 15/2006, S. 362-368

**IVANOVAS G.** (2001): Das Paradigma der Naturheilkunde. In: Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren, 9/2001, S. 650-659

**JAGSCH R.** (2008): Befund versus Befindlichkeit. In: Arzt & Praxis, 11/2008, Nr. 945, Jahrgang 62, S. 344-345

**JONAS W.B.** (1994): Therapeutic Labeling and the 80% Rules. In: Bridges, 5(1)/1994, S. 4-6

**MARKMAN M.** (2002): Safety Issues in Using Complementary and Alternative Medicine. In: Journal of Clinical Oncology. 20/2002, S. 39-41

**MARSTEDT G.** (2003): Alternative Medizin: Eine Bilanz aus Patientensicht. In: Gesundheitsmonitor, Newsletter der Bertelsmann-Stiftung, Nr. 2/2003, S. 2-5

**PETERLIK M.** (2004): Indagandis sedibus et causis morborum – die Entwicklung der Pathophysiologie als Desiderat Rokitanskys. In: Medizinische Wochenschau, Wien, 154/2004, S. 467-471

**RASPE H.** (1996): Evidence Based Medicine: Modischer Unsinn, alter Wein in neuen Schläuchen oder aktuelle Notwendigkeit? In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 90/1996, S. 553-562

**RICHARDSON J.** (2004): What Patients Expect From Complementary Therapy: A Qualitative Study. In: American Journal of Public Health, Vol. 94, No. 6, 2004, S. 1049-1053

**ROTHSCHUH K.E.** (1978): Iatrogenie. Zum Stand der klinisch-theoretischen Grundlegendiskussion. Eine Übersicht. In: Hippokrates 49/1978, S. 3-21

**SACKETT D.L. et al** (1996): Evidence-based medicine: What is it and what it isn't. In: British Medical Journal, 312/1996, S. 71-72

**SCHÄR A.** (1999): Beweggründe für die Wahl von Komplementär- und Schulmedizin. Patientenverhalten in einem pluralistischen Medizinsystem. In: Forschende Komplementärmedizin, 6 (suppl 1)/1999, S. 10-13

**SIROIS F. M.** (2008): Motivations for Consulting Complementary and Alternative Medicine Practitioners: A Comparison of Consumers from 1997-8 and 2005. In: BMC Complementary and Alternative Medicine, 8:16/2008, S. 1-10

**TRNKA M.** (2009): Komplementärmedizin in der Prävention. Ansätze der verschiedenen Medizinsysteme zur Erhaltung der Gesundheit. In: PROMED komplementär. Praxismagazin für Ärzte und Apotheker, Springer Verlag, Wien; 01/09, S.8-13

**WILLICH S. et al** (2004): Schulmedizin und Komplementärmedizin: Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden. In: Deutsches Ärzteblatt, 101(19)/2004, S. A-1314/B-1087/C-1051

### 8.6.3 Internetadressen

AHAMMER L. (2008): Megatrend Wellness. In: Forum Gesundheit.  
[http://www.forumgesundheit.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=forum\\_gesundheitportal.channel\\_content.cmsWindow&p\\_menuid=63354&p\\_tabid=5&p\\_public\\_id=120853](http://www.forumgesundheit.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=forum_gesundheitportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=63354&p_tabid=5&p_public_id=120853)  
 [Stand: 24.2.2009]

AHRENS J. (2009): Mumpitz-Medizin. Buchauszug  
[http://www.kalibermuenchen.de/files/mumpitz-medizin\\_auszug\\_1.pdf](http://www.kalibermuenchen.de/files/mumpitz-medizin_auszug_1.pdf)  
 [Stand: 28.2.2009]

AKUPUNKTURAUSBILDUNG (2007):  
<http://www.akupunkturausbildung.at/Fragen-zur-Ausbildung.41.0.html>  
 [Stand: 2.3.2009]

BENDER G. (2007): Radiästhesie. Vom Rutengänger zum Radiästheten. Teil 1-3  
<http://www.erspueren.de/node/20>  
 [Stand: 30.3.2009]

DELLMOUR F. (2008): Wirksamkeit der Homöopathie nachgewiesen!  
<http://www.homoeopathie.at/downloads/wissenschaft/lancet-studie.pdf>  
 [Stand: 2.3.2009]

Der Patient als Konsument (2006)  
[http://www.forumgesundheit.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=forum\\_gesundheitportal.channel\\_content.cmsWindow&p\\_menuid=63354&p\\_tabid=5&p\\_public\\_id=120853](http://www.forumgesundheit.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=forum_gesundheitportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=63354&p_tabid=5&p_public_id=120853)  
 [Stand: 24.2.2009]

DORSCHNER G. (2004): Ganzheitsmedizin versus Schulmedizin. Medizin an der Schwelle zum neuen Jahrtausend.

[www.tipps-vom-experten.de/index.php?id=fachinhalt&nr=134](http://www.tipps-vom-experten.de/index.php?id=fachinhalt&nr=134)

[Stand: 18.1.2009]

EIBLER A. (2004): Die Geschichte der Rutengänger.

<http://www.rutengeher.com/radiaesthesie/rutengaenger/index.html>

[Stand: 29.3.2009]

ESO-Jahresbericht (2007): Dubiose Geschäfte mit der Gesundheit.

[http://www.jugendreferat.steiermark.at/cms/dokumente/10749046\\_34718095/8f47ffd3/Esobbericht%202007.pdf](http://www.jugendreferat.steiermark.at/cms/dokumente/10749046_34718095/8f47ffd3/Esobbericht%202007.pdf)

[Stand: 22.2.2009]

EZU (2009): Europäisches Zentrum für Umweltmedizin

<http://www.ezu.at/index.html>

[Stand:4.4.2009]

GAMED (2009): Dachverband österreichischer Ärztinnen und Ärzte für Ganzheitsmedizin.

<http://www.ganzheitsmed.at/dachverband.htm>

[Stand: 23.3.2009]

GENERALI (2007): Starke Nachfrage nach Alternativmedizin.

[http://www.generali.at/\\_C1256A6F0044EA06.nsf/ie/322CA840186C77ADC12573540051178A?OpenDocument](http://www.generali.at/_C1256A6F0044EA06.nsf/ie/322CA840186C77ADC12573540051178A?OpenDocument)

[Stand: 24.3.2009]

GLOOR A. (2009): Radiästhesie und Geobiologie

[http://www.erqs.ch/gitternetz\\_def.htm](http://www.erqs.ch/gitternetz_def.htm)

[Stand: 6.4.2009]

HASENÖHRL N. (2006): Interview: Das Paradigma der Medizin wechseln. In: Ärztemagazin, 16/2006

<http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dssid=4169&dsmid=73401&dspaid=569793>

[Stand: 2.3.2009]

HOMÖOPATHIE in Österreich (2009):

[http://www.homoeopathie.at/index.asp?home\\_ID=17&nav=22](http://www.homoeopathie.at/index.asp?home_ID=17&nav=22)

[Stand: 2.3.2009]

HOPPE J.D. (2007): Dialogforum Pluralismus in der Medizin.

[www.dialogforum-pluralismusindermedizin.de](http://www.dialogforum-pluralismusindermedizin.de)

[Stand: 27.8.2008]

HUBER E./MEYER F (2001): Perspektiven für das Gesundheitswesen. Heilkunst im Kommunikationszeitalter.

[http://www.info3.de/ycms/printartikel\\_473.shtml](http://www.info3.de/ycms/printartikel_473.shtml)

[Stand: 24.2.2009]

KIRCHOF P. (9/2006): „Das Paradigma der Medizin im 21. Jahrhundert“. Kongress am 3. März 2006, Salzburg. Ausgabe 9/2006.

[www.european-academy.at/download/congress\\_highlights/3862SciencesHefteNEUeinz.pdf](http://www.european-academy.at/download/congress_highlights/3862SciencesHefteNEUeinz.pdf)  
[Stand: 1.9.2008]

LUCADOU W. von (2001): PSI-Phänomene & Komplementärmedizin. Interview mit Dr. Dr. Walter von Lucadou. Von Hermann Grösser für CO'MED, das Fachmagazin für Komplementär-Medizin.

<http://www.psychophysik.com/html/re-0925-psi-lucadou.html>  
[Stand: 22.2.2009]

MARSTEDT G. (2008): Alternative Medizin: Patienten sind zufriedener, obwohl der Therapieerfolg nicht optimal ist.

<http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?rubrikartikel=1110>  
[Stand: 28.2.2009]

MARSTEDT G. (2005): "Alternative Medizin" - was steckt hinter der boomenden Nachfrage?

<http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=0012>  
[Stand: 28.2.2009]

MAYER-FALLY E. (2003): Health Center: Komplementär-Medizin: Komplementärmedizin - das weibliche Prinzip.

[www.netdokter.at/health\\_center/komp\\_med/einleitung.shtml](http://www.netdokter.at/health_center/komp_med/einleitung.shtml)  
[Stand: 11.1.2009]

MEDICAL TRIBUNE (2005): Schulmedizin versus Komplementärmedizin? Primum nihil nocere.

<http://www.medizin-medien.at/dynasite.cfm?dssid=4170&dsmid=64242&dspaid=489141#dsa489142>  
[Stand: 28.2.2009]

MEDICAL TRIBUNE (2004): Wohin geht der Trend? 47/2004

<http://www.medizin-medien.at/dynasite.cfm?dssid=4170&dsmid=60416&dspaid=431421>  
[Stand: 26.2.2009]

MEINERS H. (2001): Alternativmedizin auf dem Prüfstand Teil 1: Die Grundlagen der "etwas anderen" Medizin.

[http://www.zm-online.de/m5a.htm?/zm/14\\_01/pages2/mediz1.htm](http://www.zm-online.de/m5a.htm?/zm/14_01/pages2/mediz1.htm)  
[Stand: 18.3.2009]

MÜLLER R. (2009): Über das Pendeln. Neustadt bei Coburg

<http://derpendler.de/pendeln/>  
[Stand: 2.4.2009]

NAHIN R.L. et al (2007): Health behaviors and risk factors in those who use complementary and alternative medicine. In: BMC Public Health, 7:217, 2007.

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-217.pdf>  
[Stand: 22.2.2009]

NISSEL H. (2007): In Österreich anerkannt. Interview mit Prim. Prof. Dr. Helmut Nissel.

[www.propatient.info/content/\\_18.pdf](http://www.propatient.info/content/_18.pdf)

[Stand: 2.2.2009]

REINTHALER J. (2001): Mein Vater ist ein Rutengeher.

<http://www.rutengeher.at/index.htm>

[Stand: 28.3.2009]

SCHMIDT W. (o.J.): Vom Objekt zum Individuum. Versuch einer ganzheitlichen Sichtweise im Spannungsfeld zwischen Krankheit und Heilung. Erlangen

[www.gesunder-mausklick.de/medizin.pdf](http://www.gesunder-mausklick.de/medizin.pdf)

[Stand: 14.12.2008]

SALLABERGER G. (1998): Homöopathie – ein Überblick.

<http://gin.uibk.ac.at/thema/homoeopathie/index.html>

[Stand: 2.3.2009]

STATISTIK AUSTRIA (2008):

[www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/sterbefaelle/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/sterbefaelle/index.html)

[Stand: 20.2.2009]

STEINMASSL-WIRRER (2002): Die traditionelle Chinesische Medizin offiziell anerkannt. In: Ärzte Woche, 16. Jahrgang, Nr. 12

<http://www.aerztewoche.at/viewArticleDetails.do;jsessionid=35BC2636F34C7B5F9197D4FA5E859B90?articleId=1168>

[Stand: 2.3.2009]

YIN und YANG-Symbol: [http://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Yin\\_yang.svg](http://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Yin_yang.svg)

[Stand: 1.2.2009]

WEIZSÄCKER von C.F. (1980): Die Wissenschaft ist noch nicht erwachsen. In: Die Zeit, 42/1980

<http://www.zeit.de/1980/42/Die-Wissenschaft-ist-noch-nicht-erwachsen>

[Stand: 20.2.2009]

WHO World Health Organization (2006): Die Bundesbehörden der Schweizer Eidgenossenschaft.

[http://www.admin.ch/ch/d/sr/0\\_810\\_1/](http://www.admin.ch/ch/d/sr/0_810_1/)

[Stand: 12.12.2008]

WKO Wirtschaftskammer Wien (2009): Gründer und Jungunternehmer. Gewerbe

<http://portal.wko.at/wk/suche.wk?itemoffset=0&pagesize=20&AngID=1&DstID=686&sbid=0&chid=2&brid=0&reiter=InternetAktiveInhalte&init=1&details=0&sortierung=TopInhalte&suchbegriff=energetiker>

[Stand: 24.3.2009]

## **CURRICULUM VITAE**

### **Personalien**

Mag. Susanne Altmann (eh. Pölzl)

geboren am 15. Juli 1967 in Wels, O.Ö.

### **Schul- und Weiterbildung**

- 03/2008 – 05/2009: Doktoratsstudium in Soziologie an der Universität Wien
- 02/2008: 1. Diplomprüfung an der Wirtschaftsuniversität Wien
- seit 10/2005: Studium in „Wirtschaft und Recht“ an der Wirtschaftsuniversität Wien
- 03/2004 – 11/2006: Studium der „Pflegewissenschaft“ an der Universität Wien  
(Abschluss mit ausgezeichnetem Erfolg)
- 09/2003: Pharma-Referentenprüfung (am BM für Gesundheit und Frauen)
- 09/1985 – 06/1988: HS-Lehrer Ausbildung (Englisch und Leibeserziehung)  
an der Pädagogischen Akademie in Linz
- 06/1985: Matura am Bundesgymnasium in Wels, O.Ö.

### **Berufliche Laufbahn**

- seit 03/2004: tätig im alternativmedizinischen Bereich
- seit 10/2003: Organisation einer fachärztlichen Ordination
- 12/1999 – 05/2003: Purser und Chef de Cabine bei Austrian Airlines
- 12/1999 – 09/1996: Senior Flight Attendant bei Austrian Airlines
- 09/1996 – 03/1989: Junior Flight Attendant bei Austrian Airlines
- 03/1989 – 09/1988: HS-Lehrerin an der HS St. Georgen/i.A. (O.Ö.)