



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Komplementärmedizin aus der Sicht von Wiener
MedizinstudentInnen

Verfasserin

Patricia Nekuda

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 307

Studienrichtung lt. Studienblatt: Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Bernhard Hadolt, Msc.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Das Problemfeld	4
2.1 Komplementärmedizin	4
<i>2.1.1 Begriffsdefinition</i>	5
<i>2.1.2 Kurzer geschichtlicher Abriss der Komplementärmedizin</i>	9
<i>2.1.3 Komplementärmedizin in Österreich</i>	10
<i>2.1.3.1 Gesetzliche Grundlagen der Komplementärmedizin in Österreich</i>	10
<i>2.1.3.2 Staatlich anerkannte Weiterbildungsmöglichkeiten für ÄrztInnen in Österreich</i>	13
<i>2.1.4 Komplementärmedizin außerhalb von Österreich</i>	14
<i>2.1.4.1 Europa</i>	15
<i>2.1.4.2 Andere Länder</i>	16
<i>2.1.5 Kritik der Komplementärmedizin an der Schulmedizin</i>	18
<i>2.1.6 Kritik der Schulmedizin an der Komplementärmedizin</i>	19
2.2 Medizinischer Pluralismus	22
2.3 Medikalisierung	23
2.4 Der Wandel der ärztlichen Identität	26
3. Komplementärmedizinische Methoden	29
3.1 Ayurveda	29
3.2 Bachblütentherapie	31
3.3 Homöopathie	32
3.4 Hypnose	35
3.5 Tibetische Medizin	36
3.6 Traditionell chinesische Medizin	38
3.7 Akupunktur	40
3.8 Traditionell europäische Medizin	42
4. Stand der Forschung	43
5. Empirischer Teil – Einführung	48
5.1 Fragebögen	48
5.2 Interviews	49
5.3 Experteninterviews	50
5.4 Teilnehmende Beobachtung	51
5.5 Herausforderungen bei der Forschung	54

6. Forschungsergebnisse	57
6.1 Erfahrungen der Befragten mit und ihre Einstellung zu den komplementärmedizinischen Methoden	57
6.2 Vertrauen in die Wirksamkeit komplementärmedizinischer Methoden	69
6.3 Bekanntheitsgrad und Beurteilung der Wahlfächer zur Komplementärmedizin an der Medizinischen Universität Wien	72
6.4 Bekanntheitsgrad und Beurteilung der österreichischen Ärztkeammerdiplome zur Komplementärmedizin	76
6.5 Stellenwert von Komplementärmedizin an der Medizinischen Universität Wien	81
6.6 Veränderungen in der Einstellung von StudentInnen gegenüber Komplementärmedizin nach dem Besuch einer Lehrveranstaltung zu dem Thema	84
6.7 Komplementärmedizinische Behandlung in österreichischen Krankenhäusern	88
6.8 Kostenübernahme durch die Krankenkassen	90
6.9 Die Relevanz einer komplementärmedizinischen Zusatzausbildung, um dem Berufsbild gerecht werden zu können	92
6.10 Allgemeine Veränderungen in Berufsbild und Identität der Mediziner in meiner Forschung	95
6.11 Das persönliche Bild von der beruflichen Identität der Befragten	98
6.12 Die Veränderlichkeit des Begriffes Komplementärmedizin	101
7. Conclusio	104
Literaturliste	109
Internetquellen	112
Anhang	113
Interviews	
Fragebogen	
Zusammenfassung	
Summary	
Lebenslauf	

1. Einleitung

Schon seit dem Beginn meines Studiums haben mich zwei Fachgebiete innerhalb der Kultur- und Sozialanthropologie besonders fasziniert: die Medizinanthropologie und die Identitätsforschung. Sowohl das Zusammenspiel unterschiedlicher medizinischer Systeme innerhalb eines Landes, welche auf verschiedenen Gedankenkonstrukten und Weltanschauungen beruhen, als auch die Veränderlichkeit von Identitätskonzepten haben mein besonderes Interesse hervorgerufen, da sich durch beide Prozesse eine Veränderung in kulturellen und sozialen Strukturen ergeben können.

In meiner Arbeit möchte ich nun beides miteinander verbinden und hoffe, dadurch auch einen Beitrag zur Medizinanthropologie liefern zu können. Es geht es mir letztlich darum, die gegenwärtige Situation zwischen Schul- und Komplementärmedizin im österreichischen Gesundheitssystem und auch mögliche Perspektiven für die Zukunft des Medizinerberufes aufzuzeigen.

Während meines Studiums der Kultur- und Sozialanthropologie befand ich mich stets in Kontakt mit mehreren MedizinstudentInnen aus meinem Freundeskreis. Im Austausch über Themen, welche in Vorlesungen und Seminaren mein Interesse geweckt hatten, wurde ich auf das Aufeinanderprallen unterschiedlicher Blickwinkel und damit auch stark differierender Meinungen aufmerksam. Ich begann, mich auch für die „andere Seite“, jene der ÄrztInnen, zu interessieren, welche in meinen Vorlesungen und Seminaren oft deutlich anders dargestellt wurde, da der Schwerpunkt bei Themen wie der Auswahl des/der Behandelnden, neuen Fortpflanzungstechnologien oder Aspekten des Pflegeberufs häufig auf dem Empfinden der PatientInnen oder des Pflegepersonals gelegt wurde. Durch meine Teilnahme an Lehrveranstaltungen des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin wurde ich auf die Tragweite von Entscheidungen und daraus resultierender Dilemmata für ÄrztInnen sensibilisiert. Ich begann, mich für Komplementärmedizin und den ärztlichen Blick darauf zu interessieren, und entschloss mich daher, jenen zu untersuchen.

In meiner Forschung habe ich mich vorwiegend auf StudentInnen der Medizinischen Universität Wien konzentriert, welche bereits erste Erfahrungen mit Komplementärmedizin gesammelt haben, um herauszufinden, wie sie dieser Kontakt geprägt hat, aber auch die Meinung von fertig ausgebildeten KomplementärmedizinerInnen war mir wichtig. Schließlich sind es die zukünftig praktizierenden ÄrztInnen, welche durch den Kontakt zu vielen MedizinerInnen während ihrer Ausbildung die Veränderungen des Berufsbildes wohl am besten

spüren können und in Kürze selbst Träger und Mitgestalter einer beruflichen Identität sein werden.

Lange Zeit wurde Komplementärmedizin wegen der fehlenden Beweisdaten ihrer Heilungskraft von der Schulmedizin nicht akzeptiert. Was mich antreibt, ist vor allem die Frage, warum komplementäre Medizinsysteme es nun doch in Lehrpläne von allgemeinmedizinischen Zusatzausbildungskursen schaffen und in wie weit sie allgemeine Akzeptanz erfahren. Dahingehend soll auch untersucht werden, in welchem Ausmaß und warum genau das Lehrveranstaltungsangebot zu Themen wie Akupunktur, Hypnose oder Homöopathie in Anspruch genommen wird und vor allem auch, wie ernst diese Themen von den TeilnehmerInnen genommen werden, vor allem von jenen, die nur mit wenig Vorerfahrung in die Lehrveranstaltungen gekommen sind. In dem Zusammenhang will ich mich auch damit beschäftigen, mit wie viel Skepsis an das Thema herangegangen wird und falls diese vorhanden sein sollte, ob sich die Situation nach einer absolvierten Lehrveranstaltung ändert und Vertrauen in die nicht-westliche Medizinmethoden entstanden ist oder nicht.

Zur Beantwortung dieser Fragen habe ich neben teilnehmender Beobachtung, dem Führen von Interviews sowohl mit neun StudentInnen als auch mit zwei Experten Fragebögen in drei Wahlfächern an der Medizinischen Universität Wien ausgegeben, welche von 72 StudentInnen beantwortet wurden. Anhand der gesammelten Daten möchte ich hier nun meine Forschungsergebnisse präsentieren.

Folgende Fragestellung soll in meiner Arbeit beantwortet werden:

Haben Erfahrungen mit der Komplementärmedizin für StudentInnen an der Medizinischen Universität Wien Auswirkungen auf ihre Einstellung zu komplementären Medizinsystemen und auf ihre Vorstellung von ihrer Professionsidentität und wenn ja, welche?

Ziel der Forschung ist es, den derzeitigen Status von Komplementärmedizin in Österreich zu ermitteln und dadurch einen Ausblick bieten zu können, wie die Zukunft der österreichischen SchulmedizinerInnen aussehen könnte, also auch inwieweit sich unsere Schulmedizin und andere Medizinsysteme einander annähern, neben einander existieren, sich verbinden und von einander profitieren könnten und welche Auswirkungen das auf die Konstruktion der professionellen Berufsidentitäten haben könnte.

Im zweiten Kapitel sollen für die weitere Arbeit wichtige Definitionen von Begriffen wie Komplementärmedizin, medizinischer Pluralismus, Medikalisierung und Identität vorgenommen werden. Ein geschichtlicher Abriss der Komplementärmedizin, rechtliche Grundlagen der Komplementärmedizin im internationalen Vergleich und der derzeitige Forschungsstand sollen es dem Leser ermöglichen, die erhobenen Daten in den richtigen Kontext zu setzen. Anschließend werde ich im dritten Kapitel einen Einblick in die von mir erforschten, komplementärmedizinischen Methoden geben, um im Kapitel 5 den Forschungsvorgang und im Kapitel 6 die von mir erhobenen Ergebnisse zu diskutieren. In Kapitel 7 ziehe ich meine Schlussfolgerungen.

2. Das Problemfeld

Zu Beginn meiner Arbeit möchte ich eine passende Definition für den Begriff der Komplementärmedizin finden, eine Einführung in die Themenbereiche von medizinischem Pluralismus, Medikalisierung und dem Wandel ärztlicher Identität geben, auf den rechtlichen Status der Komplementärmedizin in Österreich und in einigen anderen Ländern eingehen und im Zuge dessen einige wichtige komplementärmedizinische Methoden und deren Inhalte beschreiben.

2.1 Komplementärmedizin

Ich habe mich in meiner Arbeit für die Verwendung des Terminus „Komplementärmedizin“ entschieden, in Anlehnung daran, dass sich mein Forschungsfeld auf StudentInnen der westlichen Schulmedizin beschränkt. Sollten jene überhaupt in Erwägung ziehen, Zusatzausbildungsmöglichkeiten, welche mit Komplementärmedizin zu tun haben, in Anspruch zu nehmen, dann doch in den meisten Fällen nur, um erlernte Methoden später zusätzlich zur schulmedizinischen Betreuung anbieten zu können, demnach nicht alternativ, sondern komplementär zu ihr.

Daher gehe ich davon aus, dass dieser Terminus für meine Forschungen am sinnvollsten, weil für die erforschte Zielgruppe nachvollziehbar ist.

Dieser, für meine Arbeit wohl wichtigste Begriff ist in der Literatur durch viele, oftmals synonym verwendeten Termini vertreten, wie beispielsweise Alternativmedizin, „Erfahrungsmedizin, Ganzheitsmedizin, Sanfte Medizin, Biologische Medizin, Komplementäre Medizin, Naturheilverfahren, Besondere Therapierichtungen, Paramedizin, Unkonventionelle Heilweisen, Traditionelle Medizin, Volksmedizin, Außenseitermedizin, Naturgemäße Heilweisen, Nichtetablierte Medizin“ (Köntopp 2004: 13). Im englischsprachigen Bereich hat sich mittlerweile weitgehend der übergreifende Terminus „complementary and alternative medicine“ durchgesetzt (CAM). Diese Begriffe werden oft bedenkenlos als austauschbar gesehen und so auch synonym verwendet, obwohl es bislang kaum Versuche gegeben hat, eine Definition all jener aufzustellen. Dies würde auch den Rahmen meiner Arbeit sprengen, weshalb ich mich auf den Begriff der Komplementärmedizin konzentrieren will.

2.1.1 Begriffsdefinition

In der Literatur findet man eine Vielzahl verschiedenster Definitionsversuche, jedoch keine einzige Aufzählung von entsprechenden medizinischen Methoden, die einen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, was eine eindeutige Definition erschwert. Köntopp schrieb dazu: „Eine geordnete Systematik aller unkonventionellen Heilmethoden wird wahrscheinlich nicht erarbeitet werden können, bis heute liegt jedenfalls keine vor“ (Köntopp 2004: 19).

Der Brockhaus Alternative Medizin unterscheidet beispielsweise zwischen alternativen Medizinsystemen und alternativmedizinischen Konzepten, welche sich auf einzelne Therapieverfahren beschränken, und definiert jene wie folgt:

Ihr gemeinsames Merkmal ist, dass sie nicht integraler Bestandteil der Schulmedizin sind und von dieser nicht akzeptiert werden, weil die Wirkung ihrer diagnostischen und therapeutischen Methoden zumindest bisher nicht hinreichend nachgewiesen wurde. Maß für den Therapieerfolg ist ganz wesentlich die subjektive Befindlichkeit des Patienten. Alternative Medizinsysteme werden bei vielen Erkrankungen anstatt der konventionellen Schulmedizin, aber auch ergänzend (>>Komplementärmedizin<<) gesetzt. (Brockhaus Alternative Medizin 2008: 26)

Das Springer Lexikon für Medizin bedient sich der knappen Definition der Alternativmedizin als „unscharfer Begriff für eine Richtung innerhalb der Medizin, die alternative, d.h. von der Schulmedizin nicht anerkannte diagnostische und therapeutische Verfahren einsetzt“ (Springer Lexikon Medizin 2004: 80).

Die World Health Organisation (WHO) definiert Komplementärmedizin wiederum folgendermaßen:

Traditional medicine is the sum total of the knowledge, skills, and practices based on the theories, beliefs, and experiences indigenous to different cultures, whether explicable or not, used in the maintenance of health as well as in the prevention, diagnosis, improvement or treatment of physical and mental illness. (...) The terms "complementary medicine" or "alternative medicine" are used inter-changeably with traditional medicine in some countries. They refer to a broad set of health care practices that are not part of that country's own tradition and are not integrated into the dominant health care system. (URL 1)

Als problematisch betrachte ich bei dieser Definition den Hinweis darauf, dass die Gesundheitstechniken nicht Teil der Tradition des Landes sind. Im Hinblick auf die traditionell europäische Medizin, welche heutzutage von manchen als komplementäres Medizinsystem gesehen wird, oder die Phytotherapie, die trotz einer gewissen Integration in die Schulmedizin als von ihr abgegrenzt beschrieben wird, muss man aufgrund der Tatsache, dass sie beide vor der biologisch-wissenschaftlichen Ausrichtung der Medizin Grundpfeiler der medizinischen Versorgung in Europa bildeten, die Definition der WHO überdenken. Viele

Methoden, die maßgeblich in der Geschichte der Medizin Bedeutung erlangt hatten, beispielsweise auch die Kneipp-Hydrotherapie, werden heutzutage als komplementäre Therapien bezeichnet. Daher erscheint mir eine Definition über das Fehlen der Landestradiation bestimmter Methoden als nicht sinnvoll, wenn auch die nicht vorhandene Integration in das dominierende Gesundheitssystem einen primären Faktor ausmachen mag.

Köntopp beschreibt in ihrer eigenen Definition die Komplementärmedizin als einen heterogenen Teil der Gesamtmedizin, der Medizinsysteme verschiedenster Struktur und Herkunft umfasst und von medizinischen Fachkräften und Laien trotz fehlendem (natur-)wissenschaftlichem Effizienznachweis gleichermaßen angewendet wird. Sie legt ihren Fokus auf die individuellen und ganzheitlichen Therapie- und Diagnosemaßnahmen, die ursachen- und nicht symptomorientiert arbeiten und die Regulationsfähigkeit des Organismus anregen sollen. Zudem ist ihr der aktive Part der PatientInnen wichtig (vgl. Köntopp 2004: 38).

Cant und Sharma hingegen beziehen sich auf vom Staat nicht anerkannte Wissensgebiete außerhalb der Biomedizin, erwähnen aber, dass aufgrund der hohen Diversität innerhalb dieser Kategorie eher von „alternativen Medizinen“ gesprochen werden sollte, als den Singular zu verwenden (vgl. Cant/Sharma 1999: 5). Auch sie beschreiben jene als kaum scharf abgrenzbar von anderen Formen der Heilung, da es sich ihrer Meinung nach hierbei um eine fluktuierende und heterogene Kategorie handelt (vgl. ebd.: 8f).

Es existieren zudem einige Versuche, komplementäre Behandlungsmethoden in Kategorien einzuteilen, von denen ich jenen des National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) aus den USA hervorheben möchte. So werden die Methoden in sieben breite Kategorien eingeteilt, dabei wird aber nicht ausgeschlossen, dass einige Methoden auch in mehrere Kategorien passen können. Die erste Kategorie wird als „Naturprodukttherapien“ beschrieben, zu welcher Kräuter, Vitamine, Mineralien, Probiotika und andere Naturprodukte zählen. Die zweite wird als „Mind and Body Medizin“ bezeichnet, welche auf die in der Methode angewandte Interaktion zwischen Körper und Geist hinweist, also den Versuch, mit Gedanken auch die physische Gesundheit zu beeinflussen. Hierzu zählen Praktiken wie Meditation, Yoga, Hypnotherapie, Qi Gong, Tai Chi und andere Entspannungstechniken. Akupunktur würde ebenfalls gut in dieses Konzept passen, wird aber auch drei anderen Kategorien zugeordnet und ist somit ein Beispiel für die Überlappung der einzelnen Kategorien. „Manipulative und körperbezogene Therapien“ sind das Thema der nächsten Gruppe, wozu Chiropraktik und Massagen gezählt werden. „Bewegungstherapien“ wie die Feldenkrais-Methode, Alexander-Technik oder Pilates bilden eine eigene Kategorie, ebenso

wie „Traditionelle Heiler“, bei denen als Beispiel indigene nordamerikanische Medizinmänner genannt werden. Die sechste Gruppierung ist jene der „Energietherapien“, wie Magnettherapien, Reiki und Qi Gong. Die letzte Kategorie bilden „Medizinsysteme“, welche auf theoretische Konstrukte aufgebaut sind, sich über lange Zeit entwickelt haben und unabhängig von der Schulmedizin bestehen. Als traditionelle Beispiele bezieht sich das NCCAM auf Ayurveda und die traditionell chinesische Medizin, als modernere Konzepte führt es Homöopathie und Naturopathie an (vgl. URL 2).

Sowohl bei meiner qualitativen Forschung, als auch in der Literatur stieß ich des Öfteren auf die Überlegung, ob gewisse Methoden, wie beispielsweise Yoga, wirklich zum Feld der Komplementärmedizin dazugehören. Laut der Einteilung von NCCAM könnte man es durchaus in das Methodenfeld einbeziehen, doch aus der Sicht der befragten MedizinstudentInnen würde es eher noch in den Bereich des Sportes fallen, welcher mit Sicherheit auch einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben kann, allerdings nicht primär mit medizinischer Versorgung in Zusammenhang gebracht wird. Ebenso haben Entspannungstechniken keinen vorrangig medizinischen Effekt, werden aber immer wieder im Zusammenhang mit Komplementärmedizin genannt.

Nach einer ersten Recherche, die die bereits genannten Ergebnisse brachte, und gründlichen Überlegungen, die auch noch während des Forschungsprozesses andauerten und immer wieder durch in den Interviews aufgekommene Kontroversen angeregt wurden, kam ich zu dem Schluss, dass ich mit all diesen Definitionen nicht arbeiten wollte, da sie vorrangig auf kulturelle Konzeptionen (vgl. URL1) eingehen, aber den Parameter Zeit völlig außen vor lassen. Dies erscheint für mich wenig sinnvoll, da ich der Meinung bin, dass auch die Epoche einen wesentlichen Einfluss darauf hat, was in einer Gesellschaft als dominierende Heilmethode gesehen wird und deshalb in einer Definition der Komplementärmedizin berücksichtigt werden sollte.

Ich bezweifle zudem, dass eine einheitliche Definition von Komplementärmedizin prinzipiell möglich ist. Eine europäische beziehungsweise nordamerikanische Definition erscheint mir sinnvoll, da es sich in beiden Fällen um dasselbe, dominierende schulmedizinische Gesundheitssystem handelt. In anderen Ländern jedoch ist die moderne westliche Schulmedizin nicht als das dominierende System zu sehen. Blicken wir beispielsweise nach Äthiopien, wo sich mehr als 80% der Bevölkerung auf traditionelle Heilmittel verlassen, so müssen wir feststellen, dass die traditionelle Medizin dort kaum als Alternative zur Schulmedizin zu sehen ist (vgl. WHO 2001: 14). Auch das Beispiel von Indien, wo westliche

Schulmedizin, ganz im Gegensatz zur Homöopathie, für den Normalbürger unleistbar zu sein scheint (vgl. Interview Dr. Vogel: 2776-2781), passt hier in den Rahmen, um die Universalität eines Begriffs wie Komplementärmedizin in Frage zu stellen, ebenso wie es in anderen Ländern außerhalb Europas der Fall ist.

Einige Definitionen der Komplementärmedizin weisen allerdings auch darauf hin, dass es sich bei Komplementärmedizin nicht nur um ein Gegenstück oder eine additional Methode zur Schulmedizin handeln muss, sondern schlichtweg ein gegensätzliches Modell zu dem in der Gesellschaft vorherrschenden gemeint ist.

Als 1999 in den USA allgemein anerkannt beschrieb Monckton die Definition unkonventioneller Medizin als „a broad domain of healing resources that encompass all health systems, modalities and practices and their accompanying theories and beliefs, other than those intrinsic to the politically dominant health system of a particular society or culture in a given historical period“ (Monckton et al. 1999: 15). Zudem wurde erwähnt, dass es nicht immer trennscharfe oder fixierte Grenzen zwischen komplementärmedizinischen Methoden und jenen des dominanten Gesundheitssystems einer Gesellschaft geben muss (vgl. ebd.). Diese Definition mag sehr weit gefasst sein, kann jedoch weltweit angewandt werden. Diese Einbindung in den Gesamtkontext erscheint mir äußerst sinnvoll, auch wenn je nach Aufenthaltsort und Epoche unterschiedliche Methoden damit verbunden werden können.

Auch Ross ist der Meinung, dass Ort und Zeit eine wichtige Rolle in der Definition von Komplementärmedizin spielen. Ihrer Meinung nach werden vor allem Methoden, die ihren Ursprung in anderen Ländern als dem eigenen haben, als komplementär gesehen, zumindest bis sie sich im Gesundheitswesen etablieren können. Zudem bemerkt Ross, dass auch die westliche Schulmedizin in einigen Ländern als alternative Medizin gilt, da sie nicht überall eine solche Monopolstellung genießt, wie beispielsweise in Österreich (vgl. Ross 2012: 4f).

Jütte stellt ebenfalls fest, dass heute als komplementäre Methoden bezeichnete „je nach Zeit und Ort durchaus fester, anerkannter und offizieller Bestandteil einer medikalen Kultur sein [können]“ (Jütte 1996: 12). Als Beispiel hierfür gibt er den Aderlass und das Schröpfen an, welche in früheren Zeiten die höchste Medizinkunst repräsentierten und heute nur noch selten Verwendung finden (vgl. ebd.). Er betont in seiner Definition von Komplementärmedizin besonders den historischen Wandlungsprozess medikaler Kulturen und erklärt die Ablehnung bestimmter Methoden damit, dass sie die Methoden des dominierenden Medizinsystems in Frage stellen und eventuell sogar eine Änderung des Systems erwirken wollen. Auch stellt er

einen Bezug zu sozialen Bewegungen und gesellschaftlichen Gruppierungen her (vgl. ebd.: 13).

Ich möchte mich Ross und Jütte in jenem Punkt anschließen, dass orts- und zeitbezogene Definitionen wesentlich besser zur Beschreibung des Feldes der Komplementärmedizin geeignet wären, und werde für meine Arbeit deshalb die Definition von Komplementärmedizin von Monckton verwenden, da mir die Positionierung im Gesamtkontext als sehr wichtig erscheint.

2.1.2 Kurzer geschichtlicher Abriss der Komplementärmedizin

Vor 200 Jahren waren Selbstmedikation und traditionelle Therapien noch weit verbreitet, ganz im Gegensatz zur Schulmedizin, welche sich damals noch in den Kinderschuhen befand.

Die Bezeichnung medizinischer Methoden als unkonventionell begann erst mit dem Aufkommen gesetzlicher Regelungen, die professionalisierte wissenschaftliche Medizin betreffend, sowie deren Monopolisierung durch den Staat. Alles, was nicht in dieses System passte, wurde unkonventionell und damit auch inoffiziell (vgl. Monckton et al. 1999: 14).

In Europa wurde ein erhöhtes Interesse an komplementärmedizinischen Methoden seit den frühen Siebzigern des 20. Jahrhunderts verzeichnet. Komplementärmedizin kann als Überleben und/oder Wiederaufkommen einer Vielzahl von althergebrachten (mitunter europäischen) Methoden gesehen werden (vgl. ebd.: 12). Aufgrund transkultureller Interaktion kam und kommt es auch immer wieder zu dem Kontakt mit alten Konzepten aus dem Pan-Europäischen Raum, welche teilweise auch in das Methodensortiment der Importländer übernommen werden. Als größte Exporteure nicht-schulmedizinischen Wissens nennt Monckton chinesische, indische, tibetische, ägyptische, griechische, romanische, arabische, prä-christliche, indianische, mittelalterlich christliche, klösterliche und scholastische vorwissenschaftliche Medizinkulturen (vgl. ebd.: 13).

Köntopp sieht den Auslöser für die verstärkte Nachfrage an komplementärmedizinischen Methoden in der Kritik am schulmedizinisch orientierten Gesundheitswesen in den 1970er und 80er Jahren und dem Wunsch nach einer Rückkehr zu alten, natürlichen Heilweisen (vgl. Köntopp 2004: 45).

Heutzutage bietet sich allerdings auch ein völlig neues Bild von Komplementärmedizin, das sich eben nicht nur auf Methoden zur Wiederherstellung oder Bewahrung gesunder Körper

beschränkt, sondern auch Therapien mit einbezieht, die der Körperregulation dienen: neue Techniken der Fitness, plastische Chirurgie, Body Building, Diäten, Meditation, Yoga und andere Sportarten werden als Beispiele genannt (vgl. Cant/Sharma 1999: 192). Damit eröffnen sich völlig neue Horizonte für die Komplementärmedizin. Daher sprechen Cant und Sharma sich auch für eine Neudefinition des Gesundheitsbegriffes aus:

Rather, „good health“ should be seen as the product of spiritual, emotional and physical wellbeing and this turn must blur the boundaries between what have been understood as medical, recreational and aesthetic techniques of the body. (Cant/Sharma 1999: 49)

2.1.3 Komplementärmedizin in Österreich

In diesem Unterkapitel widme ich mich den gesetzlichen Grundlagen der Komplementärmedizin in Österreich und staatlich anerkannten Weiterbildungsmöglichkeiten. Dadurch möchte ich die Basis für einen Vergleich mit anderen Ländern schaffen.

2.1.3.1 Gesetzliche Grundlagen der Komplementärmedizin in Österreich

Um die Frage zu klären, welche Bereiche man aus der westlichen Sicht eines/einer Schulmedizin studierenden zur Komplementärmedizin dazuzählen könnte, möchte ich mich vorerst der Beschreibung des ärztlichen Handelns, wie im österreichischen Ärztegesetz verankert, widmen:

Die Ausübung des ärztlichen Berufes umfasst jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit, die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt wird, insbesondere:

1. die Untersuchung auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen von körperlichen und psychischen Krankheiten oder Störungen, von Behinderungen oder Missbildungen und Anomalien, die krankhafter Natur sind;
2. die Beurteilung von in Z 1 angeführten Zuständen bei Verwendung medizinisch-diagnostischer Hilfsmittel;
3. die Behandlung solcher Zustände (Z 1);
4. die Vornahme operativer Eingriffe einschließlich der Entnahme oder Infusion von Blut;
5. die Vorbeugung von Erkrankungen;
6. die Geburtshilfe sowie die Anwendung von Maßnahmen der medizinischen Fortpflanzungshilfe;
7. die Verordnung von Heilmitteln, Heilbehelfen und medizinisch-diagnostischen Hilfsmitteln;
8. die Vornahme von Leichenöffnungen (Ärztegesetz, zit. in Emberger/Wallner 2008: 9f)

Im Zusatz des Ärztegesetzes wird die Ausübung des ärztlichen Berufes nochmals eingehender erklärt als „die Summe der den Ärzten vorbehaltenen Tätigkeiten, die ihrerseits im Wesentlichen durch folgende zwei Merkmale umschrieben sind:

1. durch die wissenschaftliche Begründung der angewendeten Methoden (im Sinne einer rational nachvollziehbaren und überprüfbaren Ableitung aus empirisch nachweisbaren oder offen gelegten hypothetischen Prämissen durch adäquate Methoden) und 2. die Zugehörigkeit zur medizinischen Wissenschaft, was im Kontext des ÄrzteG[esetzes] anhand des Fächerkanons der medizinischen Ausbildung erschlossen werden kann“ (ebd.: 11).

Somit wird in Österreich die Unterscheidung zwischen Schulmedizin und komplementären Behandlungsmethoden durch die Wissenschaftlichkeit und Nachweisbarkeit der Therapiemöglichkeiten gezogen. Eine konkrete und explizite Definition der Komplementärmedizin findet sich auch hier nicht: „Unter dem nicht sehr präzisen Sammelbegriff der >>komplementär- und alternativmedizinischen Heilverfahren<< fasst § 42 Abs. 1 nun eine Vielzahl unterschiedlicher Methoden zusammen, deren Gemeinsamkeit darin liegt, dass sie nicht der sogenannten >>Schulmedizin<<, also den anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft, zugehören“ (ebd.: 156).

Somit besteht im österreichischen Medizinrecht die Definition nur aus einer Exklusion der Methoden aus dem schulmedizinischen Lehrkanon, was von Cant und Sharma aufgrund der negativen und formalen Kategorisierung kritisiert wird (alles, was nicht Biomedizin ist). Bezieht man sich aber beispielsweise wiederum auf ihre Feststellung, dass Komplementärmedizin eine fluktuierende, also veränderliche Kategorie darstellt, so führt dies wiederum zu der problematischen Frage, wie man eine allgemeine und über längere Zeit gültige Definition aufstellen könnte (vgl. Cant/Sharma 1999: 8f).

Aufgrund oben genannter Gesetze wird klar, dass sämtliche Methoden, die eine körperliche Untersuchung von PatientInnen bzw. eine Diagnose beinhalten, zu den ÄrztInnen vorbehaltenen Tätigkeiten zählen, und diese demnach auch nur von Personen, die ein abgeschlossenes Medizinstudium vorweisen können, ausgeübt werden dürfen, so beispielsweise auch die Irisdiagnostik, obwohl diese keine wissenschaftlich anerkannte Methode darstellt. Die Tatsache, dass es sich dabei um eine Untersuchung auf das Vorliegen von Krankheiten handelt, reicht dabei aus, um die Methode den ÄrztInnen vorzubehalten (vgl. Emberger/Wallner 2008: 12). Ebenso fällt bereits „eine Tätigkeit als >>Natur-Heilpraktiker<< (...) unter den Begriff >>Ausübung der Heilkunde<<“ (ebd.: 11).

Hingegen wären „Bestrahlungen einer Mineralienlampe oder das Auflegen von Blütenessenzen ohne vorangehende Diagnose“ aufgrund mangelnden, auf medizinisch-

wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhenden Hintergrundes nicht zu den ÄrztInnen vorbehaltenen Tätigkeiten zu zählen, ganz im Gegensatz zu Bachblütentherapievorschlügen, welche nach der Schilderung von Beschwerden erstellt werden, da es sich hierbei um einen medizinischen Vorgang handelt (vgl. ebd.: 16). Kennzeichnend für einen ärztlichen Vorbehalt ist demnach der Versuch der Untersuchung auf den Gesundheitszustand hin, wobei der medizinisch-wissenschaftliche Hintergrund der Methoden dabei keine Rolle spielt (vgl. ebd.: 11).

Im österreichischen Ärztegesetz ergeben sich zudem immer wieder Schlupflöcher, welche die Definitionen des ärztlichen Handelns und somit den möglichen Arbeitsraum von ÄrztInnen aufweichen, wie im Kommentar des Ärztegesetzes angegeben: „Der Arzt ist in der Wahl seiner Behandlungsmethode grundsätzlich frei. Er hat dabei nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung vorzugehen. (...) Daraus eröffnet sich ein nicht unbeträchtlicher Raum für die Anwendung sogenannter alternativer oder komplementärer Behandlungsmethoden im Rahmen der ärztlichen Berufsausübung (...)“ (ebd.: 11).

Auf diesen Paragraphen bezieht sich auch Bartik in ihrer Argumentation dahingehend, dass mit „Erfahrung“ auch die positive Erfahrung mit anderen Medizinsystemen gemeint sein kann, und die Methoden damit auch in das Kontingent der Praktizierenden aufgenommen werden können. Weiters argumentiert sie diesbezüglich, dass dies in weiterer Folge auch bewirken könnte, dass gewisse komplementärmedizinische Therapien auch von den Krankenversicherungen übernommen werden.

Durch die Anknüpfung des Krankenversicherungsrechts an das ärztliche Berufsrecht hat der Patient dann zusätzlich Anspruch auf Kostenersatz. Der Rechtsvergleich mit Deutschland unterstützt diese rechtliche Entwicklungslinie, denn bei Betrachtung der dortigen Rechtslage konnte festgestellt werden, dass sich die Therapiefreiheit durch das Anlegen eines strengen Maßstabes an die Sorgfaltspflicht des Therapeuten realisieren und auch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung kostenwirksam integrieren lässt. (Bartik 2002: 115)

Demnach sind in Österreich sämtliche Methoden, welche eine Untersuchung auf den Gesundheitszustand einer Person und/oder eine Diagnose eines krankhaften Zustandes beinhalten, ÄrztInnen vorbehalten. Es gibt allerdings auch komplementärmedizinische Methoden, welche von Laien durchgeführt werden dürfen, soweit einige Regelungen nicht verletzt werden:

Der Handlungsraum eines medizinischen Laien ist insofern eingeschränkt, als dass er keine Tätigkeiten vornehmen darf, die in den ärztlichen oder physiotherapeutischen Vorbehaltsbereich fallen. (...) Er darf weder Vermutungen über Diagnosen noch Empfehlungen aussprechen. Zum Beispiel stellt das Streichen mit der Innenseite der Hand entlang des Körpers ohne Berührung, das Aufspüren von Verspannungen im Bereich der

Nieren, (...) das Vermuten eines Selen- oder Zinkmangels keine Untersuchung im Sinne des § 2 Abs 3 Ärztegesetz dar. Demzufolge liegt kein Eingriff in den ärztlichen Vorhaltsbereich vor. (Princic 2010: 12)

Natürlich sind auch hier mehrere Berufsgruppen betroffen: es gibt Laien, die komplementärmedizinische Methoden nebenberuflich ausüben, aber auch solche, die diese Verfahren als Hauptberuf nutzen. Zudem muss manchen Tätigkeiten eine Ausbildung vorangehen, beispielsweise ist das bei manchen Methoden der Körperarbeit der Fall, wo Massagekenntnisse oder eine Physiotherapieausbildung als Grundlage für die Berufsausübung gefordert sind. Ärzte dürfen natürlich auch Methoden anwenden, die als „freies Gewerbe“ auch von Laien angewandt werden dürfen, wie beispielsweise Klangschalenanwendungen und Lichttherapie“ (vgl. ebd.: 160f).

2.1.3.2 Staatlich anerkannte Weiterbildungsmöglichkeiten für ÄrztInnen in Österreich

Wie in späteren Kapiteln behandelt werden wird, gibt es bereits während des Studiums an der Medizinischen Universität Wien die Möglichkeit, an Wahlfächern, die sich mit Komplementärmedizin beschäftigen, teilzunehmen. Diese bieten eine Einführung in spezielle Methoden, beispielsweise Akupunktur, Hypnose und Homöopathie, oder einen Überblick über komplementärmedizinische Therapieformen. Am Beispiel des Einführungsseminars in Akupunktur ergibt sich für die Studierenden hier die Möglichkeit, sich diese Veranstaltung für eine spätere Ausbildung anrechnen zu lassen.

Nach dem Medizinstudium besteht die Option, spezielle Diplome für einzelne, in Österreich den ÄrztInnen vorbehaltene Methoden zu erwerben. An der Medizinischen Universität Wien (MUW) existiert ein postgradualer Universitätslehrgang für medizinische und zahnmedizinische Hypnose (vgl. URL 3). Seit dem Wintersemester 2010/2011 bietet die MUW auch einen Postgraduate-Lehrgang für traditionell chinesische Medizin (TCM) an (vgl. URL 4).

Auch in anderen postgradualen Lehrgängen zeigen sich komplementärmedizinische Einflüsse, so wird beispielsweise bei dem Universitätslehrgang „Interdisziplinäre Schmerzmedizin“ auch auf alternative Behandlungsverfahren wie Entspannungstechniken, Hypnose, Biofeedback, Akupunktur, TCM und andere, bei ihnen als Naturheilverfahren bezeichnete Methoden eingegangen (vgl. URL 5).

Zudem gibt es von der Österreichischen Ärztekammer ausgestellte Spezialdiplome in folgenden komplementärmedizinischen Fachgebieten: Akupunktur, Anthroposophische Medizin, Applied Kinesiology, Chinesische Diagnostik und Arzneitherapie, Diagnostik und Therapie nach Dr. F. X. Mayr, Homöopathie, Kneippmedizin, Manuelle Medizin, Neuraltherapie und Phytotherapie (vgl. URL 6).

Die hier verlangte Mindeststundenanzahl für die einzelnen Diplome variiert deutlich, so benötigt man beispielsweise 350 Stunden für ein Diplom der Österreichischen Ärztekammer in Homöopathie (vgl. URL 7), 180 Stunden für Diagnostik und Therapie nach Dr. F. X. Mayr (vgl. URL 8), 107 Stunden für Neuraltherapie (vgl. URL 9) und nur 96 Stunden für Phytotherapie (vgl. URL 10).

Der postgraduale Universitätslehrgang für TCM umfasst eine 690 Stunden dauernde Ausbildung und kann auf fünf Semester aufgeteilt absolviert werden (vgl. URL 4). Im Gegensatz dazu beschränkt sich der Lehrgang für Hypnose auf sieben Wochenendseminare innerhalb von zwei Semestern (vgl. URL 3).

2.1.4 Komplementärmedizin außerhalb von Österreich

Aufgrund der Vielzahl an weltweit existierenden Konzepten zu medizinischem Pluralismus weltweit möchte ich an dieser Stelle nur einen exemplarischen Überblick über die Situation einiger ausgesuchter Länder, nämlich Deutschland, Indien, China, Iran, Kuwait und USA, geben. Eine detaillierte Darstellung der rechtlichen Lage und des Angebots an komplementärmedizinischen Methoden in der ganzen Welt würde wohl bei weitem den Umfang meiner Diplomarbeit sprengen.

Weltweit gibt es laut Köntopp grundsätzlich vier Typen von Gesundheitssystemen:

- Das monopolistische System, in welchem nur die Schulmedizin erlaubt ist und andere Heilmethoden bzw. eine Behandlung durch medizinische Laien (...) verboten sind.
- Das tolerante System, wo zwar nur die Schulmedizin offiziell zugelassen ist, aber das Praktizieren verschiedenster Formen der Komplementärmedizin vom Gesetz her toleriert wird.
- Das inklusive System, in welchem moderne und alternative Methoden als Elemente des Gesundheitswesens anerkannt sind (z.B. mittleres und südliches Asien)
- Das integrierte System, wo offiziell mehrere medizinische Systeme zu einem einzigen Gesundheitswesen zusammengefasst werden (z.B. China, Nepal, Korea) (Köntopp 2004: 44)

Mit diesem Einteilungsverfahren wird mittlerweile weitgehend gearbeitet (vgl. Bartik 2002, Monckton et al. 1999).

2.1.4.1 Europa

In Europa allgemein sind nur das monopolistische und das tolerante System sowie eine Mischform aus beiden Varianten vertreten. Die Schweiz ist ein Beispiel für alle drei Systeme, da sie je nach Kanton unterschiedliche Regelungen hat (vgl. Köntopp 2004: 44).

Zu den monopolistischen Ländern gehört beispielsweise Österreich, in Deutschland wird das tolerante System praktiziert (vgl. Monckton et al. 1999: 34f).

Somit findet sich in Deutschland eine ganz andere Lösung für die Frage, wer komplementärmedizinische Methoden praktizieren darf, als in Österreich. In Deutschland existiert der Beruf des zugelassenen Heilpraktikers, welcher an kein Medizinstudium und auch keine einheitlich geregelte Ausbildung gebunden ist. Es ist lediglich eine einheitliche schriftliche und mündliche Prüfung zu bestehen, und der Forderung danach Folge zu leisten, nicht die Gesundheit anderer Menschen zu gefährden, um Menschen komplementärmedizinisch behandeln zu dürfen (vgl. URL 11).

Im Gegensatz zu den zugelassenen Heilpraktikern gibt es in Deutschland auch die Möglichkeit, sich nach einem abgeschlossenen Medizinstudium komplementärmedizinisch weiterzubilden und damit auch als praktizierende/r Arzt/Ärztin zusätzlich andere Methoden anzubieten. Durch die wesentlich höhere Anzahl an praktizierenden KomplementärmedizinerInnen als hierzulande ergibt sich natürlich auch ein sehr großer Pool an angebotenen Methoden, jedoch schwankt die Qualität aufgrund der nicht vorhandenen Einheitlichkeit der Ausbildung merklich (vgl. Bartik 2002: 3f).

Der Beruf des Heilpraktikers hat vermehrt Kritik hervorgerufen, beispielsweise erwähnt Köntopp, dass es mittlerweile zwar zahlreiche Heilpraktikerschulen gibt, deren Besuch allerdings freiwillig ist und der Wissenstand der einzelnen Heilpraktiker daher sehr stark schwankt (vgl. Köntopp 2004: 52f). Bedenkt man, dass Heilpraktiker neben manuellen Therapien wie Massagen, energetischen Therapien wie zum Beispiel dem Einsatz von Schüssler-Salzen und anderen Therapien wie Hypnose ja auch invasive Therapien wie Injektionen, Infusionen, Akupunktur und Neuraltherapie durchführen dürfen (vgl. URL 11), dann verstärkt sich die Frage nach der Qualitätssicherung im Heilpraktikerberuf:

Der im Heilpraktikergesetz relativ niedrig angesetzten unmittelbaren Qualifikationsanforderung steht ein kaum eingeschränktes Tätigkeitsfeld in der Heilkunde gegenüber, was bei dem Versuch Standards zu setzen naturgemäß zu Spannungen führt. (Bartik 2002: 84)

Einen weiteren Punkt in der Diskussion hebt Willich hervor. Seinen Forschungsergebnissen folgend gaben 80-90% der Deutschen an, bereits komplementärmedizinisch behandelt worden zu sein, immerhin drei Viertel der Allgemeinärzte wenden zumindest hin und wieder komplementäre Therapien an, stehen aber in keinem zahlenmäßigen Verhältnis zu den vielen praktizierenden Heilpraktikern, welche vor allem von Menschen aufgesucht werden, die nicht wissen, dass es auch ÄrztInnen mit Zusatzausbildungen auf diesem Gebiet gibt (vgl. Willich 2001: 40).

Demnach ist auch die Aufklärung der Bevölkerung in Deutschland nicht flächendeckend gegeben. Dieses Faktum in Verbindung mit jenem, dass Deutschland für europäische Verhältnisse die freigiebigsten rechtlichen Regelungen hat, sollte nachdenklich machen, da sich dahinter ein Risiko für die PatientInnen verbirgt, wie Bartik anmerkt:

In der Literatur wird die Ausbildung zum Heilpraktiker und insbesondere auch die anschließende Fortbildung heftigst kritisiert. Gerade weil es in Deutschland eine nur geringfügig eingeschränkte Kurierfreiheit bei gleichzeitiger Freiheit der Methodenwahl gibt, sind die medizinischen Kenntnisse des Therapeuten für das Wohl der Patienten entscheidend. (Bartik 2002: 84)

Wenn diese medizinischen Kenntnisse allerdings nur dem in der Heilpraktikerprüfung abgefragten, minimalen Umfang entsprechen und der/die Praktizierende sich nach der Absolvierung jener nicht ausreichend weiterbildet, so kann dies wegen Unterqualifikation im schlimmsten Falle den PatientInnen schaden.

2.1.4.2 Andere Länder

Ross erwähnt eine Tatsache, die in der westlichen Kultur oft außer Acht gelassen wird: die euro-amerikanische Schulmedizin ist nicht überall das dominierende Medizinsystem.

Not surprisingly, Western scientific medicine is currently quite the alternative *other* in most remote and impoverished areas of the world, where it is regarded as a last resort, due to lack of accessibility and great cost relative to local resources. (...) Indeed, what is deemed alternative at a particular time and place is often a mainstream practice in another time and place. Users and providers of remedies, along with governmental and administrative authorities do not tend to share the same meanings. (Ross 2012: 5)

Zudem stellt sie fest, dass das Praktizieren und die Inanspruchnahme komplementärer Medizin stets mit Klasse und Ethnizität verbunden ist und daher hochgradige politische Prozesse darstellt (vgl. ebd.: 3). Willich geht davon aus, dass 75% der Weltbevölkerung vorwiegend alternative Therapien in Anspruch nehmen (vgl. Willich 2001: 37).

Die grundlegenden Themen in der Beantwortung der Frage, aufgrund welcher Kriterien man sich für die Beanspruchung eines Medizinsystems entscheidet, sind also Kosten und Zugänglichkeit, beides stark beeinflusst von der eigenen Herkunft und dem daraus resultierenden Status. Was zudem eine Rolle spielen kann, ist die Art und Schwere der Krankheit. So wird bei akuten Krankheiten, falls als Option zur Verfügung stehend und leistbar, meist die Schulmedizin bevorzugt, sowohl in Europa, als auch in anderen Ländern (vgl. Cant/Sharma 1999: 183). Allerdings wird die Entscheidung in Europa eher nach anderen Kriterien gefällt, wie unter anderem den Ideologien der PatientInnen und ihrer Vereinbarkeit mit der Schulmedizin, da jene hier die „billige“ Medizin darstellt, ganz im Gegensatz zu beispielsweise Indien. Dort haben sich eigene Formen von Ayurveda und Homöopathie gebildet, die auch staatlich anerkannt und im Verhältnis billiger als westliche Schulmedizin sind (vgl. ebd.: 177, Interview Dr. Vogel: 2776-2781).

Die WHO nennt als die weltweit am häufigsten angewendeten komplementärmedizinischen Methoden Ayurveda, die traditionell chinesische Medizin, Chiropraktik, Homöopathie und Unani (vgl. WHO 2001: 2f).

Ich möchte hier einen beispielhaften Überblick über einige verschiedene Möglichkeiten geben, verschiedene Medizinsysteme miteinander zu verbinden und zeigen, dass Schulmedizin nicht überall eine solche Monopolstellung hat, wie in Österreich.

In Indien sind Ayurveda, Siddha, und Unani genauso vom Staat anerkannt wie auch Yoga, Naturopathie und Homöopathie. Alle diese Praktiken sind in das Gesundheitssystem Indiens integriert. In 2860 staatlichen Krankenhäuser werden Homöopathie und traditionelle Medizin angeboten, welche auch von den Krankenversicherungen getragen wird (vgl. ebd.: 132ff).

Ein ähnliches Bild zeigt sich in China, wo die traditionell chinesische Medizin seit 1982 ebenso staatlich anerkannt wird wie die westliche Schulmedizin. Es gibt sowohl 2500 eigene TCM-Krankenhäuser als auch TCM-Stationen in 95% der schulmedizinischen Kliniken. 50% der ländlichen Mediziner bieten eine Versorgung mit beiden Systemen an. Selbst die traditionelle Kräuterkunde kann auf einer universitären Basis erlernt werden. Die Ausbildung zum TCM-Mediziner dauert üblicherweise fünf Jahre. Während der schulmedizinischen Ausbildung müssen von den StudentInnen auch Kurse in TCM besucht werden und umgekehrt. Dafür werden auch Therapien beider Richtungen von der Krankenversicherung getragen (vgl. ebd.: 148-152).

Somit sind sowohl Indien als auch China exzellente Beispiele für das integrierte System, da

hier mehrere verschiedene medizinische Richtungen miteinander verbunden existieren und die Schulmedizin keine übergeordnete Rolle in der Versorgung der Allgemeinbevölkerung spielt.

In der arabischen Welt besteht ein großer Markt für Kräutermedizin. In die Erforschung der pflanzlichen Wirkstoffe wird viel investiert, so hat beispielsweise der Iran in den letzten 15 Jahren mehr als 2500 Pflanzen untersucht, um nach klinischen Forschungen über 150 neue, lizenzierte Zertifikate für pflanzliche Medizinprodukte auszustellen. Hier besteht ein großes Interesse daran, altes medizinisches Wissen durch die neueste Forschung zu ergänzen (vgl. ebd. 76). Auch in Kuwait floriert der Markt mit pflanzlichen Heilmitteln, wobei die Ausübung traditioneller Medizin hier beispielsweise verboten ist (vgl. ebd.: 84).

In den USA wurde 1997 bei einer Umfrage festgestellt, dass 42,1% der Amerikaner mindestens eine komplementärmedizinische Methode ausprobiert haben. Dort werden auch zunehmend mehr dieser Leistungen von den Krankenversicherungen übernommen, zumindest als buchbare Zusatzpakete. Chiropraktische Therapien genießen hier eine Sonderstellung und werden nicht selten ganz von den Versicherungsträgern bezahlt (vgl. WHO 2001: 65, 71).

2.1.5 Kritik der Komplementärmedizin an der Schulmedizin

Seit die Schulmedizin in Europa einen monopolistischen Status erreicht hat, bleibt auch Kritik an ihr nicht aus. Diese wird sowohl von Patienten und Praktizierenden anderer Heilweisen als auch von Personen innerhalb des schulmedizinischen Systems geübt.

Zu den am häufigsten verwendeten Kritikpunkten zählt der geringe PatientInnenkontakt, die fehlende Forderung nach Eigeninitiative der PatientInnen, die Sichtweise auf den Menschen als biologisches Zellkonstrukt und die Krankheit als zu behebender Fehler. Dies sind alles Faktoren, die in komplementären Medizinsystemen angeblich nicht nur anders, sondern auch besser gelöst worden sind (vgl. Ross 2012, Köntopp 2004, Princic 2010, Altmann 2009, Cant/Sharma 1999).

Auf die Frage nach den Beweggründen der Inanspruchnahme der Komplementärmedizin können Motive medizinischer, emotional-intrinsischer sowie praktischer Art gefunden werden. Zu den medizinischen Gründen zählen u.a. die geringen Nebenwirkungen und sanfteren Wirkungsweisen der Komplementärmedizin, die ganzheitlichen Behandlungsansätze und die rasche Symptomverbesserung nach einer Behandlung. (...) In der Zusammenarbeit mit ihren behandelnden Therapeuten zeigt sich unter den Nutzern ein hohes Maß an Compliance. Diese Tatsache spiegelt wiederum das mehrfach festgestellte große Interesse der Komplementärmedizinnutzer an der eigenen Gesundheit wider. (Köntopp 2004: 283)

Selbstverständlich trägt auch die veränderte Rolle der PatientInnen ihren Teil zu einer vermehrten öffentlichen Aufmerksamkeit und einer Veränderung des ärztlichen Aufgabenbereichs bei, wie bereits erklärt wurde.

Cant und Sharma beziehen sich in ihrer Argumentation vor allem auf die Kritik der PatientInnen an der Schulmedizin, welche vor allem Mitspracherecht, Zeit und, bezogen auf chronische und/oder drastische Krankheitsfälle, auch Erklärungsmodelle von ihren ÄrztInnen fordern, die über biomedizinische Falldiagnosen hinausgehen (vgl. Cant/Sharma 1999).

Certainly, it is widely agreed that users of alternative medicine desire more from their relationship with their practitioners, in particular that they be more involved in the healing process. (...) The relationship between the alternative medical practitioner and the user may also be radically different, offering a more personal approach that is concentrated on the whole person. (Cant/Sharma 1999: 26)

2.1.6 Kritik der Schulmedizin an der Komplementärmedizin

Trotzdem gibt es selbstverständlich auch Kritikpunkte an komplementärmedizinischen Methoden. Vor allem die fehlende Wissenschaftlichkeit und Nachprüfbarkeit der Wirksamkeit werden genannt.

Bock (1993) hat vor nahezu 20 Jahren ein Werk über die Unterscheidung von „wissenschaftlicher und alternativer“ Medizin publiziert, welches auch heute noch im Österreichischen Ärztegesetz als Nachschlagewerk bei § 42 betreffend der Nichtwissenschaftlichkeit von komplementärer Medizin geführt wird (vgl. Emberger/Wallner 2008: 156). In diesem Werk spricht er sich ganz klar gegen die mögliche positive Wirkung von komplementärmedizinischen Methoden aus und zweifelt sogar daran, dass jene jemals in Konkurrenz zum schulmedizinischen System treten könnten. „Ob die Kritik an der Schulmedizin zunimmt, ob die Alternativmedizin immer mehr Anhänger findet, wie ihre Apologeten behaupten, sei dahingestellt; die einschlägige Literatur bis in das vorige Jahrhundert zurück läßt Zweifel aufkommen“ (Bock 1993: 99). Er argumentiert folgendermaßen: „Auch innerhalb der kurativen Medizin ist überall dort, wo akute Krankheit lebensbedrohlich ist, wo chronische Leiden fortschreiten und zu Siechtum und vorzeitigem Tod führen, wenn überhaupt allein die Schulmedizin erfolgreich, die Alternativmedizin nirgends, auch und erst recht nicht dort, wo die Schulmedizin hilflos ist“ (ebd.: 48f).

Wiesing hingegen weist eindringlich darauf hin, dass der fehlende Wirksamkeitsnachweis nicht als Argument gegen die Komplementärmedizin verwendet werden sollte, da man ihn

genauso auch gegen die Schulmedizin einsetzen könnte: „Viele der von ihr gelehrt und angewandten Verfahren sind in ihrer Wirksamkeit nicht überprüft, und viele wirksame Verfahren werden von Ärzten bei Indikationen angewandt, bei denen ihre Unwirksamkeit längst bewiesen ist, auch wenn die Werbung stets die plausibelsten Wirkmechanismen und eindrucksvollsten Erfolge zu verkünden weiß“ (Wiesing 2004: 75).

Diese Tatsache wurde mir auch mehrfach in meinen Interviews bestätigt, wie ich weiter unten noch ausführen werde.

Auch vermerkt Wiesing, dass bei der allgemein geforderten empirischen Überprüfung komplementärmedizinischer Methoden keineswegs Chancengleichheit herrscht – ein neues Medikament ist bereits nach wenigen guten und positiv abgeschlossenen Studien am Markt erhältlich, während die Homöopathie bereits zahlreiche gute Studien vorweisen kann und ihr nach wie vor von der Wissenschaft kein Vertrauen geschenkt wird (vgl. ebd.: 81).

Bartik betont hingegen die Bedeutung der Wissenschaftlichkeit bei medizinischen Methoden, weil sie die Grundlage für viele rechtliche Fragen in Bezug auf die Unterscheidung zwischen Humanexperimenten und Heileingriffen bietet und damit auch Fragen bezüglich der Kostenübernahme durch Versicherungsträger beeinflusst (vgl. Bartik 2002: 15).

Auch positive Zuschreibungen an die Komplementärmedizin können eine Kritik an der Schulmedizin repräsentieren: so gelten komplementärmedizinische Therapien im Volksmund als sanfte, natürliche und nebenwirkungsfreie Methoden, verglichen mit jenen der Schulmedizin, die für ihre als reaktiv und aggressiv geltenden Behandlungen in Verruf geraten ist (vgl. Altmann 2009: 136). Bock setzt dem entgegen, dass es sich bei komplementären Methoden keinesfalls um nebenwirkungsfreie handelt und spekuliert sogar auf eine mögliche Intoxikation durch komplementärmedizinische Medikation, da die Inhaltsstoffe nicht immer restlos geklärt sind (vgl. Bock 1993).

Ross vermerkt hierbei auch regionale Unterschiede im Umgang mit „anderen“ Methoden. In Europa kommt es erst langsam zur Wertschätzung althergebrachter und auch bislang unbekannter Methoden, wogegen Indien, Japan und China schon lange mehrere Medizinsysteme als gleichwertig erachten. Bei uns steigt nun vor allem das finanzielle Interesse an kostengünstigeren Methoden, beziehungsweise an einer Luxusmedizin für die Elite (vgl. Ross 2012: 7f). Diese Phänomene lassen sich beispielsweise einerseits in den zahlreichen europäischen Studien zur Kosteneffizienz komplementärmedizinischer Methoden beobachten, sowie andererseits bezogen auf den Wellness-Boom, der sich unter anderem

zahlreiche außereuropäische Massage- und Körperpflegetechniken zunutze macht, um das Angebot erweitern zu können.

Zudem scheint Ross den Grund dafür gefunden zu haben, weshalb sich vor allem europäische Schulmediziner kaum mit anderen medizinischen Konzepten anfreunden können:

Western scientific and medical education teaches young learners that the world operates according to the principles of Newton and Descartes in a manner that prioritizes the workings of the macroscopic physical and biological sciences and the notion of the neutral observer, making its pupils uneasy with the non-Western models of health, illness and healing that employ nonphysical elements, which are difficult to measure and compare, such as one or multiple souls or spirits, or the ebb and flow of life force and healing energy through the bodies of participants as experienced during healing rituals. (Ross 2012: 12)

Sie spricht auch von der Idee der „magic bullet“ in der Schulmedizin: das Konzept einer einzig wahren, sofort Heilung bringenden Munition, die den ultimativen Feind Krankheit bekämpft. Im Gegensatz dazu sehen wir uns in anderen medizinischen Systemen oft mit multiplen Krankheitsursachen konfrontiert, welche auch mehrere Behandlungsmöglichkeiten eröffnen bzw. fordern. So würde man bei einer Konsultation von fünf Schulmedizinern wahrscheinlich fünf Mal dasselbe Medikament verschrieben bekommen, bei dem Aufsuchen von fünf verschiedenen TCM- oder Ayurveda-Ärzten eventuell mit fünf verschiedenen Kräutermischungen und/oder Therapievorschlügen zurückkehren (vgl. Ross 2012).

Diese unterschiedlichen Denkweisen fordern eine enorme Offenheit und einen Willen zum Verständnis anderer Systeme, welche in der westlichen schulmedizinischen Ausbildung nicht am Lehrplan zu stehen scheinen. Willich sieht hierbei einen Vorteil für jene Gesellschaften, die von Anfang an multikulturelle Erfahrungen gemacht haben und nennt als gutes Beispiel die USA, wo komplementären Methoden wesentlich offener begegnet wird als in Europa (vgl. Willich 2001: 45).

Princic bringt die Auseinandersetzung zwischen Schul- und Alternativmedizin auf den Punkt:

Während die Schulmedizin – überspitzt formuliert – also Vertreterin des Mensch-Maschinen-Konzeptes ist und zur Bestätigung ihrer Ergebnisse die menschlichen Bestandteile misst, wiegt und analysiert, betet die Alternativmedizin das „Gespenst“ der Ganzheit an. Das Ganze sei eben „mehr“ als nur die Summe seiner Teile. Ihre Vertreter werden mit der Einmaligkeit und der Individualität ihrer Klienten und geben ihnen auch gezielt ihr Selbstwertgefühl wieder. Damit scheinen sie eindeutig einen Nerv der Gesellschaft getroffen zu haben. (Princic 2010: 364f)

Unisono betrachtet auch Engelhart die derzeitige Situation. Er allerdings sieht große Chancen zur Rehabilitation der Schulmedizin durch eine Anpassung an die heutigen Bedürfnisse von PatientInnen:

Nicht eine besondere Therapieeinrichtung, etwas homöopathische und anthroposophische Arzneimittel oder Akupunktur, ist als solche ganzheitlicher als die Schulmedizin. Ganzheitlichkeit sollte deshalb kein Besitzanspruch, sondern eine Herausforderung sein, die darin besteht, nicht allein auf die Krankheit zu fokussieren, sondern auch den Patienten mit seinen vielfältigen Dimensionen einzubeziehen. (...) Neben Wissen und Können des Arztes benötigen Patienten eine gute zwischenmenschliche Beziehung zu ihm. Ein Arzt, der zuhört, gibt Vertrauen. (...) Wir können heute besser Krankheiten diagnostizieren und therapieren als früher, aber medizinische Technologie sollte kritisch und besonnen eingesetzt werden. Wir brauchen auch eine stärkere Einbeziehung des Patienten in das Behandlungskonzept. Wenn dies gelingen sollte, wird die derzeitige Popularität der alternativen Medizin ihren Zenit überschreiten. (Engelhart 2007:77f)

2.2 Medizinischer Pluralismus

Medizinischer Pluralismus als solcher bezeichnet die Existenz mehrerer medizinischer Richtungen in einer Gesellschaft, wovon meist eine die dominierende, staatlich anerkannte Methode ist und daher in Konkurrenz zu den anderen Methoden steht.

Dieses Konzept ist in der Medizinanthropologie unserer Tage ein oft diskutiertes Phänomen (vgl. Ross 2012, Van Eeuwijk 2010, Lock/Nguyen 2010, Cant/Sharma 1999, Goldstein 1999, Worsley 1982), doch entgegen der Meinung mancher Medien keine neue Erscheinung: „Historisch lässt sich kaum ein Medizinsystem finden, das nicht auch seine Gegen- oder Alternativmedizin gekannt hätte. Zu den Phänomenen der Kultur- und Medizingeschichte gehört das simultane Bestehen verschiedener, häufig konkurrierender Heilweisen und die Vorstellung darüber, wie man mit Gesundheitserhaltung und Krankheitsbekämpfung am besten umzugehen hat“ (Köntopp 2004: 46). Die Aktualität der momentanen Debatten begründet sich also auf etwas anderem, und zwar auf der nun vermehrten Aufmerksamkeit der Bevölkerung, die auf eine Fülle neuer Gesetze und Verordnungen auf dem Gebiet der (Komplementär-) Medizin hingewiesen wird, da sich der Staat gezwungen sieht, rechtliche Maßnahmen zur Regelung medizinischer Fachkompetenzen zu setzen. Doch auch das Zentrum der Diskussionen rund um Medizinpluralismus wandelt sich von Zeit zu Zeit.

Wie Van Eeuwijk beschreibt, erreichte die wissenschaftliche Begeisterung für das Pluralismuskonzept ihren ersten Höhepunkt in den 1970er und 1980er Jahren, gefolgt von einer Auseinandersetzung mit den politischen Strukturen innerhalb medizinpluralistischer Systeme, beispielsweise In- und Exklusionsproblematiken aufgrund von Religion, Ethnie und Klasse im nächsten Jahrzehnt. Heute werden Globalisierungsdebatten in das Zentrum des Pluralismuskonzeptes gerückt und man beschäftigt sich vorrangig mit Begriffen wie Hybridisierung, Transnationalismus und „Glokalisierung“ (lokale Auswirkungen der

Globalisierung) und ihren Auswirkungen auf das Neben- und Miteinander verschiedener medizinischer Konzepte (vgl. Van Eeuwijk 2010: 140f).

Ein zentrales Thema der heutigen Auseinandersetzung mit medizinischem Pluralismus ist damit, dass (zeitliche) Gleichzeitigkeit und (räumliches) Nebeneinander von Medizinsystemen nicht mehr im Mittelpunkt der Forschung stehen. Durch das Auftreten von globalen AkteurInnen und der virtuellen Vernetzung der Welt kam es zur Entstehung neuer „health communities“ und der Wandlung von Medizinsystemen zu eigenen medizinischen Kulturen, die weltweit gelebt werden (vgl. ebd.: 146, 161f).

Van Eeuwijk ist zudem der Meinung, dass Medizinsysteme „die gesamte soziale und kulturelle Vielfalt einer Gesellschaft [widerspiegeln]. Folgerichtig ist medizinischer Pluralismus das Abbild einer pluralistischen Gesellschaftsstruktur“ (ebd.: 144).

Ohne Frage ist es also ein Faktum, dass nahezu überall auf der Welt verschiedene medizinische Strömungen neben- bzw. miteinander existieren. Doch die Art und Weise, in der sich das auf gesellschaftliche Strukturen auswirkt, ist kein statisches, einfach zu dokumentierendes Phänomen, da sich auch die Möglichkeiten, wie diese Strömungen sich verbreiten und kommuniziert werden, ständig im Wandel befindet und daher immer neue Debatten mit aktuellen Inhalten auslöst.

Wichtig an dieser Stelle zu erwähnen ist auch, dass Medizinpluralismus nicht bedeutet, dass das Nebeneinander mehrerer medizinischer Strömungen auch ein harmonisches Miteinander im Sinne einer Inklusion in das Gesamtsystem bedeutet. Deshalb sind nicht-dominierende Systeme meist gezwungen, sich entweder Nischenbereiche zu suchen oder sich zu professionalisieren, wie es beispielsweise die ayurvedische Medizintradition in Indien getan hat (vgl. Van Eeuwijk 2010: 154f).

That different kinds of medicine can work hand-in-hand, China has proved. But conceptually, the acceptance of Western medicine ultimately entails an understanding of its theoretical base. We are a very long way indeed from that situation over most of the world. (Worsley 1982: 345)

2.3 Medikalisierung

Als Medikalisierung beschreibt Conrad „a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders“ (Conrad 2007: 4). Gemäß dieser Definition sind Medikalisierungsprozesse gekennzeichnet durch eine

Verschiebung vom sozialen Raum in den Zuständigkeitsbereich der Medizin, welche dadurch, durch Gesetze geregelt, der Eingriff in das menschliche Leben erlaubt werden kann.

Michel Foucault stellte in seinem Werk „Die Geburt der Klinik“ eine Veränderung im medizinischen Alltag und Handeln fest:

Nicht nur die Namen der Krankheiten und die Gruppierungen der Symptome haben sich gewandelt, sondern vor allem die fundamentalen Wahrnehmungskodes, mit denen man an die Körper der Kranken heranging, das Gegenstandsfeld der Beobachtung, die Flächen und Tiefen, die der Blick des Arztes durchlief, eben das gesamte Orientierungssystem dieses Blickes. (Foucault 1976: 69)

Seinen Erkenntnissen zu der veränderten PatientInnenwahrnehmung und der immer stärker werdenden Dominanz von Medizin und Politik folgend wurde der Begriff der „Medikalisierung des Lebens“ (Illich 2007 [1977]: 15) unter anderem in den 1970er Jahren von Illich geprägt, welcher von der „Epidemie der Iatrogenesis“ (ebd.: 9), also von einem Ausbruch neuer, von ÄrztInnen erschaffener Krankheiten schrieb.

Im letzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts entwickelten die Normen und Standards des Krankenhauses sich zu fundamentalen Kriterien der Diagnose und Therapie. Damit dies geschehen konnte, war es nicht erforderlich, alle abnormen Merkmale als pathologisch zu bezeichnen; es genügte vollauf, daß die Krankheit – als Abweichung von der klinischen Norm – die Intervention des Arztes legitimierte, indem sie eine Orientierung für die Therapie bot. Die Epoche der Krankenhausmedizin, die kaum mehr als anderthalb Jahrhunderte dauerte, geht ihrem Ende entgegen. Überall in der Gesellschaft werden klinische Meßmethoden angewandt. Die Gesellschaft insgesamt ist zur Klinik geworden, und alle Bürger sind Patienten, deren Blutdruck dauernd überwacht und reguliert wird, damit er sich „innerhalb“ normaler Grenzen halte. (Illich 2007: 119)

Diese „Tyrannei des Normalen“ (Ross 2012: 22), wie Illich sie hier beschreibt, hat auch Ross zur Kenntnis genommen. Alles, was nur im Geringsten von der Norm abweicht, wird als Fehler der Natur betrachtet und sollte somit behandelt werden. Die besten Beispiele hierfür wären neue Krankheitsbegriffe wie ADHS oder Mikromastie und die Medikalisierung von Geburt und Alterungsprozessen (vgl. ebd.).

Ist eine Gesellschaft einmal so organisiert, daß die Medizin Leute zu Patienten erklären kann, weil sie ungeboren oder Neugeborene sind, weil sie sich in der Menopause oder irgendeinem anderen „gefährlichen Alter“ befinden, dann verliert die Bevölkerung unweigerlich einen Teil ihrer Autonomie an ihre Heiler. Die Ritualisierung der einzelnen Lebensstadien ist nichts Neues. Neu ist allerdings ihre intensive Medikalisierung. (Illich 2007: 56)

Conrad kritisierte ebenfalls den Versuch, sowohl der Mediziner als auch der Bevölkerung, eher ihre Körper an einen definierten Standard anzupassen, als etwas an den Begleitumständen zu ändern (vgl. Conrad 2007: 94). Er nannte es „Pathologization of Everything“ (ebd.: 148), während dieser gerade jene Unterschiede verglichen mit anderen Menschen, die uns doch so menschlich machen, in medizinische Probleme umgewandelt

werden. Doch es sind nicht nur die ÄrztInnen die treibende Kraft hinter der Medikalisierung: Konsumenten, Versicherungsmakler und die biotechnologische Industrie werden von Conrad ebenso als Verursacher des Problems genannt (vgl. ebd.: 156).

Laut Lupton besteht das zentrale und oft kritisierte Paradox der Medikalisierung darin, dass die in westlichen Gesellschaften praktizierte Medizin trotz ihrer Unfähigkeit, viele Krankheiten zu bekämpfen, und der von ihr verursachten Nebenwirkungen immer noch an Macht und Einfluss gewinnt (vgl. Lupton 1997: 95).

Ross hat ein weiteres, gutes Beispiel dafür gegeben: in einem Zeitalter, wo in Europa Kaiserschnitte durchgeführt werden, nur weil das Ende der Schicht des leitenden Arztes naht oder er sich vor Komplikationen und in Folge darauf vor rechtlicher Verfolgung fürchtet, haben PatientInnen nicht mehr das Gefühl, individuell und ganzheitlich behandelt zu werden (vgl. Ross 2012). Der Wunsch der modernen westlichen Schulmedizin danach, Natur und Zeit kontrollieren zu können, da prinzipiell davon ausgegangen wird, dass die Natur Fehler macht und man deshalb lieber mehr Maßnahmen ergreift als gar keine, wirkt sich negativ auf die Einstellung der PatientInnen zur Schulmedizin aus. Das führt zu einer verstärkten De-Medikalisierungsinitiative und zum Beispiel auch zu vermehrten Hausgeburten (vgl. ebd.).

Zusätzlich wenden sich viele Patienten komplementärmedizinischen Methoden zu, da sie gegen die Einstellung der Schulmedizin gegenüber Krankheit sind. Viele können sich eher mit der Ansicht anfreunden, dass Krankheit einen Prozess darstellt, der durchlebt und nicht unterdrückt werden muss. Dabei stoßen sie auf immer mehr paradoxe Vorgänge, die sie kontinuierlich weiter von der Schulmedizin wegtreiben. So schreibt Illich über Mandelentfernungen bei Kindern in den USA:

(M)ehr als 90 Prozent der in den USA vorgenommenen Tonsillektomien sind technisch unnötig (...) Alle verlieren wertvolle Immunisierungsmechanismen. Und alle werden emotionaler Aggression ausgesetzt: sie werden in eine Klinik eingesperrt, von ihren Eltern getrennt und der ungerechtfertigten, meist unmäßigen Grausamkeit des Medizin-Betriebs ausgesetzt. Das Kind erfährt, wie es ist, wenn man sich in der Hand von Technikern befindet, die in seiner Gegenwart eine Fremdsprache sprechen, in der sie Urteile über seinen Körper fällen; es erfährt, daß sein Körper Übergriffe von Fremden erdulden muß aus Gründen, die diese allein kennen; und es lernt darauf stolz zu sein, daß es in einem Land lebt, wo die Sozialversicherung für solche medizinische Initiation in die Wirklichkeit des Lebens aufkommt. (Illich 2007: 81)

Ich nehme also an, dass der Anstieg des Interesses an Komplementärmedizin generell daran liegt, dass die Menschen sich gegen die erhöhte Medikalisierung der Gesellschaft zu Wehr setzen.

Wer beispielsweise bei einer kurzen Konsultation des Schulmediziners wegen einer Verkühlung nicht gefragt werden will, welche teuren, aber von der Krankenkasse bezahlten Medikamente man ihm verschreiben soll, sondern gesagt bekommen möchte, welche Teemischung sich am besten dazu eignet, den Körper in dieser Phase zu unterstützen und die Symptome nicht zu unterdrücken, der muss mitunter den Arztbesuch und auch die Kräutermischung selbst bezahlen, obgleich er dadurch schneller genesen könnte als mit den teuren schulmedizinischen Medikamenten und damit auch rascher wieder für das Arbeitsleben einsatzfähig sein könnte.

Somit gehe ich davon aus, dass mit dem Grad der Medikalisierung und der Konzentration auf die Biomedizin bei den PatientInnen auch der Wunsch nach einer Rückkehr zu den Wurzeln steigt und sie sich mehr komplementärmedizinischen Maßnahmen zuwenden, da sie dort das Gefühl haben, ganzheitlich gesehen und behandelt zu werden, nicht Nummer und Kostenfaktor, sondern Mensch zu sein (vgl. Ross 2012, Köntopp 2004, Princic 2010, Altmann 2009, Cant/Sharma 1999).

2.4 Der Wandel der ärztlichen Identität

Natürlich hat die Medikalisierung nicht nur Einfluss auf die Einstellung der PatientInnen zu Medizin und ÄrztInnen ausgeübt, denn im Kontakt mit medizinischem Personal spiegeln sich veränderte Haltungen jenen bzw. dem System gegenüber wider.

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 Therapieversuch nicht mehr unreflektiert an. (Altmann 2009: 136)

Dies wiederum kann Auswirkungen auf die Konstruktion der persönlichen Identität von ÄrztInnen haben, ebenso wie eine Ausbildung in einer komplementärmedizinischen Methode sie haben kann, wie ich in diesem Kapitel erörtern werde.

Anthony P. Cohen beschrieb die Identitätsforschung als eine zentrale Aufgabe der Kultur- und Sozialanthropologie. Er setzte sie in Verbindung mit dem Gruppenzugehörigkeitsgefühl (vgl. Cohen 2000: Vorwort). Die Identität einer Person ist von mehreren Faktoren abhängig.

Einer der grundlegenden Parameter in der Identitätsfindung ist die Abgrenzung von anderen. Man muss also Dinge finden, durch die man sich von anderen Menschen unterscheidet, um definieren zu können, wer man selbst ist. Dies kommt vor allem in dem Erscheinungsbild ethnischer Identitäten zum Tragen, lässt sich allerdings gut auch auf andere Gruppen und Einzelpersonen übertragen.

Like social groups, persons experience their boundaries differently, according to their personal circumstances. The boundary may be experienced as an extension of the self: at the point where the brush makes contact with the canvas, or the mortar with the pestle. Similarly, societies and social groups extend themselves into the world through the webs of their relationships, their economic activities and their inscriptions of themselves on the landscape, and their boundaries are located at these points of their furthest extension, the points at which they see themselves located on geographical and social space. (Cohen 2000: 7)

In der Konstruktion von Identität markieren unter anderem Klasse, Geschlecht, Ethnizität und Sexualität sehr wichtige Parameter, denn durch sie ist eine Abgrenzung von anderen Individuen gut möglich, teils sogar objektiv sichtbar und nicht zu leugnen. Natürlich spielt auch der Beruf eine große Rolle, da er durch ein Gruppenzugehörigkeitsgefühl wiederum eine Exklusion von anderen Gruppen erlaubt. Aufgrund dessen gehe ich davon aus, dass auch eine komplementärmedizinische Zusatzausbildung Auswirkungen auf die Konstruktion der Identität hat, da nicht alle Mediziner eine solche Zusatzqualifikation besitzen und man daher von der Zugehörigkeit zu einer elitären Gruppe innerhalb der Ärzteschaft sprechen kann. Allerdings wird jedes Gruppenmitglied seine ganz eigene Idee seiner persönlichen Identität entwickeln, wie Maynard feststellte:

(...) if healers and other people engaged in medicine differ in what they do (and how they think of medicine, healing and so on), then how define themselves, and are defined by others, will likewise vary fundamentally. (Maynard 2007: 4)

Goldstein meinte folgendes zu der identitätsstiftenden Funktion von Komplementärmedizin:

What makes „alternative medicine“ a useful phrase is not its ability to define a clear-cut world of organizations and procedures. Rather, the cohesion represented by the phrase centers around a system of meaning with which a growing number of people are identifying. (Goldstein 1999: 133)

Somit geht es vor allem um das geteilte Gedankenkonstrukt, um geteilte Ansichten und Weltbilder, die Komplementärmediziner verbinden, und sei es nur ein kritischer Standpunkt gegenüber der Schulmedizin (vgl. ebd.: 134). Maynard ging davon aus, dass die Identitätsfindung nicht immer nur eine Besinnung auf Gegebenheiten, wie beispielsweise die geografische Herkunft oder Ethnizität darstellt, sondern durchaus auch eine Folge von Entscheidungen für oder gegen den Einsatz bestimmter Parameter, wie einer komplementärmedizinischen Zusatzausbildung oder das Praktizieren einer erlernten Methode,

sein kann (vgl. ebd.: 11). Somit ist die eigene Identität auch nichts Festgeschriebenes, sondern ein veränderlicher Prozess, wie auch Schmidhuber bemerkte:

(P)ersonale Identität ist nichts Starres oder Abgeschlossenes. Vielmehr kann sie gemäß den eigenen Wünschen, Vorstellungen und Überlegungen verändert werden – freilich immer nur innerhalb gewisser Rahmenbedingungen, die durch individuelle und soziale Bedingungen vorgegeben sind. (Schmidhuber 2010: 34)

Zusätzlich stellte sie fest, wie wichtig der Anerkennung anderer, insbesondere Mitgliedern von Gesellschaftsgruppen, denen man sich gerne anschließen möchte, ist, ebenso wie der Abschluss einer Ausbildung, bei der man das Gefühl hat, darauf folgend etwas Sinnvolles tun zu können. Diese Zufriedenheit wiederum kann auch einen Anstieg der Anerkennung von anderen bewirken und somit positive Auswirkungen auf die Konstitution der persönlichen Identität haben, abgesehen von dem entstandenen Gruppenzugehörigkeitsgefühl (vgl. ebd.: 104, 108). Berücksichtigt man nun die rasante Entwicklung der verschiedenen medizinischen Richtungen in Europa in den letzten 100 Jahren und die Auswirkungen der zunehmenden Medikalisierung und Technologisierung auf das Verhältnis zwischen ÄrztIn und PatientIn, so wundert es nicht, dass die Identität von Medizinern auch von diesem neuen Relationsverhältnis beeinflusst wird und wurde. Somit verändert sich allerdings nicht nur das Selbstbild der AkteurInnen, sondern auch das Bild, welches die Gesellschaft von Medizinern hat, wie Worsley bestätigt:

A by now voluminous literature has charted the decline of the doctor's authority and standing in the community (though it is still high). The source of that authority, the possession of a privileged monopoly of knowledge relevant to matters of health and illness, has been discredited. It is now increasingly believed that they know no more, often less, about the "nonmedical" dimensions of illness than others, professionals and otherwise, and invoke the authority of "science" often only in order to cover up their own uncertainties and shield themselves against the demands and criticisms of the laymen. (Worsley 1982: 321)

Resümierend lässt sich feststellen, dass die ärztliche Identität sehr wohl auch von Erfahrungen mit bzw. Ausbildungen in komplementärmedizinischen Methoden beeinflusst wird. Zudem hat auch die Medikalisierung und alle mit ihr verbundenen Veränderungen im Verhältnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen Auswirkungen auf die Konstruktion von persönlicher, ärztlicher Identität.

3. Komplementärmedizinische Methoden

An dieser Stelle möchte ich nur auf die einzelnen, von mir in der Feldforschung abgefragten, komplementärmedizinischen Methoden eingehen. Für meine Untersuchung habe ich mir acht Methoden, beziehungsweise Medizinsysteme ausgesucht: Ayurveda, Akupunktur, Bachblütentherapie, Homöopathie, Hypnose, tibetische Medizin, traditionell chinesische Medizin und traditionell europäische Medizin. Da Akupunktur, Homöopathie und Hypnose an der Medizinischen Universität Wien als Wahlfächer gelehrt werden, erschien es mir naheliegend, sie näher zu untersuchen, da ich hierbei von einem gewissen Grundwissen seitens der StudentInnen ausgehen konnte. Die Bachblütentherapie und die traditionell chinesische Medizin sind meinen Recherchen zufolge in Österreich auch weit verbreitet, weshalb ich sie ebenfalls in meine Liste aufnahm. Die traditionell europäische Medizin findet sich deshalb auch in meiner Liste, da sie den Ursprung unserer heutigen europäischen Medizin darstellt und es mir wichtig war, herauszufinden, inwieweit Wissen, beziehungsweise Interesse von Seiten der StudentInnen an diesem Fachgebiet vorhanden sind. Ayurveda und tibetische Medizin habe ich deshalb in meine Feldforschung inkludiert, da ich auch eine Art Kontrastgruppe durch Medizinsysteme schaffen wollte, die über eine jahrtausende alte Geschichte verfügen, allerdings bei uns noch nicht sehr weit verbreitet sind. In diesem Kapitel beziehe ich mich, neben anderen angegebenen Quellen, vorwiegend auf Informationen aus dem Brockhaus Alternative Medizin (Der Brockhaus Alternative Medizin 2008) und Vorlesungsinhalte aus denen von mir besuchten Vorlesungen.

3.1 Ayurveda

Der Begriff Ayurveda stammt aus Indien, wo es so viel wie „das Wissen von der langen Lebensdauer“ bedeutet. Somit geht es in den alten Schriften, den Veden, nicht nur um die Behandlung von Krankheiten, sondern vor allem um Gesundheitsvorsorge, welche mit verschiedensten Mitteln betrieben werden kann. Das höchste Ziel des Ayurveda ist die Bewusstseinsentwicklung, somit gehören Meditation und Yoga genauso zum Kanon der Behandlungsmethoden wie medizinische Therapien. Denn nach der Auffassung der alten Schriften ist Gesundheit auch ein Bewusstseinszustand, der von innen heraus entsteht und nicht nur von außen erzwungen werden kann. Es muss bei einer Behandlung immer die Einheit zwischen Körper und Geist betrachtet werden, da die Psychosomatik eine große Rolle spielt.

Im Ayurveda stützt man sich, ähnlich wie in der tibetischen Medizin (welche ihre Ursprünge in den alt-indischen Schriften hat) und der traditionell chinesischen Medizin, neben den fünf Elementen auf drei Doshas, also Funktionsprinzipien, genannt Vata, Pitta und Kapha.

Dieses System ist ähnlich jenem der Humoralpathologie, der so genannten Säftelehre, welche in der Geschichte der europäischen Medizin bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts eine große Rolle gespielt hat: „Zu Hippokrates’ Zeiten wurden die vier Körpersäfte Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle den vier Elementen Feuer, Wasser, Luft und Erde zugeordnet. Die Körpersäfte wurden dazu in ein System von Eigenschaften eingeordnet, so war Blut warm und feucht, Schleim kalt und feucht, gelbe Galle warm und trocken und schwarze Galle kalt und trocken“ (Der Brockhaus Alternative Medizin 2008: 223).

Im Ayurveda können jedem Menschen ein oder zwei Doshas (Mischtyp) zugeschrieben werden, ein wichtiger Schritt im Behandlungsverlauf, da jene Zuschreibung auch Auswirkungen auf ihn hat.

Vata, das Windprinzip, steht vorrangig für die Bewegung, also Transport und Informationsverarbeitung und beschreibt Eigenschaften wie trocken, kalt, hart, beweglich und leicht. Pitta, das Feuerprinzip, ist vor allem durch Begriffe wie Transformation, Verdauung, Emotion und Stoffwechsel zu beschreiben und steht stellvertretend für Eigenschaften wie flüssig, leicht ölig, heiß und akut. Kapha, das Wasserprinzip, beschreibt die Stabilität, Ausdauer, Struktur und Zusammenhalt und wird charakterisiert durch Schwere, Trägheit, Schleim, Weiche und Geschmeidigkeit.

Alleine aus dieser Beschreibung lassen sich meist bereits erste Rückschlüsse, beispielsweise auf den Körperbau, das Aussehen und die Lebensweise des Konstitutionstyps ziehen, weshalb der erste Schritt der Anamnese, die Bestimmung jenes oder jener zwei Typen, durch eine Antlitzanalyse meist schnell von statten gehen kann. Jedem Dosha sind neben den genannten Haupteigenschaften auch Zeitrhythmen und Jahreszeiten zugeschrieben.

Jedoch lässt sich somit nur der derzeitige Zustand einer Person definieren. Im Ayurveda geht man davon aus, dass jeder Mensch mit einer gewissen Konstitution geboren wird, jene bezeichnet man als Prakriti. Durch momentane Ungleichgewichte kann der Konstitutionstyp sich verändern, daher ist das Hauptziel in der Therapie die Wiederherstellung der Geburtskonstitution. Beim Besuch eines Ayurveda-Praktikers werden durch eine grundlegende Anamnese die Grundkonstitution, der gegenwärtige Zustand und die Umgebungssituation erhoben und die Therapie darauf abgestimmt, welche aus zahlreichen

Bauteilen bestehen kann. Dabei spielen auch Diagnosemethoden wie die Pulsdiagnostik oder Zungenanalyse eine wichtige Rolle. Es wird auf eine deutliche Unterscheidung zwischen der Untersuchung der Patienten und der Untersuchung der Krankheit Wert gelegt, da die Patienteninspektion und -befragung Rückschlüsse auf das Prakriti zulässt, während die Befragung zur Krankheit dem Praktiker ermöglicht, mehr über das derzeitige Ungleichgewicht zu erfahren und die Therapie darauf abzustimmen. Die bedeutendste Therapiemöglichkeit ist wohl die Diät, welche unter anderem Rücksicht auf wärmende und kühlende, sowie wässernde und austrocknende Eigenschaften der Nahrungsmittel und deren Aufnahmezeitpunkt nimmt. Phytotherapie und die Herstellung einer gewissen Lebensroutine gehören ebenso zum Behandlungsrepertoire, wie Musik- oder Aromatherapie, Ölmassagen, Kräuterdampfbäder und natürlich Yoga und transzendente Meditation. Stoffe, die zur Behandlung verwendet werden, kommen sowohl aus der Tier- als auch der Pflanzenwelt, allerdings werden auch oft mineralische und metallische Produkte verwendet. Ausschlaggebend für die medizinische Verwendung solcher Produkte sind vorrangig der Geschmack und die Eigenschaften im Bezug auf Temperatur- und Feuchtigkeitsausleitung beziehungsweise -zuführung, was wiederum einen Vergleich mit der Humoralpathologie nahe legt.

In Indien sind sowohl Ayurveda, als auch die europäische Schulmedizin und Homöopathie als medizinische Wissenschaften anerkannt und werden dort an Universitäten gelehrt. Die universitäre Lehre des Ayurveda nimmt nach wie vor starken Bezug auf die alte Grundliteratur, die sogenannten Werke der „großen Dreiheit“, welche um die Geburt Christi und im nachfolgenden Jahrhundert entstanden und im Laufe der Zeit um die „kleine Dreiheit“, drei wichtige Werke aus dem 8., 14. und 16. Jahrhundert und umfangreiche weitere Fachliteratur ergänzt wurden (vgl. Der Brockhaus Alternative Medizin 2008: 57-61).

3.2 Bachblütentherapie

Dr. Edward Bach (1886-1936), der sich eigentlich mit der Homöopathie beschäftigt hatte, ist der Begründer der Bachblütentherapie. Ausgehend von 38 Essenzen aus wild wachsenden Pflanzen und Bäumen werden meist Mischungen aus drei bis sechs Mitteln hergestellt und zu Therapie Zwecken genutzt. Die Essenzen sollen vor allem eine positive und harmonisierende Wirkung auf die Psyche und die Befindlichkeit der PatientInnen haben, weshalb sie vorwiegend bei leichten Verstimmungen und psychischen Störungen eingesetzt werden.

Somit sollen sie auch bei körperlichen Leiden, welche ihre Ursache in der Psychosomatik haben, helfen können.

Alleine die Herstellung der Essenzen ist ein äußerst aufwändiger Prozess, da die Pflanzen nur an sonnigen Tagen geerntet und an Ort und Stelle sofort in ein Quellwasserbad gelegt werden müssen, um ihre heilende Wirkung an das Wasser weiter zu geben. Weiters wird zur Verdünnung schließlich Alkohol verwendet und die entstandene Mischung in kleine Fläschchen abgefüllt. Die einzige von Dr. Bach entwickelte Fertigmischung sind die sogenannten „Rescue-Tropfen“, welche neben den Einzelessenzen auch im Handel erhältlich sind und bei extremen Stresssituationen und Traumata Erleichterung bringen sollen.

Einer Therapie geht üblicherweise, wie bei allen anderen Methoden auch, eine Anamnese voraus, damit der Praktiker eine individuelle Dosierung der einzelnen Essenzen in einer Mixtur für die PatientInnen finden kann. Neben der Einnahme einzelner Tropfen jener Mischung in verdünnter oder unverdünnter Form sind auch Bäder, Umschläge oder das Auftragen direkt auf die Haut möglich. Manchmal werden auch einfach ein paar Tropfen auf ein Kleidungsstück aufgetragen, um, über den Tag verteilt, einen gewissen Duftreiz auszusenden.

Je nach ausgewähltem Mittel wirken sich die Bachblüten meist positiv auf die Psyche aus und beruhigen, beziehungsweise aktivieren die PatientInnen (vgl. Der Brockhaus Alternative Medizin 2008: 62f).

3.3 Homöopathie

Der Begriff „Homöopathie“ leitet sich von dem griechischen „homoios“ (ähnlich) und „páthos“ (Leiden) ab. Die Homöopathie basiert auf den Überlegungen von Samuel Hahnemann (1755-1843), der davon ausging, dass eine Krankheit von einer Arznei, die ähnliche Symptome auslöst, wie jene die behandelt werden sollen, geheilt werden kann, oder einfacher „similia similibus curentur“, Ähnliches soll durch Ähnliches geheilt werden. Dieses Prinzip nannte Hahnemann die Ähnlichkeitsregel. Die homöopathischen Arzneien werden aus zahlreichen Substanzen hergestellt, teils aus Pflanzen, Tiergiften, Mineralien, Elementen des Periodensystems, Krankheitsprodukten (Nosoden) und beispielsweise auch durch, mit Röntgenstrahlen behandeltem, Wasser. Um als Arzneimittel zugelassen zu werden, muss ein neues Mittel erst eine Arzneimittelprüfung durchlaufen. Hierbei wird die Arznei möglichst

gesunden PrüferInnen verabreicht, welche schließlich einen Bericht über alle aufgetretenen Symptome abgeben, der zu dem so genannten Arzneimittelbild zusammengefasst wird.

Prinzipiell werden Arzneimittel in „große“ und „kleine“ Mittel eingeteilt, je nach dem, wie viele Arzneimittelprüfungen an ihnen durchgeführt wurden. Gut geprüfte homöopathische Mittel nennt man „Polychreste“. Zu ihnen gibt es eine Menge Information hinsichtlich ihrer Wirkungsweise.

Die Herstellung der Arzneimittel erfolgt immer nach dem gleichen Schema: Eine Ausgangssubstanz, auch Urtinktur genannt, wird immer wieder mit einem Wasser-Alkohol-Gemisch verdünnt und nach jedem Verdünnungsschritt zusätzlich verschüttelt. Hierbei können für jeden Potenzierungsschritt neue Fläschchen verwendet werden (die weit verbreitete Mehrglas-Methode) oder alle Schritte werden in einem einzigen Fläschchen vollzogen (Korsakoff-Potenzen), wobei nach jeder Verdünnung das Glas entleert wird und an dessen Wänden genügend Information für den nächsten Schritt haften bleibt. Mittlerweile können die Potenzen auch maschinell verschüttelt werden (kontinuierliches Fluxationsverfahren). Bei unlöslichen Substanzen kommt häufig die C3-Trituration zum Einsatz, wo die ersten drei Potenzierungsschritte dadurch ersetzt werden, dass die Ausgangssubstanz mit Milchzucker verrieben wird.

Am häufigsten werden heute C- und D-Potenzen verwendet. Die Buchstaben geben die Verdünnungsstärke an. So wird bei C-Potenzen bei jedem Schritt ein Teil der Ausgangssubstanz mit 99 Teilen des Verdünnungsmediums vermischt, bei D-Potenzen ist die Mischung 1:10. Bei diesen Potenzreihen ist es üblich, nach jedem Verdünnungsschritt zehn Mal zu verschütteln. Es wird zwischen Hoch- und Tiefpotenzen unterschieden, die Grenze liegt hier bei C/D30. Allerdings gibt es nach wie vor Verfechter beider Gruppen, die eine davon favorisiert einsetzen.

Zusätzlich zu jenen Verdünnungen sind im Handel auch LM- (1:50.000) und Q-Potenzen (C3-Trituration) erhältlich. Prinzipiell wird in der Homöopathie davon ausgegangen, dass je höher die Potenz ist, das Mittel auch stärkere Wirkungskraft hat, also auch weniger oft eingesetzt werden muss. Tiefpotenzen werden vor allem bei chronischen Krankheiten häufig mehrmals täglich verabreicht. Die häufigste Darreichungsform sind Globuli, also Milchzuckerkügelchen, welche mit der verdünnten Arznei in Kontakt gekommen sind. Aber auch Tropfen oder Tabletten sind erhältlich.

Für die Arzneimittelwahl ist eine genaue und ausführliche Anamnese unumgänglich, welche nach einer schulmedizinischen Gesamtuntersuchung erfolgen sollte. Gute HomöopathInnen fordern auch immer klinische Vorbefunde ein und verweisen bei schulmedizinisch besser behandelbaren Krankheiten weiter. Bei der Anamnese ist ein Spontanbericht der PatientInnen, wobei sie nach Möglichkeit frei erzählen und dabei nicht unterbrochen werden sollten, mit das Wichtigste. Der behandelnde Mediziner sollte sich bereits während der Anamnese Notizen über jene Symptome machen, die am häufigsten genannt und am intensivsten beschrieben werden, allerdings auch eigene Beobachtungen zum Erscheinungsbild und Auftreten der PatientInnen notieren. Anhand des Kopf-zu-Fuß-Schemas sollten schlussendlich Allgemeinsymptome wie Schlaf, Appetit, Temperaturempfinden, Verdauungsbeschwerden und Ähnliches, noch nicht zur Sprache Gekommenes, abgefragt werden. Bedeutend ist vor allem, Rücksicht auf die eigenen Worte der PatientInnen zu nehmen und diese möglichst genau zu notieren. So kann es wichtig sein, ob ein Schmerz eher stechend, drückend oder flach ist. Ebenso spielen die Ängste und Sorgen, Vorlieben und Abneigungen eine große Rolle. Nach der Anamnese trägt der/die HomöopathIn die gesammelten Informationen in ein Repertorium ein. Hierbei kommt es zur Kategorisierung der Symptome. Unterschieden wird zwischen Geistes- und Gemütssymptomen (betreffen das Denken und Fühlen), Allgemeinsymptomen (betreffen den gesamten Menschen) und Lokalsymptomen (betreffen nur einen bestimmten Körperteil). Zudem müssen sich HomöopathInnen bemühen, die so genannten „§ 153-Symptome“, also sehr auffällige Symptome (durch Modalität, Lokalisation, Erstreckung, Beginn und Ende, merkwürdige Gefühle, Kombination konträrer Symptome oder unübliche Symptome an sich) herauszufinden, da diese meist, wenn auffindbar, ausschlaggebend für die Arzneimittelwahl sind.

Die größte Gewichtung in der Repertorisation kommt also den auffälligen Symptomen zu, gefolgt von Geistes- und Gemütssymptomen, Allgemeinsymptomen, beobachtbaren Ursachen und schlussendlich den Lokalsymptomen. Meist werden allerdings nur wenige, auffällige Symptome in das computergestützte Repertorium eingegeben. So findet man jene Mittel, die einen Großteil der Symptome abdecken. Um die wirklich geeignete Arznei zu finden, werden diejenigen, die hier aufscheinen, schlussendlich in der Materia Medica, dem Standardwerk der Homöopathie, nachgeschlagen. Schließlich sollten die PatientInnen eben jenes Arzneimittel bekommen, das in den Arzneimittelprüfungen genau dieselben auffälligen Symptome bei den gesunden PrüferInnen ausgelöst hat, die sie selbst zeigen.

Wie bereits erwähnt, kann nach der Findung des richtigen Arzneimittels aus einer Vielzahl von Potenzen gewählt werden, wobei jede/r HomöopathIn hierbei persönliche Vorlieben zeigt und unterschiedliche Erfahrungen gemacht hat. Somit kann es vorkommen, dass man nur eine einzelne Arzneimittelgabe erhält, oder aber über einen gewissen Zeitraum täglich ein paar Globuli einnehmen muss.

Nach der ersten Arzneimittelgabe kann es, vor allem bei chronischen Krankheiten, zu einer sogenannten „Erstverschlimmerung“ der Symptome kommen, welche allerdings üblicherweise bald abklingt und eine anhaltende Besserung zur Folge hat. Andere Heilungshindernisse sind auch bekannt, zu ihnen zählen beispielsweise ungesunde Lebensumstände, wie psychische und physische Belastungen oder falsche Ernährung, die Einnahme anderer, unterdrückender Medikamente wie Cortison oder ein, durch ein fehlendes Organ in seiner Selbstheilung behinderter Körper. Auch die Anwendung anderer komplementärmedizinischer Verfahren wie Akupunktur kann die Heilung verzögern, Röntgenstrahlung scheint dies ebenso zu bewirken.

Generell lassen sich mit homöopathischen Mitteln sowohl chronische, als auch akute Krankheiten gut behandeln, eine vorbeugende Wirkung ist allerdings kaum zu erzielen (vgl. Lucae 2007).

3.4 Hypnose

Die moderne Form der Hypnotherapie wurde geprägt durch Milton Erickson (1901-1980), wobei frühere Ansätze auch bei Franz Anton Mesmer und Sigmund Freud erkennbar sind. Der Begriff der Hypnose, welcher den schlafartigen Zustand bezeichnet, stammt von James Braid. Hypnotische Zustände werden aber schon seit längster Zeit bei Ritualen der verschiedensten Art benutzt, da es sich dabei auch um eine Art der Trance handelt, welche bereits von den Babyloniern und alten Ägyptern beschrieben wurde. Der Begriff der Hypnose bezeichnet allerdings nicht nur den Zustand der Trance, in dem sich PatientInnen befinden, sondern auch für das Verfahren, welches zur Anwendung kommt, um jenen Zustand zu erreichen.

Die moderne Hypnotherapie basiert auf einer gezielten Konzentration des Bewusstseins, die einen geistigen Dämmerzustand die Umwelt betreffend und tiefe Entspannung bei den PatientInnen hervorrufen soll. Damit erhofft man sich einen Zugang zum Unterbewusstsein

der PatientInnen, welches angesprochen werden soll, um eine Veränderung im Denken derjenigen zu bewirken.

Anwendung findet dieses Verfahren heutzutage vorwiegend in der Psychotherapie, aber auch in der Behandlung von Schmerzzuständen und zur Reduktion von Narkosemitteln, welche teilweise vollständig durch eine Hypnosenarkose ersetzt werden können. Dieses Verfahren kommt häufig in der Zahnheilkunde oder bei Menschen mit Unverträglichkeiten gegenüber herkömmlichen Narkosemitteln zum Einsatz. Auch bei psychosomatisch bedingten Krankheiten kann eine Hypnotherapie Abhilfe leisten.

Die Grade der Hypnotisierbarkeit sind von Mensch zu Mensch unterschiedlich, somit ist bei diesem Verfahren auch keine allgemeine Wirksamkeit nachweisbar. Die Beziehung zum Hypnotiseur spielt eine tragende Rolle in der Behandlung, weshalb die Erfolge manchmal nur von geringer Dauer sind. Daher eignet Hypnose sich nur bedingt als einmalige Therapie bei größeren gesundheitlichen Problemen oder ausgeprägten Neurosen (vgl. Der Brockhaus Alternative Medizin 2008: 227f).

3.5 Tibetische Medizin

Die traditionell tibetische Medizin beruht größtenteils auf Ayurveda, das mit dem buddhistischen Glauben nach Tibet kam. Ähnlich zu diesem Medizinsystem wird in der tibetischen Medizin die Ursache von Beschwerden in einem Ungleichgewicht der drei Energien Lung, Tipa und Bäkän (vergleichbar mit den Doshas) gesehen.

Krankheiten werden in vier Gruppen zu je 101 Störungen eingeteilt. Die erste Gruppe besteht aus Beschwerden, die durch ein schlechtes Karma aus früheren Leben hervorgerufen werden und ausschließlich durch religiöse Praktiken geheilt werden können. In der nächsten Gruppe folgen Krankheiten, die von bösen Geistern verursacht und mittels Ritualen und Mantras bekämpft werden. In der dritten Gruppe geht es um Beschwerden, die durch das jetzige Leben entstehen, beispielsweise Infektionen, Unfälle oder durch falsche Ernährung. Sie werden durch diätetische Maßnahmen und traditionell tibetische Medikamente geheilt. Die vierte Gruppe besteht aus Beschwerden, die sich in der Imagination der PatientInnen manifestieren und nicht in die anderen drei Gruppen eingeordnet werden können, diese lässt man meist alleine ausheilen.

Die wichtigsten Diagnoseformen in der tibetischen Medizin sind neben einer Anamnese die Pulsdiagnostik, Zungendiagnostik und die Urinschau. Meist wird vorerst versucht, durch Veränderung der Ernährung und des Lebensstils eine Verbesserung zu bewirken. Geschieht dies nicht, so wird versucht, mit einem Medikament das Ungleichgewicht durch Stärkung oder Schwächung einer Energie auszugleichen.

Tibetische Medizinpräparate werden aus unterschiedlichsten Pflanzen und Pflanzenprodukten, Metallen, Mineralien, Edelsteinen und tierischen Produkten hergestellt. Teilweise enthalten die Medikamente auch hochtoxische Pflanzenstoffe, die allerdings durch eine Kombination mit anderen Inhaltsstoffen (je nach Arznei sind das zwischen 6 und 100 verschiedene) entschärft werden sollen.

Die Verwendung eines Arzneimittels hängt vorrangig von seinem (Nach-)Geschmack ab. Die tibetische Medizin unterscheidet hier sechs Geschmacksrichtungen: süß, sauer, salzig, bitter, brennend und zusammenziehend. Die Arzneien werden von praktizierenden ÄrztInnen stets neu mit der Zunge getestet, um ihnen jeweils eine dominierende Geschmacksrichtung zuzuordnen und sie damit korrekt verschreiben zu können.

In Tibet und Indien sind bis zu 500 verschiedene Präparate bekannt, welche meist die Form zwei bis zehn Millimeter großer, braunschwarzer Kügelchen haben, und zerstoßen und mit lauwarmem Wasser eingenommen werden. Zudem gibt es elf sogenannte „Juwelenpillen“, welche bei schweren Leiden zum Einsatz kommen und mindestens 25 Inhaltsstoffe aufweisen. Sie sind größer und haben einen bereits pulverisierten Kern. Jede einzelne dieser Pillen wird in einen farblich genau festgelegten Stoff eingepackt und meist sogar versiegelt.

Auch spirituelle Aspekte spielen in den Heilungsprozessen, aber auch bei der Arzneimittelherstellung eine große Rolle. So wird versucht, durch Rituale und das Sprechen von Mantras die Arzneien spirituell aufzuladen und mit mehr Kraft auszustatten.

Grundlage für das medizinische Wissen in der tibetischen Tradition bilden die Schriften des Arztes Yuthog dem Jüngeren aus dem 12./13. Jahrhundert, welche einen starken Einfluss durch indische Texte aufweisen. Zu diesen Gyü-shi („vier Tantras“) genannten Schriften existieren auch zahlreiche ergänzende Kommentare aus dem indischen, chinesischen, arabischen, tibetischen und mongolischen Raum, welche gemeinsam mit den Originaltexten auch heute noch die Basis der traditionell tibetischen Medizinlehre bilden. Es existieren Manuskripte aus dem 13. Jahrhundert, die davon erzählen, dass der im 7. Jahrhundert herrschende König Srongtsan Gampo Ärzte aus Indien, China und Persien einlud und auf

Basis deren Wissens sich in den folgenden Jahrhunderten die traditionelle tibetische Medizin herausbildete.

Die Ausbildung zum tibetischen Arzt kann einerseits an den Universitäten in Lhasa oder Dharamsala in einem sechsjährigen Studium stattfinden, oder man kann in der Region Ladakh von seinem Vater in die Geheimnisse der Medizin eingeweiht werden und nach mehreren Jahren eine Prüfung vor den bereits anerkannten Ärzten der Region ablegen. Dieses System besteht bereits über Generationen hinweg. Generell wird in die Ausbildung heutzutage allerdings die Praxis der Arzneimittelherstellung nicht mehr inkludiert, da die meisten Praktizierenden ihre Medikamente von der Pharmaindustrie beziehen (vgl. Der Brockhaus Alternative Medizin 2008: 461-466).

3.6 Traditionell chinesische Medizin

Die traditionell chinesische Medizin beruht auf dem Prinzip von Yin und Yang, welches seit dem 5. Jahrhundert vor Christus bekannt ist. Die Grundlage dieses Prinzips ist die Vorstellung einer in sich verbundenen Dualität, wie auch in dem berühmten Symbol der Monade dargestellt, welche in jedem Menschen existiert. Ein Ungleichgewicht zwischen beiden Aspekten bedingt auch ein energetisches Ungleichgewicht, welches zu Befindlichkeitsstörungen und Krankheit führen kann. Yin, das weibliche Prinzip, wird als Schattenseite eines Berges dargestellt und wird auch durch die Modalitäten Innen, Mangel und Kälte repräsentiert. Yang, das männliche Prinzip, steht für die der Sonne zugewandten Seite eines Berges und wird charakterisiert durch die Modalitäten Außen, Fülle und Hitze. Zudem werden auch in der Natur gewisse Aspekte den beiden Prinzipien zugesprochen, so steht Yin beispielsweise auch für die Nacht, die Erde, die Ruhe, Kontraktion und Feuchtigkeit, während Yang den Tag, den Himmel, die Bewegung, Expansion und Trockenheit repräsentiert. Umgelegt auf den menschlichen Körper steht Yang für die Innenseite, die Speicherorgane, chronische Leiden sowie Blut und Körperflüssigkeiten, während Yang der Außenseite, den Hohlorganen, akuten Leiden sowie dem Qi zugeschrieben wird.

Das Qi bezeichnet generell die Lebensenergie, die der Mensch braucht und welche auch durch Nahrung, Umwelteinflüsse etc. gestärkt bzw. geschwächt werden kann. Auch ein Mangel oder ein Überquellen von Qi kann zu krankhaften Zuständen führen.

Im Weltbild der traditionell chinesischen Medizin ist alles miteinander verbunden und sollte miteinander im Gleichgewicht stehen – Yin- und Yang-Aspekte im menschlichen Körper, das Qi und das Blut sind hierbei die wichtigsten Faktoren, die sich die Waage halten sollen. Dadurch soll es nicht nur gelingen, Menschen von Krankheiten zu heilen, sondern es wird großer Wert auf die Gesundheitsvorsorge gelegt. Somit ist die traditionell chinesische Medizin vorrangig als Präventivmaßnahme gedacht.

Neben diesem Prinzip gibt es auch noch die Vorstellung von fünf Wandlungsphasen. Holz, Feuer, Erde, Metall und Wasser stehen hier stellvertretend für den Lebensrhythmus und somit auch für zyklische Abläufe im menschlichen Körper. Auch sie zeigen Zusammenhänge und bedingen einander und werden daher auch als Funktionskreise bezeichnet. Jeder Funktionskreis besteht aus jeweils einem Yin-Organ und Yin-Meridian, sowie aus einem Yang-Organ und Yang-Meridian. Er wird durch innere und äußere Modalitäten beschrieben und immer auch einer gewissen Körperschicht sowie einem sogenannten „Öffner“, also einem Körperteil, der auch stellvertretend für eine bestimmte Art der primären Wahrnehmung ist, für zugehörig erklärt. Jedem Funktionskreis ist auch jeweils ein menschlicher Typus zugeordnet, ein sogenannter Konstitutionstyp, gewisse Modalitäten sowie ein Meridian am menschlichen Körper. Ein Meridian beschreibt eine gedachte, longitudinale Leitlinie, die einem gewissen Organ zugeordnet wird und auf der bestimmte Punkte liegen, durch deren Stimulation ein Wiederherstellen des Gleichgewichtes erreicht werden kann. Man kann den einzelnen Funktionskreisen auch Jahreszeiten, Farben, Himmelsrichtungen und Geschmacksrichtungen zuordnen.

So wird beispielsweise der Funktionskreis Herz-Dünndarm durch den Ying-Meridian des Vollorgans Herz und den Yang-Meridian des Hohlorgans Dünndarm beschrieben. Die angesprochene Schicht ist die Subcutis und der Öffner die Zunge. Die innere Modalität ist die Freude, die äußere Modalität die Wärme.

In der traditionell chinesischen Medizin spielt also bei der Diagnostik vorrangig die Betrachtung der Patienten eine große Rolle, da man durch sie bereits auf einen Konstitutionstypus schließen kann, welcher, in Zusammenhang mit dem zugehörigen Funktionskreis gebracht, auch Rückschlüsse auf bei diesem Typus oft beobachtete Krankheiten zulässt. Auch das Hören auf Atmung und Stimmqualität und die Wahrnehmung des Körpergeruches können hierzu beitragen. Die Anamnese, also Befragung der Patienten hinsichtlich ihres körperlichen Befindens, spielt in der traditionell chinesischen Medizin eine wichtige Rolle, ebenso wie die Betastung, Puls- und Zungendiagnostik.

Eine Behandlung kann nach der Diagnostik eine oder mehrere individuelle Therapien umfassen. Die meist verwendeten sind die Akupunktur- und Phytotherapie und die Diätetik, aber auch die Tuina-Massage und Bewegungstherapie nach Tai-Chi sind oft angewandte Methoden. In Europa wird vorrangig mit Akupunktur therapiert, in China hingegen machen phytotherapeutische Interventionen und Diätetik den Hauptteil der Behandlungen aus.

Prinzipiell ist das Ziel der Therapien, das Gleichgewicht zwischen Yin und Yang im Körper wieder herzustellen. Bei einem Überfluss an Yang kann zum Beispiel Kälte, eine Modalität des Yin, eingesetzt werden, um das Yang abzuschwächen. Umgekehrt kann man allerdings auch einen Yin-Mangel diagnostizieren und das Yin stärken, um die Krankheit zu bekämpfen. Prinzipiell wird in der traditionell chinesischen Medizin allerdings ein starker Fokus auf die Krankheitsprävention gelegt (vgl. Der Brockhaus Alternative Medizin 2008: 459ff, Nissel/Schiner 2000).

3.7 Akupunktur

Die Akupunkturtherapie war ursprünglich ein Teilgebiet der traditionell chinesischen Medizin, wird jedoch heute, vor allem im europäischen Raum, auch unabhängig vom Gesamtkonzept angewandt. Grundlage ist allerdings nach wie vor das Meridiankonzept. Es gibt zwölf symmetrisch verlaufende Meridiane, von denen jeweils ein Yin- und ein Yang-Meridian in einem gekoppelten Verhältnis zueinander stehen, also einen Funktionskreis bilden. Jeweils vier aufeinanderfolgende stellen einen Energiekreislauf dar.

Auf jedem Meridian befinden sich Akupunkturpunkte, die sich von der sie umgebenden Haut vor allem durch den elektrischen Hautwiderstand und der Hauttemperatur unterscheiden. Zudem sind sie meist reizempfindlicher, zunehmend erkennbar bei Leiden, die durch diesen Punkt behandelt werden können.

Jeder Punkt hat spezifische Eigenschaften, so gibt es beispielsweise Tonisierungspunkte, die Energie zuführen, Sedierungspunkte, durch welche Energie abgeleitet wird und eine Menge weiterer besonderer Meridianpunkte, wie die acht einflussreichen Punkte und die zehn Meisterpunkte. Zusätzlich zu den zwölf Haupt-Meridianen gibt es auch noch weitere Sondermeridiane, wie das Konzeptionsgefäß und das Lenkergefäß.

Zur Körperakupunktur werden in Europa üblicherweise bis zu 16 (acht pro Körperseite) ca. 4 cm lange Nadeln mit einem Durchmesser von 0,2mm 3 bis 4 Millimeter tief in die Haut

gestochen, Gesichtsnadeln sind üblicherweise nur ca. 1 cm lang und 0,3mm dick. In China werden teilweise auch mehr als 16 Nadeln pro Sitzung gestochen und die Nadelung wird meist wesentlich tiefer vorgenommen, was zu einem starken Kribbelgefühl oder sogar kurzem Schmerzgefühl an der Einstichstelle führen kann – in China ein Garant für das Treffen des richtigen Punktes (dort „De Qi“-Gefühl genannt), in Europa eher verpönt. Die Nadeln werden in ruhiger Körperlagerung mit einer leichten Drehung zur besseren Durchbrechung des Hautwiderstandes gestochen und zwischen 20 und 30 Minuten im Körper belassen.

Für jeden Patienten wird ausgehend von seinem Konstitutionstyp, seinen akuten und chronischen Beschwerden, seiner derzeitigen Kondition und möglicherweise erwähnten, derzeitig druckdolenten Punkten am Körper, nach der Inspektion ein individuelles Behandlungskonzept erstellt.

Es gibt auch noch weitere Sonderformen der Akupunktur, beispielsweise die Ohrakupunktur. Hier werden auch sogenannte Dauernadeln gestochen. Diese sind zwischen 2 und 5mm lang und können, mit einem Pflaster abgesichert, auch mehrere Wochen im Körper verbleiben und dabei für einen permanenten Reiz an dem Aufbringungspunkt sorgen. Diese Methode wird vor allem gerne bei Entwöhnungstherapien angewandt. Sowie sich Punkte für das gesamte Funktionskreissystem am Ohr finden, so tun sie das auch in der Mundhöhle. Hier wird allerdings kaum genadelt, eher kommt ein Laser zum Einsatz – eine Methode, die auch bei der Körperakupunktur häufig angewandt wird. Vor allem bei Kindern und der Nadelung von vernarbtem oder verändertem Gewebe ist dies in Europa Pflicht. Mit einem Lasergerät lassen sich die Punkte nahezu so gut stimulieren, wie mit Nadeln. Auch die manuelle Stimulierung eines oder mehrerer Punkte, die sogenannte Akupunktmassage oder Akupressur findet heute vermehrt Verbreitung. Weitere Sonderformen stellen die Verwendung von Moxa-Kraut zur Erwärmung und damit zusätzlicher Stimulation von Punkten oder bereits gestochenen Nadeln (Moxibustion) und die Stimulation von Akupunkturpunkten durch kleine Elektroden statt Nadeln (Transkutane elektrische Nervenstimulation) dar.

Akupunktur kann bei zahlreichen Indikationen erwiesenermaßen erfolgreich angewandt werden, jedoch ist in Europa die Schmerztherapie das Haupteinsatzgebiet. Als Beispiele für weitere Indikationen möchte ich hier die Behandlung von Sinusitis, Migräne, Blutdruckregulationsstörungen, Herpes zoster etc. anführen. Die Behandlung von Beschwerden des Klimakteriums und die Anwendung zur Geburtsvorbereitung gewinnen zunehmend an Bedeutung.

Beachtet werden sollte, dass bei Akupunkturbehandlungen von Erwachsenen und Kindern eine bis zu 30%ige Rate an Non-Respondern auftreten kann und die Therapie auch durch andere Faktoren wie Stress, etc. negativ beeinflusst werden kann (vgl. Nissel/Schiner 2000).

3.8 Traditionell europäische Medizin

Die traditionell europäische Medizin ist ein recht neuer Begriff, welcher von einer ähnlichen Dehnbarkeit geprägt ist, wie auch der Begriff der Komplementärmedizin an sich. Eine Reihe alter, in Europa gebräuchlicher Methoden wird ihr zugeschrieben, zu welchen neben dem Schröpfen auch der Aderlass und andere, heute nicht mehr übliche Mittel und Wege, zu Gesundheit kommen zu können, gezählt werden. Der Begriff löst im Prinzip jenen der Naturheilkunde ab, um den dezidiert europäischen Hintergrund zu betonen und ein Pendant zur traditionellen chinesischen oder tibetischen Medizin zu schaffen, wobei es hier nicht um ein großes Medizinsystem, sondern um die Beschreibung mehrerer kleinerer Schulen und Methoden geht.

Nach der von mir verwendeten Definition der Naturheilkunde zählt man zu der traditionellen europäischen Medizin allerdings viel mehr alte Hausmittel, welche heute noch in Österreich Verwendung finden. Damit ist vor allem die Phytotherapie und die Nutzung anderer Naturbestandteile zur Heilung gemeint. Zahlreiche große Namen haben es mit der Zeit in die lange Liste der Vertreter der Naturheilkunde geschafft, so beispielsweise Hippokrates, Galen, Hildegard von Bingen, Sebastian Kneipp, aber auch die Homöopathie oder anthroposophische Medizin wurden in manchen Definitionen integriert (vgl. Der Brockhaus Alternative Medizin 2008: 326-330, Hommel 2007).

4. Stand der Forschung

Bereits 1990 veröffentlichten Velmirovic und Raab vom Institut für Sozialmedizin der Universität Graz eine Studie zur der „Einstellung der Medizinstudenten zu alternativen Heilmethoden“. In den Jahren 1986 und 1987 erforschten sie nicht nur die Meinung von StudentInnen und PromovendInnen der Karl-Franzens-Universität Graz, sondern auch jene von Lehrenden, PatientInnen, Ärzten und der österreichischen Bevölkerung mittels versandter, beziehungsweise in Übungen ausgegebener, strukturierter Fragebögen. Als bei den StudentInnen und PromovendInnen bekannteste Methoden erfassten sie Heilkräuter, Homöopathie und Akupunktur. Interessanterweise waren Biorhythmik und Biofeedback sehr wenig bekannt, wobei StudentInnen darüber mehr wussten als PromovendInnen. Über die Nachfrage an Lehrveranstaltungen an den Universitäten schrieben sie:

Nur 12% halten eine Ausbildung in alternativer Medizin an der Universität für nicht notwendig, 44,7% dagegen für notwendig und weitere 41,5% für nützlich. Diese Zahlen unterscheiden sich von den Angaben der Turnusärzte, wo der Wunsch, alternative Heilmethoden in das Curriculum einzuführen, auf 1% abfällt (...) (Velmirovic/Raab 1990: 140)

Sie untersuchten auch die Herkunft des Wissens über Komplementärmedizin, wobei sich herausstellte, dass wissenschaftliche Artikel und Bücher oder Vorträge keine größere Rolle dabei spielten, als Massenmedien und der Freundes- bzw. Bekanntenkreis. Interessant ist auch die Erkenntnis, dass bereits damals 44,7% der StudentInnen und 34,3% der PromovendInnen komplementärmedizinisch behandelt worden waren und über die Hälfte jener eine Wiederbehandlung unabhängig von einer Kostenrückerstattung durch die Krankenkassen in Betracht zogen.

Velmirovic und Raab verwiesen auch auf die einzigartige Situation an der Medizinischen Universität Wien, wo, dank einer StudentInneninitiative, Homöopathie und Akupunktur bereits damals als Freifächer gelehrt wurden.

Allerdings ist zu betonen daß die Studenten so gut wie nichts über die Kritik der theoretischen Grundlagen wissen, an objektiver Information und Analyse nicht interessiert sind und sich *a priori* nur auf die zukünftige praktische Anwendung konzentrieren. Bedrückend ist, daß im Laufe des Studiums ihre positive Einstellung zur alternativen Medizin sogar zunimmt, ohne daß sie objektives Wissen darüber erworben haben. (ebd.)

In der Conclusio der Studie wurde davon ausgegangen, dass die vorhandene Popularität „der alternativen, pseudowissenschaftlichen Methoden beim Mediziner Nachwuch“ noch steigen wird, beeinflusst von den Medien und Zusatzverdienstaussichten. Velmirovic und Raab

kritisierten die teilweise aufgetretene Unwissenheit von StudentInnen, begründet durch zu wenig Information über komplementäre Methoden während des Studiums (vgl. ebd.).

Pochendorfer schrieb 2010 ihre Dissertation über „Bekanntheitsgrad und Beurteilung komplementärmedizinischer Methoden bei Studierenden der Medizin in Wien“ anhand eines Fragebogens, der 2009 von 160 MedizinstudentInnen in einer Vorlesung ausgefüllt wurde. Sie konzentrierte sich hierbei auf 18 Methoden: Akupunktur, Homöopathie, Ayurveda, Phytotherapie, Bioresonanz, Qi Gong, Shiatsu, Neuraltherapie, Heilmassagen, Makrobiotik, Irisdiagnostik, Frischzelltherapie, Aromatherapie, Fußreflexzonenmassage, Schröpfen, Bachblüten-Therapie und Chiropraktik.

63,8% ihrer Befragten hatten bereits eine erfolgreiche Behandlung mit einer der 18 Heilmethoden hinter sich, wobei Akupunktur (28,8%), Homöopathie (25,6%) und Heilmassagen (21,3%) am öftesten genannt wurden. Nur Irisdiagnose und Frischzelltherapie wurden von niemandem genannt (vgl. Pochendorfer 2010: 41).

Sie fragte auch, ob im Rahmen des Studiums an der Medizinischen Universität Wien genügend auf komplementärmedizinische Methoden eingegangen worden wäre, worauf 51,3% der Befragten angaben, dass dies nur in geringem Ausmaß der Fall gewesen wäre, für „mittel“ entschieden sich 25%, „ausreichend“ 15,6% und 8,1% gaben an, gar nicht über solche Methoden informiert worden zu sein. 55% der Befragten meinten, dass sie gerne mehr über komplementärmedizinische Methoden gelernt hätten, wobei hier Frauen eine wesentlich höhere Bereitschaft zeigten (vgl. ebd.: 43ff). Somit zeigte sich der deutliche Wunsch nach einer höheren Integration von Lehrveranstaltungen zur Komplementärmedizin an der Medizinischen Universität Wien bereits in dieser Studie.

Mehr als die Hälfte der Befragten gab an, gerne an einer Ausbildung in einem komplementärmedizinischen Fach teilzunehmen, wobei die Frauenrate wiederum signifikant höher war, 8,8% hatten bereits eine abgeschlossene komplementärmedizinische Ausbildung vorzuweisen.

Zudem fragte Pochendorfer bei den 18 komplementärmedizinischen Methoden jeweils nach dem geschätzten Wissensstand, der vermuteten Wirksamkeit, ob man sie selbst in Anspruch nehmen würde, ob sie komplementär oder alternativ zur Schulmedizin angewandt werden sollte und ob die Methode als gefährlich einzuschätzen war oder gar gesetzlich verboten werden sollte. Auf die Ergebnisse dieser Erhebung möchte ich an späterer Stelle, im direkten Vergleich zu meiner Erhebung, nochmals detaillierter eingehen.

Sie kam zu dem Ergebnis, dass ein Zusammenhang zwischen Selbstanwendung und dem Wissensstand der StudentInnen besteht, da jene, die selbst bereits Erfahrungen mit Komplementärmedizin gesammelt hatten, wesentlich mehr über die Methoden wussten. Als bekannteste Verfahren zeigten sich Homöopathie (88,2%), Akupunktur (84,4%), Phytotherapie (80%) und Heilmassagen (74,4%), welche überdies auch als die bei der Anwendung am erfolgreichsten angegeben wurden und auch am ehesten weiterempfohlen worden wären. Auf die Frage nach den bestergänzenden Methoden zur Schulmedizin wurden ebenfalls Akupunktur, Heilmassagen und Phytotherapie, aber auch die Chiropraktik genannt, welche interessanterweise allerdings auch die Liste der als potentiell gefährlich angesehenen Methoden anführt, gefolgt von Schröpfen, Irisdiagnose und Homöopathie.

Aufgrund ihrer Ergebnisse spricht Pochendorfer sich dafür aus, das Angebot an komplementärmedizinischen Lehrveranstaltungen an der Medizinischen Universität Wien zu erhöhen (vgl. ebd.: 128).

Pochendorfer schrieb zudem in ihrer Diskussion: „Da aus den Ergebnissen des Fragebogens nicht hervorgeht, aus welchem Grund diese hohe Bereitschaft zur Weiterbildung in alternativen Heilverfahren besteht, wäre eine weitere Untersuchung sinnvoll, die sich mit den Fragen der Ursachen für dieses Ergebnis beschäftigt“ (Pochendorfer 2010: 126).

Ich möchte des Weiteren später in meiner Arbeit einige meiner Ergebnisse in den direkten Vergleich zu ihren stellen, da Pochendorfer eine weitaus größere Zahl an StudentInnen befragen konnte, die allerdings nicht alle bereits Erfahrungen mit Komplementärmedizin sammeln konnten, ganz im Gegensatz zu meinen Interviewten und jenen StudentInnen, die meine Fragebögen ausgefüllt haben. Somit eignen sich Pochendorfers Ergebnisse sehr gut für eine direkte Gegenüberstellung, um herauszufinden, ob ein bereits erfolgter Kontakt zu einer komplementärmedizinischen Methode gravierend andere Einstellungen hervorbringt oder nicht.

Leider sind dies die einzigen beiden Studien, die ich während meiner Recherche finden konnten, welche die Einstellung von österreichischen MedizinstudentInnen zur Komplementärmedizin zum Thema hatten. Vergleichsweise möchte ich auch auf einige weitere Studien eingehen, die außerhalb von Österreich stattgefunden haben. Stellvertretend dafür habe ich mich mit einem Artikel von Rampes, Sharples, Maragh und Fisher, publiziert 1997, auseinandergesetzt.

In ihrer Studie versuchten sie, die Notwendigkeit, Komplementärmedizin im medizinischen Curriculum zu integrieren, zu erforschen und sendeten Fragebögen an die Leiter der 26 medizinischen Universitäten in Großbritannien aus und verteilten andere an MedizinstudentInnen der St. George's Hospital Medical School in London. An nur drei der kontaktierten Universitäten gab es komplementärmedizinische Kurse (Akupunktur an allen drei Universitäten, Hypnose, Homöopathie, manipulierende Therapien und therapeutische Massage an zwei davon) und 4 weitere Universitäten dachten über eine Integration komplementärmedizinischer Methoden im Kerncurriculum nach. Alle Befragten gaben an, Akupunktur und Hypnose zu kennen. Damit verbunden herrschte unter den StudentInnen auch das größte Interesse daran, die Grundprinzipien dieser beiden Methoden zu erlernen, gefolgt von Osteopathie und Homöopathie. Yoga und Homöopathie stachen bei der Befragung dadurch hervor, dass 12% bis 13% behaupteten, bereits sehr viel Wissen darüber zu haben. Die AutorInnen der Studie plädierten schlussendlich dafür, dass aufgrund des verstärkten Interesses, sowohl von Seiten der StudentInnen, als auch PatientInnen, Komplementärmedizin in das Curriculum aller medizinischen Universitäten aufgenommen werden sollte, um als Allgemeinmediziner zumindest die, von PatientInnen erwarteten, Informationen über bestimmte Methoden bereitstellen zu können (vgl. Rampes et al 1997).

Eine weitere Studie von Furnham und McGill aus dem Jahr 2003 an zwei Universitäten in Großbritannien (Newcastle und University College London) zeigte, dass der Wissensstand der StudentInnen über Komplementärmedizin generell sehr niedrig war, nur bei psychosozialer Beratung, Körperarbeit (z.B. Massagen) und Yoga gaben über 40% der Befragten an, gut darüber Bescheid zu wissen, über 30% erreichten nur Akupunktur, Homöopathie, Aromatherapie, Meditation und Ernährungsmedizin. 92,9% hielten psychosoziale Beratung für effektiv, 79,7% Akupunktur und 75,6% Körperarbeit. Bachblüten-Therapie wurde mit nur 16,4% als am unwirksamsten empfunden. Zwei Drittel der Befragten wünschten sich Kurse in psychosozialer Beratung, ein Drittel in Akupunktur, Massage, Ernährungsmedizin und Yoga. Erwähnenswert ist, dass StudentInnen im dritten Jahr weniger von der Wirkung komplementärmedizinischer Methoden überzeugt waren und daher auch weniger an einer Ausbildung darin interessiert als StudentInnen in den ersten Semestern.

Für Furnham und McGill stellte sich heraus, dass die MedizinstudentInnen Komplementärmedizin zwar einigermaßen skeptisch gegenüberstanden, aber generell positiv dazu eingestellt waren. Faktoren wie mangelnde Beweisbarkeit und fehlender wissenschaftlicher Hintergrund standen sichtbar positiven Effekten einiger Methoden

gegenüber. Ein hoher Prozentsatz der Befragten zeigte auch Skepsis aufgrund der Meinung, dass es unter den Praktizierenden viele Quacksalber gäbe. Mit der Studiendauer erhöhte sich auch der Zweifel an der Sicherheit und Kosteneffektivität komplementärmedizinischer Methoden und der Wunsch nach Ausbildung in einigen Methoden sank. Jedoch stellte sich heraus, dass StudentInnen, die bereits Wissen über Komplementärmedizin erlangen konnten, sich für mehr Kurse aussprachen, was die Autoren davon ausgehen ließ, dass eine Ausbildung in einer komplementärmedizinischen Methode die generell positive Einstellung fördert, ebenso wie die Überzeugung, dass diese einen wichtigen Teil der medizinischen Ausbildung darstellen wird (vgl. Furnham/McGill 2003).

5. Empirischer Teil – Einführung

Meine Forschung bestand in der Teilnahme an fünf Wahlfächern der Medizinischen Universität Wien. Es handelte sich dabei um Einführungsveranstaltungen in den Fächern Akupunktur, medizinische Hypnose und Homöopathie, sowie eine Lehrveranstaltung zur Akupunktur in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe und eine generelle Einführung in verschiedene komplementärmedizinische Methoden. Ich bediente mich hierbei der Methode der teilnehmenden Beobachtung, was bedeutet, dass ich regelmäßig aktiv an den Lehrveranstaltungen teilnahm und mir neben den Mitschriften, in mir relevant erscheinenden Situationen, auch Feldnotizen machte. Bei den drei Einführungsveranstaltungen zu Akupunktur, medizinischer Hypnose und Homöopathie wurde es mir zudem erlaubt, gegen Ende des Semesters quantitative Fragebögen auszuteilen. Auch die meisten meiner InterviewpartnerInnen kontaktierte ich in diesen Lehrveranstaltungen, so erklärten sich neben sieben Medizinstudentinnen auch zwei Vortragende zu einem Interview mit mir bereit. Zwei der sieben Studentinnen waren zudem auch in die Betreuung eines der Wahlfächer involviert. Später erklärten sich noch eine Promovendin und ein Promovend, die während ihrer Studienzeit kein komplementärmedizinisches Wahlfach an der Medizinischen Universität Wien besucht hatten, dazu bereit, mir ein Interview zu geben.

5.1 Fragebögen

Wie bereits erwähnt, war es mir gestattet worden, in drei der fünf von mir besuchten Wahlfächer auch Fragebögen auszuteilen. Die Fragebögen bestanden aus ursprünglich 29 Fragen, von denen 26 geschlossen und drei offen zu beantworten waren. Da leider die Ausgabebedingungen der Fragebögen keine kontrollierte Beobachtung des korrekten Ausfüllens erlaubten und einige TeilnehmerInnen das Ausfüllen ablehnten, konnten nur 72 Fragebögen für die Auswertung herangezogen werden.

Für die letzte Fragebogenausgabe wurde ich von der StudentInneninitiative Homöopathie darum gebeten, noch eine weitere geschlossene Frage auf einer eigenen Seite hinzuzufügen. Dieser Fragebogen findet sich auch im Anhang dieser Arbeit. Die zusätzliche Frage wurde von insgesamt 46 StudentInnen ausgefüllt.

47 (65,3%) der insgesamt 72 Befragten waren weiblich, 25 (34,7%) männlich. Der größte Anteil der Befragten (40,3%) waren zwischen 20 und 22 Jahre alt, 25% zwischen 23 und 25, 13,9% über 30, 12,5% zwischen 26 und 30 und 8,3% unter 20 Jahre alt.

Die Ergebnisse der Fragebögen sollen im Folgenden nur additiv zur Diskussion der Interviewoutcomes herangezogen werden, da der Hauptfokus der Arbeit auf der Auswertung der qualitativen Daten liegt. Auch einige Vergleiche mit den Ergebnissen von Pochendorfer sollen angestellt werden.

5.2 Interviews

Wie bereits einleitend erklärt worden ist, war es mir ermöglicht worden, in den Lehrveranstaltungen an der medizinischen Universität Wien Kontakt zu Studentinnen aufzunehmen, die sich für Interviews bereit erklärten. Ich entschied mich für problemzentrierte Interviews (vgl. Mayring 2002: 67), wobei ich einen Interviewleitfaden auf der Grundlage des Fragebogens benützte, aber individuell auch durch gezieltes Nachfragen auf jeden Befragten speziell einging und versuchte, eine lockere und offene Gesprächsbasis zu erreichen.

Den Großteil meiner InterviewpartnerInnen lernte ich in diesen sogenannten Wahlfächern, also Lehrveranstaltungen, deren Besuch nicht obligatorisch war, da man aus einem breiten Pool von Lehrveranstaltungen eine gewisse Anzahl im Laufe des Studiums absolvieren muss, kennen: einerseits dadurch, dass wir persönlich ins Gespräch kamen und sie sich freiwillig zu einem Interview bereit erklärten, andererseits hatte ich auf meinen Fragebögen die Möglichkeit gegeben, Namen und eine Kontaktmöglichkeit anzugeben, sodass die TeilnehmerInnen sich bereit erklären konnten, von mir kontaktiert zu werden. Auch die Vortragenden sprach ich dort direkt an. Eine problematische Situation, die sich aus dieser Form der Kontaktaufnahme mit den zukünftigen InterviewpartnerInnen ergab, ist jene, dass sich ausschließlich weibliche Studentinnen bei mir meldeten, deren Interesse an komplementärmedizinischer Weiterbildung recht hoch war. Im Weiteren soll auf diese Problematik noch näher eingegangen werden. Aus diesem Grund bat ich auch zwei PromovendInnen, die während ihrer Studienzeit an keinem komplementärmedizinischen Wahlfach teilgenommen hatten, sich von mir interviewen zu lassen, um eine Kontrastgruppe bilden zu können.

Nach wie vor hat meine Forschung allerdings den Fokus auf jenen StudentInnen, welche in komplementärmedizinischen Wahlfächern bereits Erfahrungen sammeln konnten, da die generelle Einstellung von MedizinstudentInnen zu Komplementärmedizin bereits vor kurzer

Zeit von Pochendorfer erhoben wurde. Meine Ergebnisse werden aber in Folge ihren Ergebnissen gegenübergestellt werden.

Zur Bearbeitung meiner Interviewtranskripte und der Ergebnisse der offenen Fragen meines Fragebogens habe ich mich am Forschungsstil der Grounded Theory von Juliet Corbin und Anselm Strauss orientiert. Dabei habe ich in erster Linie zwei Kodiervverfahren genutzt: Nach einer Transkription der Interview-Tonaufnahmen begann ich mit der Technik des offenen Kodierens (Corbin/Strauss 1996: 43-74), welche es laut Corbin und Strauss erlaubt, durch eine eingehende Untersuchung der Daten Phänomene zu benennen und zu kategorisieren (vgl. ebd.: 44). Die entstandenen Kategorien und Unterkategorien wurden mittels des axialen Kodierens in ihren Kontext eingebunden und miteinander in Beziehung gesetzt (vgl. ebd.: 75-93). Die Inhalte, Phänomene und Kategorien jedes einzelnen Interviews wurden anschließend mit jenen in anderen Interviews verglichen (vgl. ebd.: 54).

Anhand folgender Tabelle möchte ich meine Interviewten kurz vorstellen:

Name	Alter	Studien - beginn	Vorherige Studien	Besuchte Wahlfächer an der MUW
Angelika	28	2006	Theaterwissenschaften, abgeschlossen	Akupunktur, Homöopathie
Birgit	34	2009	Wirtschaft, abgeschlossen	Akupunktur, Homöopathie, Hypnose
Christina	21	2009	-	Homöopathie, Hypnose
Denise	23	2007	-	Akupunktur, Homöopathie
Elisabeth	25	2007	Biologie, abgebrochen	Akupunktur, Homöopathie
Felipa	24	2007	-	-
Gabriela	25	2004	-	Homöopathie, SIH-Mitorganisatorin
Helga	23	2006	-	Homöopathie, SIH-Mitorganisatorin
Ivan	25	2004	-	-

Tabelle 1: Interviewte StudentInnen

5.3 Experteninterviews

Im Laufe meiner Recherchen führte ich zudem zwei Experteninterviews mit Komplementärmedizin praktizierenden Ärzten, die beide als Vortragende in Vorlesungen fungierten. Dr. Vogel und Dr. Zeisler erklärten sich beide nach meiner unverbindlichen Anfrage sofort bereit, mir ein Interview zu geben.

Der Kontakt zu Dr. Vogel wurde mir bereits vor seinem Vortrag im Wahlfach zur Homöopathie von Gabriela und Helga, den beiden Studentinnen, die bei der StudentInneninitiative Homöopathie (SIH) mitarbeiten, ermöglicht. Er lud mich zum Interview in seine Privatpraxis ein. Dr. Zeisler interviewte ich nach einer

Lehrveranstaltungseinheit an der Medizinischen Universität Wien. Ich möchte an dieser Stelle beide Ärzte kurz vorstellen, um ihre Aussagen auch in den richtigen Kontext setzen zu können.

Dr. Zeisler, 47 Jahre alt, hat eine Facharztausbildung in der Gynäkologie und gleichzeitig das Ärztekammerdiplom in Akupunktur absolviert, nachdem er durch Filme über China dazu inspiriert wurde. Er arbeitet in einer Frauenklinik und hat nebenbei auch eine private Praxis eröffnet. Neben der Akupunktur, welche er selbst praktiziert, hat er auch Einblicke in die Arbeit von HomöopathInnen sammeln können, da sie in denselben Bereichen tätig sind. Er hält das Seminar zur Akupunktur in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, wann immer sich genügend TeilnehmerInnen dazu anmelden. Im Schnitt sind es fünf bis zehn HörerInnen pro Semester.

Dr. Vogel, 35 Jahre alt, hat eine allgemeinmedizinische Ausbildung und arbeitet, nach selbstständiger Fortbildung ohne Diplomabschluss, als Homöopath in einer privaten Gemeinschaftspraxis. Nach zahlreichen Erfahrungen mit Phytotherapie und dem Kennenlernen verschiedener Methoden entschied er sich noch während seines schulmedizinischen Studiums für die Homöopathie, da ihm die an der Universität gelehrt Medizin als Methode nicht umfassend und nachhaltig genug erschien. Er besuchte viele Veranstaltungen der SIH und bildete sich schließlich jahrelang selbstständig weiter. Dr. Vogel arbeitet heute noch bei der SIH mit, wo er, neben anderen Lehrtätigkeiten, auch in der Einführungsvorlesung zwei Einheiten gestaltet, an welcher jedes Jahr zwischen 100 und 150 StudentInnen teilnehmen.

5.4 Teilnehmende Beobachtung

Laut Mayring ist die Feldforschung ein schwieriges Unterfangen, denn sie „will ihren Gegenstand bei der Untersuchung in seiner natürlichen Umgebung belassen; die Forscher selbst begeben sich in diese natürliche Umgebung, sie gehen >>ins Feld<<, sie nehmen teil an den alltäglichen Situationen ihrer Untersuchungsobjekte“ (Mayring 2002: 54). Normalerweise besteht die schwierigste Aufgabe darin, einen Zugang zum Feld zu bekommen und das Vertrauen der Untersuchten zu gewinnen. Die teilnehmende Beobachtung bot sich bei mir zusätzlich zu den Interviews und der Fragebogenausgabe an, da ich mich durch den Besuch der Lehrveranstaltungen bereits „mitten im Feld“ befand, als eine Studentin unter

StudentInnen. Somit bedurfte es nur eines Feldtagebuches, um neben den Mitschriften der Vorlesung auch die relevantesten Details der teilnehmenden Beobachtung zu notieren.

Bei vier der fünf besuchten Lehrveranstaltungen fanden Vorstellungsrunden statt, bei der die einzelnen TeilnehmerInnen über ihren Hintergrund und die persönliche Motivation, die Lehrveranstaltung zu besuchen, berichten sollten. Dabei zeigte sich, dass das Publikum durchwegs gemischt war. In jeder Lehrveranstaltung fanden sich StudentInnen, die sich noch nie mit der Thematik auseinandergesetzt hatten und das Wahlfach besuchten, weil sie entweder daran interessiert waren oder noch Wahlfachstunden brauchten. Im Gegensatz dazu gab es auch in jeder Lehrveranstaltung mindestens eine Person, die sich bereits mit dem jeweiligen Thema intensiv beschäftigt hatte und auch einige, die eine Zusatzausbildung im Fachgebiet anstrebten. Durch die Heterogenität der Gruppen ergaben sich auch immer wieder äußerst interessante Diskussionen innerhalb der Lehrveranstaltungen.

Bereits bei den Vorstellungsrunden fielen mir für die Forschung relevante Details auf. Vor allem in der Vorlesung zur Hypnose gab es einige StudentInnen, die ganz offen und ehrlich ihre Skepsis bekundeten und sogar einen Teilnehmer, der sich weigerte, an der darauf folgenden praktischen Übung teilzunehmen, da er sich dabei unwohl fühlte, wie er anmerkte. Auch in den nächsten Einheiten merkte man, dass sich die TeilnehmerInnen in zwei Gruppen zu teilen schienen: jene, deren Vertrauen in die Methode immer mehr wuchs und die sich auch abseits der Lehrveranstaltung tiefer informierten und jene, die nur noch skeptischer wurden, aber trotzdem an den restlichen Terminen teilnahmen, um eine Note zu bekommen. Viele, die anfangs geäußert hatten, sie würden teilnehmen, weil sie sich unter Hypnose nichts vorstellen konnten und gerne wissen würden, wie es funktionieren kann, schienen auch am Ende nicht von der wissenschaftlichen Methode überzeugt zu sein. Dies mag allerdings auch an der Struktur der Lehrveranstaltung gelegen haben. In Gesprächen mit KollegInnen erfuhr ich, dass viele sich gewünscht hätten, so etwas wie einen Leitfaden für eine medizinische Hypnosedurchführung in die Hand zu bekommen, was in der Lehrveranstaltung allerdings nicht der Fall war. Eher forderte Herr Prof. Dr. Tschugguel die TeilnehmerInnen dazu auf, praktische Versuche ohne großen Theoriehintergrund durchzuführen, da er der Meinung ist, dass man nur so ein Gefühl für Hypnose bekommen kann.

Auch im Seminar von Prof. Dr. Zeisler gab es spannende Diskussionspunkte, auf die auch näher eingegangen werden konnte, da die Zahl der TeilnehmerInnen, im Gegensatz zu allen anderen Wahlfächern, sich hier auf sieben Personen beschränkte. Davon hatten nur zwei Studentinnen gar kein Vorwissen, zwei ein wenig und zwei weitere befanden sich bereits in

einer postgradualen Ausbildung: eine Kollegin hatte soeben mit dem Ärztekammerdiplom für Akupunktur begonnen, die andere mit einer Ausbildung in traditionell chinesischer Medizin. Durch die unterschiedlichen Hintergründe der kleinen Gruppe kam es immer wieder zwischendurch zu sehr befruchtenden Diskussionen unter den Studentinnen. Vor allem eine der beiden Studentinnen ohne Vorwissen stellte von Zeit zu Zeit skeptische Fragen. Prof. Dr. Zeisler sagte dazu in meinem Interview:

Aber die ist mir die Liebste, muss ich ehrlich sagen! (...) Weil da merke ich eigentlich die meiste Veränderung. (...) Weil bei ihr habe ich das Gefühl, dass sie mit jedem Tag eigentlich interessierter, offener wird. Und ihr Weltbild neu ordnet, glaube ich. (...) Und ich finde, dass sie auch einen guten (...) Gegenpart bildet, zu denen die, wie Sie, schon Erfahrungen haben, ja? (...) Weil natürlich Sie Ihre Erfahrungen einbringen und dann gibt's die Erfahrung und Meinung, das ist ein guter Gedankenaustausch. Ich glaub, das (...) tut der Gruppe ganz gut. (Interview Dr. Zeisler: 268-308)

Auch in den anderen Lehrveranstaltungen wurden immer wieder einerseits interessierte, andererseits auch skeptisch wirkende Fragen gestellt. In der Einführungslehrveranstaltung zur Akupunktur kam das noch am wenigsten vor, was allerdings auch daran gelegen haben mag, dass dies noch am ehesten einem Vortrag wissenschaftlicher Tatsachen mit anschließender praktischer Übung in der Gruppe glich. Nach der Besprechung der einzelnen Meridiane und Punkte konnten auch immer einige der Punkte von StudentInnen bei anderen KollegInnen gestochen werden. Durch die Strukturierung der Lehrveranstaltung entstanden hier auch die wenigsten Diskussionen.

Während der einzelnen Vorträge in der Einführungsvorlesung zur Homöopathie waren hingegen öfters auch kritische Stimmen mit der Bitte nach einer wissenschaftlichen Erklärung für die auftretenden Phänomene zu hören. Ich führte später ein Interview mit zwei StudentInnen, die der SIH angehören und das Wahlfach mit organisieren, wo sie erwähnten, dass es ihnen nur zu recht ist, wenn auch kritische MitstudentInnen im Auditorium der Ringvorlesung sitzen, da sie immer Diskussionsstoff liefern, von dem auch die anderen ZuhörerInnen profitieren können. Für die OrganisatorInnen steht vor allem die Wissensvermittlung im Vordergrund, daher sind sie der Meinung, dass nicht alle StudentInnen das Wahlfach mit einer positiven Einstellung gegenüber Homöopathie verlassen müssen, aber sie sollten danach informierter sein als vorher, um PatientInnen später kompetent Auskunft über die Methode geben zu können (vgl. Helga: Interview Gabriela und Helga 1: 1870-1910). Sie gaben auch an, dass sie sich darüber bewusst wären, dass es auch immer StudentInnen geben wird, die mit einer negativeren Einstellung als zuvor die Vorlesung verlassen. Dies führten sie darauf zurück, dass manche StudentInnen sich die Homöopathie als wesentlich einfachere und weniger komplexe Methode vorstellen und dann

schlichtweg überfordert sind mit der Vielzahl verschiedenen Vorgehensweisen, die sie von den einzelnen Vortragenden hören, da sie sich womöglich einen einheitlichen Leitfaden zum Erlernen und Beherrschen der Methode gewünscht hätten (vgl. Helga: Interview Gabriela und Helga 1: 2083-2096). Dies entspricht wiederum der Problematik, auf die TeilnehmerInnen am Hypnoseseminar hingewiesen hatten und zeigt erneut, dass die StudentInnen sich meist nicht über die Ausmaße des zu lernenden Stoffes im Klaren sind und deshalb Enttäuschung erleben bei der Feststellung, dass ihnen kein einheitlicher Leitfaden präsentiert wird.

Zudem erwähnten die Mitorganisatorinnen der Homöopathievorlesung, dass es auch vorkam, dass erklärte Gegner der Homöopathie das Wahlfach besuchten und durch deren Wortmeldungen ein angeregter Diskurs vor den StudentInnen entstand, was die OrganisatorInnen der Lehrveranstaltung allerdings in keinsten Weise stört, da sie selbst an kritischen Meinungen interessiert sind (vgl. Helga: Interview Gabriela und Helga 1: 1924-2040). Dazu sagte eine der von mir interviewten StudentInnen aus der SIH:

(...) also für mich war das einfach total spannend, weil das ist einfach ein Mensch, der sich wirklich auskennt (...) So von der wissenschaftlichen Seite, der diese Studien so anschaut, wie wir es niemals verstehen werden, ja? (Helga: Interview Gabriela und Helga 1: 2028-2036)

Resümierend stelle ich also fest, dass nicht alle StudentInnen an Wahlfächern über Komplementärmedizin aus reinem Interesse und positiver Einstellung zur Methode heraus teilnehmen, sondern viele von ihnen auch mit Skepsis an die Sache herangehen, die sich auch nicht immer im Laufe dieser Lehrveranstaltungen löst. Zu denselben Ergebnissen kam ich auch durch die Interview- und Fragebogenauswertungen, auf die in der Folge noch weiter eingegangen wird.

5.5 Herausforderungen bei der Forschung

Ich möchte an dieser Stelle einige Probleme erwähnen, auf die ich während meiner Forschung gestoßen bin. Hierbei will ich als Erstes auf die Auswahl meiner InterviewpartnerInnen eingehen. Diese lernte ich einerseits in den Lehrveranstaltungen an der Medizinischen Universität Wien kennen und andererseits bat ich zwei Menschen aus meinem Freundes- und Bekanntenkreis, sich von mir interviewen zu lassen.

In den Lehrveranstaltungen an der Medizinischen Universität Wien erklärte ich den anderen TeilnehmerInnen, mit denen ich ins Gespräch kam, von vorneherein meinen Hintergrund und mein wissenschaftliches Interesse aufgrund meiner Abschlussarbeit. Daraufhin erklärten sich

bereits einige von ihnen dazu bereit, mir zusätzlich zu dem Ausfüllen der Fragebögen ein Interview zu geben. Zudem erwähnte ich bei der Ausgabe meiner Fragebögen, dass ich gerne noch weitere Interviews mit StudentInnen führen würde und bat diejenigen, die Interesse daran zeigten, eine Kontaktadresse auf dem Fragebogen zu vermerken. Dies taten auch einige, bei denen ich mich daraufhin meldete und weitere Interviewtermine vereinbarte.

Auffallend daran ist, dass sich ausschließlich weibliche, der Komplementärmedizin gegenüber durchaus aufgeschlossene Studentinnen freiwillig dazu bereit erklärten, sich von mir interviewen zu lassen. Dadurch ergibt sich ein, im Vorhinein nicht eingeplanter, beziehungsweise erwünschter eingeschränkter Blickwinkel auf das Forschungsfeld. Nur in meiner Kontrastgruppe bekam ich die Chance, auch einen männlichen Absolventen des Medizinstudiums zu interviewen, um auch den Blickwinkel zumindest eines Vertreters des anderen Geschlechts darstellen zu können, abgesehen von den beiden Experteninterviews, für die ich zwei männliche Ärzte befragte.

Einerseits führe ich die mangelnde Interviewbereitschaft der Männer darauf zurück, dass die Männer in den Lehrveranstaltungen generell der Komplementärmedizin gegenüber eher skeptisch eingestellt waren und sich deshalb nicht freiwillig meldeten. Meine weiblichen Interviewpartnerinnen waren durchwegs den meisten Verfahren gegenüber generell eher positiv eingestellt und hatten auch ein gewisses Bedürfnis, sich darüber auszutauschen. Ich gehe davon aus, dass dieses Kommunikationsbedürfnis bei Menschen, die eine hohe Skepsis zeigen, vielleicht auch deshalb nicht vorhanden ist, da sie sich entweder ihrer Meinung noch nicht sicher sind, sie vielleicht generell nur Wahlfachstunden brauchen und die Lehrveranstaltungen nicht aus Interesse besuchen, oder sie sich nicht der Situation aussetzen wollen, sich einer Forscherin gegenüber rechtfertigen zu müssen, warum sie gegen die Anwendung komplementärmedizinischer Verfahren sind. Aufgrund meines Forschungsthemas könnte ich durchaus den Eindruck erweckt haben, Komplementärmedizin äußerst positiv gestimmt gegenüberzustehen, was dazu geführt haben könnte, dass Menschen mit Skepsis sich womöglich eher eine Diskussion über Grundeinstellungen anstatt eines objektiv geführten Interviews erwartet haben. Eine weitere Erklärung dafür sehe ich auch darin, dass an den Lehrveranstaltungen zwar durchaus einige Männer teilgenommen haben, in manchen Fällen gehe ich sogar von einer gerechten Verteilung beider Geschlechter aus, aber beispielsweise in dem Seminar zur Hypnose viele männliche Zahnmedizinstudenten teilnahmen, die sich von meiner Anfrage – zurecht – gar nicht angesprochen fühlten, da ich mich ja im Rahmen meiner Forschung nur auf HumanmedizinerInnen spezialisiert habe.

Allerdings möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass es auch bei anderen Forschungen, wie bei jener von Pochendorfer aus dem Jahr 2010, zu großen Geschlechterdifferenzen in der Auswertung gekommen ist, was Pochendorfer zu jener Aussage veranlasste:

Die Ergebnisse bestätigen ebenso die bekannte Tatsache, dass weibliche Mediziner aufgeschlossener gegenüber komplementärmedizinischen Methoden sind, als männliche Mediziner und verwundern die Untersucherin daher nicht. (Pochendorfer 2010: 127)

Leider konnte ich im Zuge der Lehrveranstaltungen auch ausschließlich mit weiblichen Humanmedizinerinnen und wenigen männlichen Zahnmedizinerinnen näher in Kontakt treten und hatte gehofft, es würde sich vielleicht später, in anderen Lehrveranstaltungen, noch eine Möglichkeit ergeben, mit einem männlichen Medizinstudenten in Kontakt zu kommen, um ihn interviewen zu können. Schlussendlich entschied ich mich allerdings dafür, es bei den bereits geführten Interviews zu belassen, da sie meiner Meinung nach bereits ein sehr dichtes Datenmaterial mit vielen unterschiedlichen Blickwinkeln lieferten und ich wenigstens einen männlichen Studenten für meine Kontrastgruppe interviewen konnte.

Eine weitere Herausforderung war, wie bereits anfangs angesprochen, die Definition des Forschungsfeldes, da schon aus wissenschaftlicher Sicht eine Vielzahl an Theorien vorhanden ist, ohne Aussicht auf Vereinheitlichung und allgemeine Gültigkeit. Diese Vielzahl an unterschiedlichen Auffassungen von Komplementärmedizin zieht sich auch wie ein roter Faden durch meine Interviewergebnisse.

Auch gab es Schwierigkeiten bei dem Verständnis einzelner Termini bei den Befragten. So wählte ich beispielsweise den noch recht neuen Begriff der traditionell europäischen Medizin, da ich der Meinung war, dass die sogenannte Phytotherapie dem Methodenausmaß nicht gerecht werden konnte und Termini wie Naturheilkunde wiederum zu schwammig definiert wären. Allerdings war der Begriff der traditionell europäischen Medizin, wie sich erst in den Interviews herausstellte, nicht vielen der StudentInnen ein Begriff, wodurch ich nicht ausschließen kann, dass es womöglich zu einer Verfälschung einiger Fragebogenergebnisse gekommen sein könnte. Ich habe die Problematik der Begrifflichkeit zwar in den ersten beiden Lehrveranstaltungen, in denen ich die Fragebögen ausgeben durfte, auf Nachfrage hin angesprochen, in dem letzten Wahlfach ist mir das aber leider nicht gelungen. Auch bei den persönlichen Interviews sah ich mich immer wieder gezwungen, den Terminus zu erklären, sobald die Befragten allerdings wussten, was damit gemeint war, reagierten sie meist äußerst positiv, was sich nicht unbedingt mit den Fragebogenergebnissen deckt, weshalb ich hier nicht auf die Aussagekraft meiner Daten bezüglich der traditionell europäischen Medizin vertrauen möchte.

6. Forschungsergebnisse

In diesem Teil meiner Arbeit werde ich mich den Ergebnissen meiner Forschung widmen. Zum besseren Verständnis habe ich sie in einzelne Unterkapitel aufgeteilt, welche jeweils zur Beantwortung einer Frage beitragen sollen.

6.1 Erfahrungen der Befragten mit und ihre Einstellung zu den komplementärmedizinischen Methoden

Um die Ergebnisse, sowohl der Interviews als auch der Fragebögen, korrekt in ihren Kontext einordnen zu können, erscheint es mir wichtig, vorerst einen Blick auf derzeitigen Wissenstand der befragten StudentInnen hinsichtlich komplementärmedizinischer Methoden zu werfen. Denn nur wenn man jenen kennt, kann es gelingen, keine falschen Rückschlüsse zu ziehen. Ich spreche hierbei vor allem darüber, dass mir meine Erfahrung gezeigt hat, dass Menschen gewisse Methoden, mit denen sie bisher nur geringe oder gar keine Erfahrungen sammeln konnten oder von denen sie gar noch nie gehört haben, womöglich aufgrund einer natürlichen Skepsis tendenziell negativer beurteilen. Im Detail geht es mir vor allem auch darum, weshalb beispielsweise die tibetische Medizin oder Ayurveda bei einigen Fragen äußerst negative Werte aufgezeigt haben. Ich führe viele dieser Ergebnisse schlichtweg auf ihren zu geringen Bekanntheitsgrad bei den Studierenden beziehungsweise der gesamten österreichischen Bevölkerung zurück.

Um den derzeitigen Wissensstand der StudentInnen zu beleuchten, möchte ich mich einer Frage, welche nur bei der letzten Fragebogenausgabe auf einem gesonderten Blatt 45 StudentInnen vorgelegt und von ihnen beantwortet wurde, näher widmen. Hierbei sollten die Befragten angeben, wie viel Wissen sie ihrer eigenen Meinung nach über die einzelnen Methoden haben. Anhand einer Ordinalskala, reichend von der absoluten Unkenntnis bis hin zu Erfahrungen in der Arbeit mit der jeweiligen Methode, definierten sie ihren subjektiv empfundenen, derzeitigen Kenntnisstand. Statt der sonst von mir angebotenen acht komplementärmedizinischen Methoden wurde hier allerdings eine Liste von insgesamt 26 verschiedenen Methoden abgefragt. Die Ergebnisse sind in folgender Tabelle zusammengefasst:

	Gar nicht		Namen		Grundbegriffe		Basiswissen		Erweitertes Basiswissen		Fachwissen		Damit gearbeitet	
Ayurveda	16	34,8%	17	37%	12	26,1%	0	0%	1	2,2%	0	0%	0	0%
Akupunktur	0	0%	8	17,4%	23	50%	12	26,1%	3	6,5%	0	0%	0	0%
Alexander-T	40	87%	3	6,5%	2	4,3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Anthr. Med.	30	66,7%	8	17,8%	4	8,9%	2	4,4%	0	0%	0	0%	1	2,2%
Aromath.	6	13%	27	58,7%	7	15,2%	4	8,7%	0	0%	0	0%	2	4,3%
Autogenes T.	6	13%	15	32,6%	15	32,6%	9	19,6%	1	2,2%	0	0%	0	0%
Bachblüten	6	13%	14	30,4%	17	37%	8	17,4%	1	2,2%	0	0%	0	0%
Bioresonanz	13	28,3%	18	39,1%	8	17,4%	6	13%	1	2,2%	0	0%	0	0%
Biofeedback	21	45,7%	15	32,6%	3	6,5%	5	10,9%	1	2,2%	0	0%	1	2,2%
Chiroth.	22	47,8%	10	21,7%	11	23,9%	3	6,5%	0	0%	0	0%	0	0%
F. X. Mayr	36	80%	3	6,7%	5	11,1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2,2%
Homöopathie	0	0%	0	0%	3	6,7%	30	66,7%	7	15,6%	2	4,4%	3	6,7%
Hypnose	1	2,2%	15	33,3%	19	42,2%	6	13,3%	3	6,7%	1	2,2%	0	0%
Kinesiologie	10	21,7%	25	54,3%	6	13%	3	6,5%	1	2,2%	0	0%	1	2,2%
Neuralth.	22	47,8%	15	32,6%	6	13%	1	2,2%	2	4,3%	0	0%	0	0%
Massage	0	0%	5	10,9%	25	54,3%	10	21,7%	2	4,3%	1	2,2%	3	6,5%
Meditation	2	4,3%	13	28,3%	20	43,5%	7	15,2%	1	2,2%	1	2,2%	2	4,3%
Osteopathie	7	15,2%	19	41,3%	15	32,6%	4	8,7%	0	0%	1	2,2%	0	0%
Phytothh.	16	34,8%	21	45,7%	4	8,7%	3	6,5%	0	0%	1	2,2%	1	2,2%
Reiki	26	56,5%	13	28,3%	4	8,7%	1	2,2%	1	2,2%	0	0%	1	2,2%
Shiatsu	8	17,4%	29	63%	5	10,9%	2	4,3%	1	2,2%	0	0%	1	2,2%
TTouch	34	77,3%	9	20,5%	0	0%	0	0%	1	2,3%	0	0%	0	0%
TCM	1	2,2%	20	43,5%	16	34,8%	6	13%	1	2,2%	2	4,3%	0	0%
TEM	21	46,7%	14	31,1%	3	6,7%	5	11,1%	2	4,4%	0	0%	0	0%
Tibet. Med.	23	51,1%	19	42,4%	3	6,7%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Yoga	0	0%	10	22,2%	15	33,3%	14	31,1%	3	6,7%	0	0%	3	6,7%

Abbildung 2: Bisherige Erfahrungen der StudentInnen mit Komplementärmedizin

Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, zählen Homöopathie, Akupunktur, Massage, Meditation, Hypnose, Yoga und Bachblütentherapie zu den unter den StudentInnen bekanntesten Methoden. Auch Pochendorfer nannte in ihrer Studie als bekannteste Verfahren Homöopathie, Akupunktur, Phytotherapie und Heilmassagen (vgl. Pochendorfer 2010: 128). Aufgrund dieser Zahlen lässt sich auch erklären, weshalb die Beurteilung einiger Methoden in der nachfolgenden Bewertung kategorisch positiver oder negativer ausfällt als von anderen, da vielen StudentInnen bei diversen Methoden einfach das Hintergrundwissen beziehungsweise eine generelle Definitionsmöglichkeit fehlt.

Als Grund für die Teilnahme an dem jeweiligen komplementärmedizinischen Wahlfach nannte der Großteil der im Interview Befragten hauptsächlich persönliches Interesse, aber auch die Möglichkeit, die Methoden später anwenden und damit ein lukratives Zusatzangebot bieten zu können, wurde in Betracht gezogen. Als weiterer Grund wurde angegeben, dass sich das jeweilige Wahlfach gut im Stundenplan unterbringen ließ. Oft wurden die Liste der Top

50 Wahlfächer der Österreichischen Medizinerunion (ÖMU), welche einmal im Jahr aktualisiert und sowohl an der Universität ausgegeben, als auch im Internet präsentiert wird und Freunde als Informationsquelle über die Abhaltung der Seminare genannt.

Hierbei muss erwähnt werden, dass fünf der neun interviewten Personen den Besuch mehrerer Wahlfächer zu verschiedenen Themen der Komplementärmedizin vorweisen konnten, ich die Studentinnen an dieser Stelle allerdings lediglich über die Lehrveranstaltung befragte, in der ich sie kennengelernt hatte.

Dr. Zeisler gab an, dass StudentInnen seiner Meinung nach nur bei gezieltem Interesse an Akupunktur an seinem Wahlfach teilnehmen (vgl. Interview Dr. Zeisler: 272-248). Dr. Vogel hingegen sah neben den einfach gewonnenen Wahlfachstunden für die StudentInnen und vorangegangenen, positiv verlaufenen Behandlungen und guten Bewertungen auch ihre, zum Studienanfang noch recht große Offenheit gegenüber komplementärmedizinischen Methoden als Grund für ihre Teilnahme (vgl. Interview Dr. Vogel: 661-678). Seiner Ansicht nach schmälert sich der Blick der StudentInnen im Laufe des schulmedizinischen Studiums aufgrund von Angst:

(I)ch würde einmal sagen, das Hauptmotiv ist die Angst. Die Angst macht ja ganz oft irgendwo den Horizont sehr schmal, und man beginnt sich irgendwie nur noch auf sehr engen Bahnen zu bewegen (...) Die Angst davor, inkompetent zu sein, und aber ... das nicht zeigen zu dürfen, ist ein ganz ein zentraler Faktor. Und je näher, dass es an die eigene Praxis geht, also je mehr der innerliche und auch äußerliche Druck steigt, quasi, so, jetzt musst du dann selber in die Rolle des Arztes oder der Ärztin schlüpfen, der Druck immer größer wird, ja? Und aus meiner Sicht ganz viel Angst vor Inkompetenz besteht, und die Leute auch auf diesem Punkt auch nicht wahnsinnig ausgebildet sind, das macht den Blick aus meiner Sicht sehr eng. (...) wenn ich die ganze Zeit damit beschäftigt bin, dir quasi zu vermitteln, dass ich alles weiß, und alles kann, dann hab ich nicht mehr sehr viel Möglichkeit, breiter zu schauen und offen zu sein, für das, was da jetzt kommt. (...) aber auch durch diese neue Stimmung quasi in der Medizin, nur evidenzbasierte Medizin ist gut, alles andere ist Blödsinn, (...) verschärft sich das auch noch einmal vom Druck. (Interview Dr. Vogel: 691-717)

Somit bedingt für Dr. Vogel vor allem die im Laufe des Studiums wachsende Angst vor Inkompetenz, dass fast ausschließlich StudentInnen an den Wahlfächern zur Homöopathie teilnehmen, die sich noch am Beginn ihrer schulmedizinischen Ausbildung befinden, und kaum Höhersemestrige.

Diese Erkenntnis deckt sich mit den Ergebnissen der Fragebögen. Den Grund der Teilnahme an der Lehrveranstaltung sahen in einer Frage mit Mehrfachantwortmöglichkeit 61 (84,7%) der 72 Befragten im generellen Interesse. 37 (51,4%) gaben an, Wahlfachstunden zu benötigen. 18 (25%) streben eine spätere Zusatzausbildung zu dem Thema der Lehrveranstaltung an. 17 (23,6%) begründeten den Besuch in einer Empfehlung. Weitere

Gründe waren das Vertiefen von Erfahrungen (18,1%), bereits gesammelte Erfahrungen und der damit verbundene Wunsch, später eine Zusatzausbildung zum Thema der Lehrveranstaltung zu beginnen (16,7%) und 2,8% besuchten die Lehrveranstaltung, weil sie bereits eine Zusatzausbildung begonnen hatten.

Bei der offenen Folgefrage hatten die Befragten nochmals die Gelegenheit, genauere Gründe für den Besuch der Lehrveranstaltung preiszugeben. Hierbei nannten 22 der 72 Befragten (30,6%) ein tiefes Interesse an dem jeweiligen Thema der Lehrveranstaltung, 14 (19,4%) ein allgemeines Interesse, acht (11,1%) ein Interesse am wissenschaftlichen Zugang und medizinischen Erklärungen für komplementärmedizinische Methoden und sechs (8,3%) ein Interesse an Komplementärmedizin. Weitere angegebene Gründe waren das Anstreben einer Zusatzausbildung (6,9%), der Wunsch danach, später komplementäre Methoden anbieten zu können (5,6%), wirksame Behandlung bei Bekannten (4,2%), das Praktizieren komplementärmedizinischer Methoden durch ein Elternteil, das Sammeln von Erfahrungsberichten und ein Ausgleich zur starren Schulmedizin (jeweils 2,8%). 25% der Befragten gaben hier nichts an.

Die Beurteilung der einzelnen Wahlfächer durch die interviewten StudentInnen, welche bereits mindestens eines davon besucht hatten, war durchwegs positiv, wobei bei allen der fehlende Tiefgang aufgrund der nur einsemestrigen Abhaltung bemängelt wurde. Zudem fiel negativ auf, dass beispielsweise das Wahlfach zur Hypnose unter dem Titel „Hypnose in der Frauenheilkunde“ eingetragen war, im Wahlfach jedoch schlussendlich nur eine Einführung in die Hypnose allgemein stattfand. Generell hätten sich mehrere Befragte mehr Praxisübungen und Beispiele zu diesem Thema gewünscht. Bei der Lehrveranstaltung zur Akupunktur hingegen wurden die praktischen Übungen positiv angenommen, jedoch hätte man laut den Befragten hier mehr Hintergrundwissen vermitteln können. Grundsätzlich empfanden die Studentinnen die Lehrveranstaltungen, an denen sie teilgenommen hatten, als sehr positiv und als gute Möglichkeit, in die Themengebiete hineinzuschnuppern, hätten sich aber eine intensivere und längerfristige Auseinandersetzung mit den jeweiligen Methoden gewünscht.

Die Fragebögen brachten zum Thema der Zufriedenheit ähnliche Ergebnisse: 27 (37,5%) der 72 Befragten waren mit Inhalt und Verlauf der Lehrveranstaltung sehr zufrieden, 33 (45,8%) eher zufrieden, neun (12,5%) eher weniger zufrieden und nur ein Befragter (1,4%) gab an, damit gar nicht zufrieden zu sein. Zwei Befragte (2,8%) machten keine Angabe.

Alle interviewten Studentinnen bis auf eine hatten bereits vor dem Besuch der Lehrveranstaltung Erfahrungen mit der komplementärmedizinischen Methode, die in dem jeweiligen Wahlfach behandelt wurde, sammeln können. Dies waren vorwiegend Erfahrungen am eigenen Körper, durch die Eltern in der Kindheit angeregt, durch den eigenen Hausarzt oder durch Eigeninitiative.

In den Fragebögen gaben 47 StudentInnen (65,3%) an, vor dem Besuch der Lehrveranstaltung bereits Erfahrungen mit Komplementärmedizin gemacht zu haben, 21 (29,2%) verneinten. Vier Personen (5,6%) gaben nichts an.

Im Folgenden möchte ich die Einstellung der Befragten zu den einzelnen Methoden besprechen. Den Begriff Ayurveda hatten alle interviewten Studentinnen bereits einmal gehört, doch nur eine von ihnen hatte sich bis dato genauer damit auseinandergesetzt und befand sich auch in einer positiv verlaufenden Behandlung. Der einzige männliche Befragte gab an, die Methode nicht genau einordnen zu können. Auch 65,5% von Pochendorfers Befragten gaben an, über Ayurveda kein Wissen zu haben (vgl. Pochendorfer 2010: 56).

Das Wissen über Akupunktur war bei all meinen Befragten um ein Wesentliches höher. Acht StudentInnen bewerteten sie als äußerst positiv, drei von ihnen konnten bereits über eine positive Behandlung mit Akupunktur berichten. Nur eine Befragte sprach sich deutlich gegen die Akupunktur aus:

Ich bin eher gegen Akupunktur, weil ich finde, das ist eine sehr invasive Methode, weil man in den Körper mit Nadeln eindringt. Ich bin eher für das ganzheitliche und sanfte (...) alleine die Vorstellung, dass die Nadeln zu weit eindringen, aus welchem Grund auch immer (Interview Christina: 182f, 195f)

Somit spielt auch die Verwendung von therapeutischen Hilfsmitteln eine große Rolle bei der Bewertung komplementärmedizinischer Methoden. Erstaunlich hierbei ist die Tatsache, dass StudentInnen der Schulmedizin eigentlich daran gewöhnt sein sollten, Nadeln am menschlichen Körper einzusetzen, bei der Bewertung von anderen medizinischen Methoden aber anscheinend andere Parameter gelten lassen. Denise hatte einen anderen Kritikpunkt vorzubringen:

(I)ch finde ein bisschen schade, wie die westliche Medizin sich die Akupunktur so quasi rausgenommen hat, weil sie gemeint hat, ja, das funktioniert, das machen wir jetzt auch. Und irgendwie den Rest wollen wir gar nicht sehen und haben und das finde ich äußerst schade und auch etwas kurzsichtig sogar. (Interview Denise: 774-777)

Das Paradoxon der Abkoppelung der Akupunktur von der traditionell chinesischen Medizin, in welcher sie ihren Ursprung hat, durch die europäische Schulmedizin wurde von mehreren Befragten angesprochen und als negativ empfunden. Angesprochen wurde unter anderem auch eine „Verwestlichung“ einzelner Methoden, bei der damit auch immer ein Teil des ursprünglichen Hintergrunds und der Philosophie auf der Strecke bleibt, was immense Auswirkungen auf die Qualität der Methode haben kann (vgl. Interview Denise: 807-816). Ivan beleuchtete ein weiteres, für viele Schulmediziner nicht unwesentliches Argument für die Akupunktur:

Akupunktur finde ich super (...). Funktioniert meiner Meinung nach sehr gut. (...) also das ist vielfach bewiesen, dass es besser funktioniert als der Placebo-Effekt, aber es hat den höchsten Placebo-Effekt von allen komplementärmedizinischen Therapien. (...) Die Handlung des Stechens ist einfach vom Placebo-Effekt am Besten (...) Akupunktur funktioniert auch ziemlich gut, wenn man den Akupunkturpunkt nicht trifft. Funktioniert verdammt gut. Ja, aber das spricht für die Technik der Akupunktur, finde ich, aber nicht unbedingt für die Akupunkturpunkte. (Interview Ivan: 4-8, 66-69)

Somit lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Befragten die Akupunktur für eine äußerst potente Methode hielten und ihr generell eine sehr positive Bewertung zusprachen, wenn auch nicht alle vollkommen vorbehaltlos an das Thema herangingen. Auch in Pochendorfers Studie aus dem Jahre 2010 gaben 90% ihrer Befragten an, Akupunktur für wirksam zu befinden, 88,6% sahen diese Methode als gute Ergänzung für die Schulmedizin an. Nur 3% schätzten Akupunktur als potentiell gefährlich ein (vgl. Pochendorfer 2010: 48f).

Bachblüten waren zumindest vom Namen her allen Befragten bekannt. Vier der StudentInnen hatten auch schon selbst Erfahrungen mit der Methode gesammelt, jedoch war nur eine von ihnen überzeugt von der positiven Wirkung. Die Hälfte der Befragten sprach auch von einer hohen Skepsis gegenüber der Methode, vor allem, wenn die PatientInnen die Medikamente ohne Verschreibung in Apotheken erwerben. Helga erklärte das folgendermaßen:

(E)s ist einfach keine Anamnese dabei und das sehe ich halt so aus klassisch homöopathischer Sicht nicht sehr individuell. (Helga: Interview Gabriela und Helga 2: 743f)

Die Bachblütentherapie befanden nur 36,3% von Pochendorfers Befragten als wirksam, 6,3% sahen sie als potentiell gefährlich an (vgl. Pochendorfer 2010: 116,119).

Hypnose und das Wahlfach zu dem Thema waren allen StudentInnen ein Begriff, jedoch kannten sich diejenigen, die es noch nicht besucht hatten, kaum damit aus, meinten allerdings, dass die Methode sehr interessant wäre und durchaus Potential hat. Ivan äußerte auch Bedenken:

Ja, halte ich für sehr wirksam. Aber für eine, für eine sehr, sehr mächtige Waffe (...) deshalb sollte man das nicht jedem beibringen, meiner Meinung nach. (Interview Ivan: 27f)

Christina erwähnte, sie hätte Hypnose das erste Mal im Fernsehen kennengelernt, wo in einer einschlägigen Talkshow ein Mann durch Hypnose dazu gebracht wurde, im Tutu einen Spagat zu machen. Natürlich führte dies nicht zu einer positiven Grundeinstellung gegenüber Hypnose. Somit zählt die Hypnose auch zu einem der Fächer, bei denen eine natürliche Skepsis von Seiten der StudentInnen zum Tragen kommt.

Die Homöopathie war mit Abstand die bekannteste Methode unter den Befragten. Sechs der acht Studentinnen hatten bereits die Einführungsveranstaltung besucht, vier davon auch schon mehrere Wochenendseminare der StudentInneninitiative Homöopathie. Diese Befragten konnten sich auch gut vorstellen, eine weiterführende Ausbildung in diesem Fach zu absolvieren, da sie von den Veranstaltungen der SIH positiv überrascht waren. Nur zwei Personen äußerten Skepsis gegenüber der Methode aufgrund der schlechten Erfahrungen im Wahlfach und einer negativ verlaufenen Behandlung beziehungsweise aufgrund der Qualität der Vorträge, die sie bisher während des Studiums darüber gehört hatten.

(M)einer Meinung nach besteht die Homöopathie zu 99,9% nur aus dem Placebo-Effekt (Räuspern) Da waren leider im Zuge meines Studiums nur sehr unstrukturierte Vortragende, die nur alte Daten präsentiert haben oder nur wissenschaftliche Methoden verwenden, die man nicht als wissenschaftliche Methoden bezeichnen kann eigentlich. Und dann auch auf diesem Kongress in der FH, die waren einfach alle so schlecht! Die Vortragenden, also ... und nicht überzeugend und der eine, der dann seinen Vortrag vorgelesen hat und der war eigentlich noch der Beste, also vielleicht habe ich die falschen Vertreter getroffen, aber ich halte das für Geldverschwendung, im Großen und Ganzen. (Interview Ivan: 17-24)

Demnach spielen auch Erfahrungen mit Vortragenden auf der Universität eine tragende Rolle bei der Beurteilung einzelner Methoden. Wenn die Vorträge nicht überzeugen, überträgt sich dies auch auf die Einstellung gegenüber dem Thema, das sie den StudentInnen näher bringen sollen.

Die Homöopathie hielten 55% der Befragten von Pochendorfer für wirksam, 69,4% würden sie als Ergänzung zur Schulmedizin sehen und 10,6% sahen in der Homöopathie eine gefährliche Methode (vgl. Pochendorfer 2010: 52-55). Dies mag daran liegen, dass sich auf der Medizinischen Universität Wien der urbane Mythos zu verbreiten scheint, es hätte einen Todesfall aufgrund einer Vergiftung mit einem homöopathischen Medikament gegeben (vgl. Interview Christina: 281-317). Mir wurde davon auch im Wahlfach berichtet, allerdings kam es laut dem Vortragenden dadurch zu dem Todesfall, dass eine Patientin, ohne vorher homöopathische Beratung erfahren zu haben, monatelang eine viel zu hohe Dosierung von Arsenicum Album zu sich genommen hatte und dies dem medizinischen Personal während

eines Krankenhausaufenthaltes wegen ihrer Vergiftungserscheinungen sogar verschwiegen hatte, die Mittel gar weiter nahm. Dadurch war es selbstverständlich unmöglich, ihre Blutwerte zu interpretieren und sie verstarb an den Folgen der Vergiftung. Diese Geschichte scheint allerdings auch in anderen Formen in Umlauf geraten zu sein bzw. hatte Christina dasselbe Wahlfach besucht wie ich und die Geschichte völlig anders in Erinnerung. Somit kann man davon ausgehen, dass solche Mythen durchaus auch das Bild einer Methode beeinflussen können.

Mit der traditionell europäischen Medizin hatten alle Befragten bis auf einen bereits positive Erfahrungen im Elternhaus gemacht und waren von deren Wirkungskraft überzeugt. Helga meinte dazu:

(G)anz wichtig, also das war eigentlich mein Zugang zur Medizin. Ich hab mich schon als (...) ich noch ganz klein war, ich weiß nicht, 12, 13 Jahre, teilweise mit Phytotherapeutika selber behandelt, also wenn ich irgendwas gehabt hab, hab ich einfach (...) nicht irgendein Antibiotikum daraufgeschmiert, sondern mir einen Kamillen oder Ringelblumentee gemacht und jeden Abend beträufelt und mich eigentlich so immer von allen möglichen Sachen geheilt. (Helga: Interview Gabriela und Helga 2: 1247-1252)

Diese Methode hat in Österreich einen besonderen Status, da beinahe jeder in seiner Kindheit im häuslichen Rahmen Erfahrungen mit gewissen Teilbereichen, wie beispielsweise der Phytotherapie, sammeln konnte, weshalb viele jener Methoden auch heute noch als selbstverständliche Elemente der Eigenbehandlung gesehen werden und daher eine positive Konnotation für die StudentInnen besitzen. Elisabeth erwähnte sogar, dass sie die Anwendung von Topfenwickeln zur Entwässerung auch schon im Spitalsalltag als etabliert erleben konnte (vgl. Interview Elisabeth: 371f).

Die Phytotherapie, welche ich als Bestandteil der traditionell europäischen Medizin verstehe, wurde von 75% der Befragten in Pochendorfers Studie als wirksam bewertet. 71,9% sehen in ihr eine gute Ergänzung zur Schulmedizin, immerhin 4,4% gaben an, sie sogar vollständig dadurch zu ersetzen. 9,4% waren allerdings der Meinung, Phytotherapie sei potentiell gefährlich (vgl. Pochendorfer 2010: 61ff).

Die traditionell chinesische Medizin war allen StudentInnen ein Begriff, wobei nur vier von ihnen bereits Erfahrungen mit deren Methoden vorweisen konnten. Jedoch gaben alle bis auf einen Befragten an, großes Interesse an dem Themengebiet zu haben, was für ein vergleichsweise großes Vertrauen in das Medizinsystem spricht. Dies möchte ich unter anderem auf die jahrtausende alte Geschichte der Methoden zurückführen, ebenso wie bei der

traditionell europäischen Medizin. Einige der Befragten gaben auch an, dass sie dem so alten Wissen und der langen Ausbildungsdauer von Praktizierenden großen Respekt zollten.

Außerdem ist es ja alles sehr altbewährt und lange Tradition, also die meisten, glaube ich, haben eine sehr lange Tradition, das hat schon einen Grund, denke ich. Also die machen das nicht zum Spaß. Das ist schon auf jeden Fall berechtigt. (Interview Christina: 418ff)

Die tibetische Medizin zählt ebenfalls zu den sehr alten Medizinsystemen dieser Welt, ist aber aufgrund ihrer geringen Verbreitung vor allem in Europa kaum jemandem ein Begriff. Lediglich eine der Studentinnen hatte bereits zwei Bücher zu diesem Thema gelesen und kannte ein paar Ärzte, die diese Methoden anwenden, den anderen Befragten war die tibetische Medizin zur Gänze unbekannt.

Als zusätzliche wichtige Methode wurde unter anderem von den beiden Studentinnen der SIH und Dr. Vogel die anthroposophische Medizin genannt, welche aufgrund der Nutzung homöopathischer Komplexmittel, welche mit der klassischen Homöopathie nicht vereinbar sind, von allen mit etwas Skepsis betrachtet wurde, aber für die Methodenvielfalt innerhalb dieser medizinischen Richtung gelobt wurde. Zudem möchte ich erwähnen, dass es in Deutschland mittlerweile anthroposophisch arbeitende Kliniken gibt (vgl. URL 12), die Methode allerdings meinen Forschungsergebnissen zufolge unter den österreichischen StudentInnen noch nicht allzu bekannt ist, obwohl bereits ein Ärztekammerdiplom dazu existiert. Gabriela hob neben den ihrer Meinung nach negativen Seiten der anthroposophischen Medizin auch positive hervor:

Ich glaub, die anthroposophische Medizin hat einfach (...) wirklich positive Seiten (...) in der Homöopathie hat man einfach die Anamnese und dann hat man nach drei Monaten ein Follow-up und dann irgendwann wieder, wenn's halt Probleme gibt. Aber man sieht den Patienten dazwischen nicht. Und man kann dem Patienten ansonsten nichts anbieten, außer dieses (...) Globuli, sozusagen. Das ja auf allen Ebenen wirken mag, und dem Patienten mag's besser gehen, aber Homöopathie ist halt etwas, was nicht von einem Tag auf den anderen geht und in der Zwischenzeit kann's sein, dass einfach gewisse Beschwerden noch weiter bestehen, oder sogar manchmal verschlimmert werden, was im Endeffekt dann einen positiven Heilungsverlauf bringt, ja? Aber in der Situation geht's dem Patienten oft nicht gut damit. (...) Und da glaube ich, das sind die Stärken der anthroposophischen Medizin, dass sie da was anbieten können. Also dass sie da, sei es Gesprächstherapie, sei es irgendwelche Wickel, sei es Tanzen und Eurythmie (...) oder was auch immer. Da glaube ich, können die einfach Dinge anbieten, die mir in der Homöopathie fehlen. Aber so von der Behandlungsmethode mit homöopathischen Mitteln, also von den Medikamenten, da bin ich auch sehr, sehr, sehr skeptisch. (Helga: Interview Gabriela und Helga 2: 522-530, 534ff, 540ff)

Demnach erkennen auch diejenigen, die der Homöopathie zugetan sind und eine Ausbildung in jenem Gebiet anstreben, durchaus gewisse Mängel an der Methode. Allerdings finden sie diese eher im Umgang mit dem Patienten als in der Wirksamkeit der Methode an sich.

Auch Entspannungstechniken wie Autogenes Training wurden von drei Befragten genannt, die bereits Erfahrungen damit gesammelt hatten und allgemein Entspannungstechniken als sehr positiv erachteten.

Bioresonanz und Biofeedback waren zwar einigen Befragten ein Begriff, allerdings konnten viele nicht zwischen den Methoden differenzieren und keiner von ihnen hatte bisher weitreichende Erfahrungen mit den Methoden sammeln können.

Chirotherapie wurde von drei StudentInnen erwähnt, wobei nur eine von ihnen persönliche Erfahrungen damit vorweisen konnte. Felipa berichtete über die Erfahrungen von Bekannten:

Also bei manchen war es sehr sinnvoll, bei anderen war es nicht sinnvoll, überhaupt nicht, beziehungsweise kontraproduktiv, ich glaube aber, dass das sehr vom Therapeuten abhängig ist. (Interview Felipa: 241ff)

Generell wurde immer wieder von den Befragten erwähnt, dass viele Therapieerfolge abhängig vom Therapeuten sind. Dies trifft auf fast alle komplementärmedizinischen Methoden zu, da, wie oftmals angemerkt wurde, neben dem Ausbildungslevel des Praktizierenden auch der soziale Kontakt zum Therapeuten eine wichtige Rolle im Heilungsverlauf spielt. Ivan konnte auf positive Erfahrungen mit Osteopathie verweisen und meinte zum Vergleich mit der Chirotherapie:

Ja, halte ich für sehr wirksam, mittlerweile finde ich aber es wirkt irgendwie jetzt überholt, wo die Osteopathie im Aufkommen ist. (...) meiner Meinung nach sind die Osteopathen wesentlich besser ausgebildet, deshalb würde ich persönlich nie zum Chiropraktiker gehen oder jemanden dorthin schicken. (Interview Ivan: 12fff)

Ein ähnliches Bild zeigte sich auch bei Methoden wie der Kinesiologie. Hier konnte Gabriela von einer überraschend positiven Eigenerfahrung bei ihrer Hautärztin berichten (vgl. Gabriela: Interview Gabriela und Helga 1 954-1001), während Felipa nur Erfahrungsberichte von Bekannten vorweisen konnte, wobei sie der Methode auch Potenz zusprach (vgl. Interview Felipa: 403ff).

Auch die Neuraltherapie war nur Felipa vom Wort her bekannt, sie meinte dazu:

Habe ich schon einmal gehört, weiß ich aber nicht, was das ist, eigentlich. Es ist nämlich eher medizinisch als die Anderen, glaube ich, aber es sagt mir trotzdem nicht wirklich etwas. (Interview Felipa: 506f)

Ivan konnte von positiven Erfahrungen von PatientInnen mit der Neuraltherapie während eines Praktikums berichten und sprach der Methode große Potenz zu. Ich führe diese Verbindung von Neuraltherapie zu schulmedizinischen Methoden darauf zurück, dass jene mit Nadeln und Narkoselösungen arbeitet, also Werkzeugen, die auch der Schulmedizin

bestens bekannt sind. Daher ist meines Erachtens eher ein Konnex zu Methoden herstellbar, die den StudentInnen bereits bekannt sind.

Massagen sowie Meditation wurden ebenfalls von jeweils vier StudentInnen positiv erwähnt. Den Massagen wurde von allen besonders eine kurzfristige medizinische Wirksamkeit zugesprochen, das Hauptwirkungsfeld sahen die Befragten allerdings in der entspannenden Wirkung auf die Psyche. Helga formulierte das so:

(Ich halt auch sehr viel von Massagen, also bei medizinischen Massagen, glaube ich schon, dass bei vielen Beschwerden im Rückenbereich irgendwie Lockerung passiert. Oder Sportmassagen und solche Sachen, die viel Gutes bewirken aber vor allem wo, was ich finde, eben die Berührung zum Tragen kommt, was eh total abgeht so bei uns im Alltag einfach, und dass diese Berührung so vielen Menschen ... fehlt und dadurch auch so viele Menschen ... gut tut einfach. Einfach berührt (...) und einmal richtig angegriffen zu werden. (Helga: Interview Gabriela und Helga 2: 1141-1145, 1149)

Ivan hingegen meinte zeigte sich erstaunt über die Einordnung von Massagen in die Komplementärmedizin:

Definitiv, also die Heilmassagen und sonst etwas, sind definitiv medizinisch. Würde ich fast eher dann in Richtung Schulmedizin einordnen als in Richtung Komplementärmedizin. (Interview Ivan: 34f)

Massagen haben auch einen Platz in der traditionell europäischen Medizin, weshalb sie in Österreich weit verbreitet und den StudentInnen gut bekannt sind. Ihre lange Tradition mag mit ein Grund dafür sein, weshalb Massagen von manchen StudentInnen eher als Teilgebiet der Schulmedizin gesehen werden. Auf jeden Fall genießen sie aber allein durch den therapeutischen Effekt der menschlichen Berührung bei vielen hohes Ansehen.

Heilmassagen wurden durch 77,5% von Pochendorfers Befragten als wirksam befunden, eben so viele würden sie auch als gute Ergänzung zur Schulmedizin sehen. Nur 5,6% der Befragten sahen in der Anwendung dieser Methode eine potentielle Gefahr (vgl. Pochendorfer 2010: 80ff).

Die meisten sehr positiven Erfahrungen wurden in meinen Fragebögen bei Homöopathie (23,6%), Akupunktur (18,1%) und Hypnose (11,1%) verzeichnet. Das Schlusslicht bildet hier die tibetische Medizin mit keinen positiven Erfahrungen. Auch die eher positiven Erfahrungen werden von Homöopathie (30,6%) und Akupunktur (19,4%) angeführt, dicht gefolgt von traditionell europäischer Medizin (12,5%), Bachblüten (12,5%) und traditionell chinesischer Medizin (12,5%). Eher negative Erfahrungen hatten 5,6% der Befragten mit Bachblüten, 2,8% mit traditionell chinesischer Medizin und 2,8% mit Homöopathie. Sehr negative Erfahrungen hatten 5,6% mit Homöopathie und jeweils 1,4% mit TCM, Bachblüten

und Hypnose. Am wenigsten Erfahrung hatten die Befragten mit tibetischer Medizin (50%) und Ayurveda (41,7%). Mit Homöopathie hatten nur 6,9% noch keine Erfahrungen gemacht.

Als weitere Methoden, mit denen die Befragten bereits Erfahrungen gemacht hatten, wurden mittels qualitativer Antwortmöglichkeit Osteopathie, Shiatsu, Shamanic Healing, Reiki, traditionell nigerianische und indische Medizin, Hippotherapie, Tanztherapie und Musiktherapie genannt.

Bei der Frage nach dem Zusammenhang, in dem die Erfahrungen gesammelt wurden, gaben mit Möglichkeit zur Mehrfachnennung 33 (45,8%) der 72 Befragten das familiäre Umfeld an, 24 (33,3%) Eigeninitiative, 19 (26,4%) die Universität, acht (11,1%) den Freundeskreis, fünf (6,9%) den Beruf, eine Person (1,4%) Krankheit und eine weitere (1,4%) gar nichts an.

65,3% der Befragten gaben an, bereits mit komplementärmedizinischen Methoden behandelt worden zu sein, 31,9% verneinten dies und 2,8% machten hierzu keine Angabe.

Zusammenfassend stellen auch in meiner Forschung Akupunktur, Homöopathie und die traditionell europäische Medizin die bekanntesten komplementärmedizinischen Methoden dar, wobei die ersten beiden im Vergleich wesentlich mehr Vertrauen von den StudentInnen genießen als die Homöopathie. Auch Methoden wie Massagen und Entspannungstechniken waren vielen bekannt, jedoch empfanden manche StudentInnen ihre Einordnung in den Bereich der komplementärmedizinischen Methoden für fragwürdig.

Gründe für die Teilnahme an Wahlfächern, die mit Komplementärmedizin zu tun haben, sind vorrangig persönliches Interesse, aber auch Interesse daran, die Methoden später selbst anbieten zu können. Damit kann ein finanzieller Anreiz nicht ausgeschlossen werden. Auch positive Bewertungen von anderen StudentInnen (im Freundeskreis oder in Internetforen) spielen hier eine große Rolle, manche TeilnehmerInnen möchten allerdings auch nur ohne großen Aufwand an Wahlfachstunden kommen. Generell waren die StudentInnen mit dem Verlauf der Lehrveranstaltungen zufrieden. Weit über die Hälfte von ihnen hatte vor dem Besuch des Wahlfaches bereits, vorrangig in ihrem familiären Umfeld oder durch Eigeninitiative, Erfahrungen mit Komplementärmedizin sammeln können, wobei hier neben Akupunktur, Homöopathie und traditionell europäischer Medizin auch Bachblüten und die traditionell chinesische Medizin häufig genannt wurden.

6.2 Vertrauen in die Wirksamkeit komplementärmedizinischer Methoden

Alle Befragten gaben an, keine generelle Auskunft über diese Frage geben zu können, da sich ihr Vertrauen von Methode zu Methode und teils auch von Anwender zu Anwender unterscheiden würde.

Bei manchen Methoden ganz unendlich viel und bei manchen Methoden eher Skepsis. [Kichern] Und vor allem kommt es noch viel mehr darauf an, wer das Ganze macht. (Gabriela: Interview Gabriela und Helga 1: 244f)

Auch die nötige positive Einstellung des/der PatientIn und die Tatsache, dass nicht jede Methode bei jedem Menschen wirksam sein muss, wurden thematisiert, ebenso wie die Daseinsberechtigung langer Medizintraditionen aus der Sicht der Befragten. Auch der Placeboeffekt wurde von mehreren StudentInnen angesprochen. Felipa äußerte hierzu folgende Meinung:

Ich glaube auch, (...) dass viele alternativmedizinische Methoden auch bei manchen Leuten vielleicht wirklich effektiv helfen, bei anderen eventuell einen Placebo-Effekt haben, aber meiner Meinung nach ist es völlig egal, ob eine Methode einen Placebo-Effekt hat oder nicht, ich finde einfach, dass es wichtig ist, (...) dass es den Menschen nachher besser geht. Ob das jetzt ein Placebo-Effekt ist, ja? Der sagt, ich geh dort hin, und ich glaub so fest daran, dass das nachher besser ist, oder ob das wirklich besser wird nachher ... ja. Den Placebo-Effekt gibt es schlussendlich. Der ist ja bewiesen. Also insofern finde ich's wichtig, dass es dem Patienten nachher besser geht. (Interview Felipa: 405-412)

Auch Ivan sah im Placeboeffekt nichts zwingend als negativ zu Bewertendes. Somit ist den StudentInnen die Existenz des Placeboeffektes sehr wohl bewusst, allerdings liegt ihr Fokus darauf, dass eine Methode generell Besserung bringt und nicht so sehr darauf, wie das tatsächlich passiert. Also steht auch hier der Behandlungserfolg im Vordergrund. Über ihr generelles Vertrauen in die Wirksamkeit komplementärmedizinischer Methoden sagte Felipa:

(F)ür mich ist es weniger das Vertrauen in die Wirksamkeit, als eher das (...) Misstrauen in Therapeuten, die nicht genügend ausgebildet sind und sich dann trotzdem "xy" nennen. (...) Das ist eher das Misstrauen, das ich habe. Und nicht das Misstrauen in die Methode an sich. Wenn man's richtig und patientenspezifisch anwendet. (Interview Felipa: 830ff, 836f)

Dies ist wiederum ein Beispiel dafür, wie sehr die Therapieerfolge von dem Anwender anhängen und dass dies den StudentInnen sehr wohl bewusst ist. Generell waren alle Befragten der Meinung, Komplementärmedizin sollte auch wirklich als komplementäre Methoden zur Schulmedizin verstanden und nicht prinzipiell alternativ zu ihr angewandt werden. Die Erstkonsultation eines Schulmediziners bzw. eine schulmedizinische Untersuchung vor einer komplementärmedizinischen Behandlung, um schwerwiegende, mit der Methode unter Umständen nicht behandelbare Erkrankungen auszuschließen, war allen StudentInnen ein großes Anliegen.

Also wie gesagt, grad so Sachen wo die westliche Medizin nicht weiter weiß, ja, bin ich absolut dafür, dass man das macht. (...) aber es nützt auch nicht bei Jedem, bei jeder Indikation. Wenn das dann halt akute Sachen sind, dann natürlich zuerst zum westlichen Arzt, also (...) Und ein guter Komplementärmediziner weiß, welchen Patienten er annehmen kann und welchen er zum Arzt schickt. (Interview Angelika: 266-269, 273f)

Im Fragebogen gab es für diejenigen StudentInnen, die noch mit keiner komplementärmedizinischen Methode Erfahrungen sammeln konnten, die Möglichkeit anzugeben, welches Bild von Komplementärmedizin ihnen von ihrem Umfeld und/oder den Medien vermittelt wurde. Zwei (8,3%) jener 24 StudentInnen, welche noch keine Erfahrungen mit Komplementärmedizin vorweisen konnten, beantworteten diese Frage mit sehr positiv, 14 (58,3%) mit eher positiv und acht (33,3%) mit eher negativ.

Am meisten Vertrauen wurde generell in die Akupunktur, gefolgt von der Homöopathie gesetzt. Auch traditionell chinesische Medizin und Hypnose wurden eher positiv als negativ bewertet, ebenso wie die traditionell europäische Medizin. Die höchste Skepsis konnte man bei der Bachblütentherapie beobachten, gefolgt von Ayurveda und tibetischer Medizin, wobei man bei den letzten beiden Methoden erwähnen muss, dass eine weitaus höhere Anzahl angab, die Methoden gar nicht zu kennen, als sie tatsächlich bewertete.

Ähnliche Ergebnisse erzielte auch Pochendorfer in ihrer Studie. Akupunktur und Homöopathie würden ihre Befragten am häufigsten weiterempfehlen, Chiropraktik und Schröpfen waren die beiden Methoden, die am potentiell gefährlichsten eingestuft wurden, wobei erwähnt werden muss, dass nur wenige angaben, kein Wissen über die Akupunktur (15,6%) und Homöopathie (11,9%) zu haben, während die Anzahl bei Chiropraktik (33,1%) und Schröpfen (34,3%) wesentlich höher war (vgl. Pochendorfer: 110, 120, 128).

Die Frage danach, warum bestimmte Methoden favorisiert werden, möchte ich einerseits damit beantworten, dass sehr alten Medizintraditionen vergleichsweise scheinbar mehr Vertrauen entgegen gebracht wird, andererseits ist auch der Behandlungsablauf anscheinend von größter Bedeutung. So erklärte sich Dr. Vogel die Popularität von Akupunkturbehandlungen folgendermaßen:

(D)as macht so das Gefühl, okay, da passiert was, ja? (...) Eine interessante Inszenierung, therapeutische Inszenierung, das andere ist, glaube ich, dass sich die Akupunktur nie quasi als "Alternative zur Schulmedizin" gestellt hat (...) Und so in Konkurrenz getreten ist, wie das zum Beispiel die Homöopathie tut. (...) soweit ich das politisch verfolgt habe, war das von den Leuten, (...) die sich für Akupunktur eingesetzt haben, ganz bewusst auch so gemacht, dass sie ihr Indikationsgebiet relativ eng gesetzt haben (...) Zur Schmerztherapie, wo andere Schmerztherapie (...) Nicht funktioniert, quasi, und das ist insofern, denke ich, taktisch ganz klug (...) Weil so steht man als derjenige da, der helfen kann, wenn die Anderen nicht mehr weiter wissen und froh sind, wenn sie noch wo hinschicken können, ja? (...) Und nicht als die

Konkurrenz gesehen werden. (Interview Dr. Vogel: 1191-1238)

Dass der Akupunktur aufgrund ihres invasiven Charakters eine höhere Wirkungskraft zugesprochen wurde als jenen Methoden, die ohne therapeutische Maßnahmen, welche Gerätschaften und einem Eingriff direkt am menschlichen Körper bedürfen, auskommen, wurde von mehreren Befragten während der Interviews angesprochen. Auch die Rahmenbedingungen des Therapiegeschehens, wie die therapeutische Inszenierung einer Behandlung, können einen starken Einfluss auf das Patientenempfinden haben. Ähnliches hatte auch Ivan angemerkt, wobei für ihn noch andere Dinge entscheidend waren, um einer Methode wirklich Respekt zollen zu können:

Die Möglichkeit, dass das halbwegs irgendwie sinnvoll erklärt werden kann, so dass es für mich nachvollziehbar ist, dass sich das nicht irgendjemand aus den Fingern gesaugt hat, so wie die Astrologie. (...) Ein halbwegs nachvollziehbarer, ich will nicht sagen, wissenschaftlicher Beleg, dass das funktioniert und eine standardisierte Ausbildung in irgendeiner Form ... vielleicht irgendein überprüfendes Organ oder so, das die Ausgebildeten kontrolliert. (Interview Ivan: 49-55)

Wie auch Felipa in einem bereits erwähnten Zitat anmerkte, empfand sie, trotz geringem Wissens über die Methode, die Neuraltherapie als „eher medizinisch als die anderen“ (Interview Felipa: 506f), Ivan hätte Heilmassagen gar von Haus aus eher der Schulmedizin als der Komplementärmedizin zugeordnet (vgl. Interview Ivan: 34f).

Resümierend ist die Frage nach dem generellen Vertrauen in komplementärmedizinische Methoden nicht beantwortbar, da sich der Grad des Vertrauens je nach Methode und teils auch je nach dem/der Praktizierenden ändert. Welchen Methoden generell mehr Vertrauen entgegen gebracht wird, hängt einerseits von der Zeitspanne ab, in der die Methode bereits praktiziert wird, andererseits aber auch von dem Umfang des Wissens und der objektiv zu erfassenden Logik des dahinterstehenden Gedankenkonstrukts. Auch die therapeutische Inszenierung des Behandlungsrituals und die dabei eingesetzten medizinischen Gerätschaften wie eine Spritze oder Nadel und das Auftreten, beziehungsweise das Verhalten bekannter Praktizierender können ausschlaggebend für die öffentliche Meinung sein. Zudem tragen die wissenschaftliche Erklärbarkeit und eine standardisierte Ausbildung ihren Teil dazu bei, dass eine Methode auch von ärztlicher Seite ernst genommen und positiv konnotiert werden kann, da dies den Standards der schulmedizinischen Ausbildungen nahe kommt.

6.3 Bekanntheitsgrad und Beurteilung der Wahlfächer zur Komplementärmedizin an der Medizinischen Universität Wien

Von den sechs, an der Medizinischen Universität Wien angebotenen Lehrveranstaltungen, die ich auch auf meinem Fragebogen angegeben hatte, waren von meinen Befragten nur jene drei besucht worden, in welchen ich auch geforscht hatte. Zwei der acht Studentinnen hatten alle drei Lehrveranstaltungen zu Akupunktur, Homöopathie und Hypnose besucht, drei von ihnen nur zwei davon. Die beiden Studentinnen, die bei der SIH mitarbeiteten, hatten zwar nebenbei einige Kurse und Wochenendveranstaltungen zu anderen Themen besucht, allerdings nur die eine Lehrveranstaltung zur Komplementärmedizin an der Medizinischen Universität Wien, die sie auch selbst betreuten. Die Studentin aus meiner Kontrastgruppe hatte an keinem einzigen Wahlfach zur Komplementärmedizin teilgenommen.

Das Seminar über Hypnose war allen Befragten ein Begriff, wobei diejenigen, die es noch nicht absolviert hatten, sowohl gute, als auch schlechte Rezensionen vernommen hatten. Dasselbe Bild zeigte sich auch im Hinblick auf die Akupunkturvorlesung.

Das Wahlfach zur Homöopathie erwies sich als das beliebteste, da sieben der neun befragten StudentInnen daran teilgenommen hatten. Weitere Erfahrungen in Wochenendseminaren der SIH konnten vier von ihnen vorweisen. Auch an dieser Stelle teilten sich die Meinungen über die Qualität der Lehrveranstaltung. Jene StudentInnen, die zusätzliche Seminare in Anspruch genommen hatten, waren durchwegs positiv gestimmt. Lediglich eine Befragte äußerte schlechte Erfahrungen mit dem Wahlfach:

(D)u wirst, wenn du irgendwelche skeptischen Fragen stellst quasi blöd angeschaut weil ... was, du glaubst nicht hundertprozentig daran und ... es wird nicht versucht zu überzeugen (...)
(Interview Angelika: 327ff)

Hierbei zeigt sich wieder das bereits angesprochene Paradoxon, dass dieselben Lehrveranstaltungen ganz unterschiedlich aufgenommen und beurteilt werden können. Ein interessantes Detail zur Homöopathievorlesung möchte ich nicht unerwähnt lassen: Um das Jahr 2000 wurde die bereits vorher sehr gut besuchte Einführungslehrveranstaltung von Dr. König, wie auch viele andere Wahlfächer zur damaligen Zeit, aufgrund von Sparmaßnahmen vom Rektorat beendet. Nur durch eine umfassende Unterschriftenaktion, die von der SIH gestartet und von vielen StudentInnen unterstützt wurde, und einer Darstellung, weshalb es neben anderen komplementärmedizinischen Wahlfächern auch eines zur Homöopathie geben sollte, gelang es, trotz vieler Gegenstimmen im Gremium, sie wieder ins Leben zu rufen. Laut Dr. Vogel handelt es sich bei dem Wahlfach an der Medizinischen Universität Wien zur

Homöopathie um die wahrscheinlich größte und bestbesuchte Vorlesung zu dem Thema an medizinischen Universitäten weltweit (vgl. Interview Dr. Vogel: 305-356, 949-960).

Bei den anderen beiden Wahlfächern zur Homöopathie wussten lediglich vier Befragte von deren Existenz, hatten aber kaum Erfahrungsberichte darüber vernommen. Das zusätzliche Seminar zur Akupunkturtherapie war allen StudentInnen gänzlich unbekannt.

Die generelle Bereitschaft dazu, zusätzliche Lehrveranstaltungen zur Komplementärmedizin zu besuchen, wurde von allen Befragten bis auf einen angegeben, jedoch erwähnten all jene den Zeitfaktor, der es ihnen nicht erlaubte, frei zu entscheiden, welche Veranstaltungen sie gerne besuchen würden.

Dieses Problem gab auch jene Studentin, die während ihrer Studienzeit kein einziges Wahlfach zu dem Thema besucht hatte, als Grund dafür an, denn generelles Interesse wäre bei ihr definitiv vorhanden gewesen, zumindest zwei der Lehrveranstaltungen zu besuchen.

Der einzige männliche Befragte gab an, deshalb keine der angesprochenen Wahlfächer besucht zu haben, da ihn die wenigen Pflichtveranstaltungen, die er im Rahmen seines Studiums besuchen musste, nicht überzeugt hatten.

(Im fünften oder im sechsten Jahr war eine Reihe von Vorträgen aus verschiedensten Bereichen (...) Die waren einfach alle so grottenschlecht, die Vortragenden! Hatten extrem schlechte Folien und ... da bleibt einfach echt wenig hängen! Und da kommt auch kein Interesse auf, also wenn der da vorne sich schon selber langweilt, dann ... (...) muss man gar nicht feindselig gestimmt sein. Das macht keinen Spaß. (Interview Ivan: 77-83)

Dies ist wieder ein Fallbeispiel dafür, dass bereits wenige, nicht überzeugende Erfahrungen aufgrund von schlechten Vorträgen mit nicht ausreichend präsentierten wissenschaftlichen Belegen der Grund für eine negative Einstellung, welche auch auf mehrere Methoden übertragen werden kann, spielen können.

Sieben der neun befragten StudentInnen gaben an, dass es ihrer Meinung nach zu wenige einführende Lehrveranstaltungen zur Komplementärmedizin an der Medizinischen Universität Wien gäbe. Hinzu kam, dass einige von ihnen anmerkten, dass der von mir gewählte Terminus „Zusatzausbildung“ für sie nicht zutreffend wäre, da es sich bei den Wahlfächern lediglich um eine Möglichkeit handle, in das jeweilige Themengebiet hineinzuschnuppern. Zwei Studentinnen sprachen dezidiert den Wunsch aus, auch weiterführende Seminare zu den einzelnen Methoden an der Universität zu etablieren, um bereits während der Studienzeit ein umfassendes Bild von ihnen zu bekommen,

beziehungsweise um zeitgleich bereits eine Spezialisierung auf diesem Themengebiet vornehmen zu können. Gabriela sagte dazu:

Also eben so Ausbildungen in Homöopathie und so (...) es ist wirklich gefordert. Und da denke ich mir, hey, warum nicht die Zeit im Studium nutzen? (Gabriela: Interview Gabriela und Helga 2: 682f)

Demnach wird von den StudentInnen durchaus auch wirtschaftlich und vorausschauend gedacht und die Absenz einiger Themengebiete bemängelt. Insbesondere das Fehlen von Lehrveranstaltungen zur traditionell chinesischen Medizin wurde oft erwähnt.

Das derzeitige Informationsspektrum, welches im Pflichtcurriculum der Medizinischen Universität Wien eine kleine Bandbreite komplementärmedizinischer Therapieformen im sechsten Jahr innerhalb weniger Stunden umfasst, wurde von mehreren Befragten als zu gering erachtet. Insbesondere auch die zeitliche Verortung wurde bemängelt, wie Gabriela es ausdrückte:

Und vor allem ist es einfach so, ich meine, wenn das im sechsten Jahr ist (...) dann hat man nimmer viel Zeit dazu (...) Also ich fände das gut, das einfach schon viel früher im Studium zu implementieren (...) Zu sagen, hey, schaut einmal, das gibt's zusätzlich (...) Weil es wird von den Patienten einfach gefordert. (Gabriela: Interview Gabriela und Helga 2: 658-675)

Ivan hingegen kritisierte die Qualität der Vorträge, daher empfand er das Ausmaß auch als völlig hinreichend.

In Pochendorfers Studie stellte sie den StudentInnen die Frage, ob im Rahmen ihres Studiums genügend auf komplementärmedizinische Methoden eingegangen worden sei. Über die Hälfte der Befragten (51,3%) gab an, dass dies nur in geringem Ausmaß geschehen sei, 25% antworteten mit „mittel“, 15,6% wählten „ausreichend“ und 8,1% „gar nicht“. Von ihren 160 befragten StudentInnen gaben zudem 55% an, dass sie in ihrem Studium gerne mehr über komplementärmedizinische Methoden gelernt hätten (vgl. Pochendorfer: 43, 45).

Meine Fragebögen brachten das Ergebnis, dass die Homöopathie-Einführungslehrveranstaltung bei weitem die Bekannteste unter den Studierenden war, da nur fünf (6,9%) der 72 Befragten angaben, noch nie davon gehört zu haben. Allerdings machten die HörerInnen dieser Vorlesung auch 63,9% meiner Befragten aus, was den hohen Prozentsatz erklären könnte. Akupunktur war die am zweithäufigsten genannte Lehrveranstaltung, gefolgt von Hypnose. Von diesem Wahlfach hatten 33 (45,8%) der Befragten noch nie gehört.

Die beiden kleineren Veranstaltungen zur Homöopathie, geleitet von Martin Langer und Michael Medl, belegten mit nur 30,6% und 22,2% der StudentInnen, die davon gehört hatten, die Schlussplätze. Bei ihnen gab auch jeweils die Hälfte der Befragten an, Interesse am Besuch der Lehrveranstaltung zu haben, und die andere Hälfte verneinte. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei der Homöopathie – von 15 StudentInnen, die die Lehrveranstaltung noch nicht besucht hatten, gaben acht an, hohes Interesse daran zu haben, zwei mittelmäßiges und fünf niedriges. Die Akupunkturveranstaltung zeigte als einzige signifikant höhere positive Werte, bei der Hypnose war das niedrige Interesse gar doppelt so groß wie das hohe.

Nur zwei (2,8%) der 72 Befragten gaben an, dass es ihrer Meinung nach zu viele Wahlfächer an der Medizinischen Universität Wien gäbe. 27 (37,5%) meinten, es wären genügend, ebenso viele waren aber auch der Ansicht, es wären eher zu wenige. 16 (22,2%) der Befragten gaben an, es gäbe ihrer Meinung nach viel zu wenige Wahlfächer zu diesem Thema.

Die beiden interviewten Experten waren unterschiedlicher Meinung zu diesem Thema. Dr. Zeisler empfand das Angebot als ausreichend, Dr. Vogel hingegen gab an, dass er sich vor allem vertiefende Angebote für StudentInnen wünschen würde. Allerdings erwähnten beide die zeitliche Komponente als ein großes Problem und waren sich nicht sicher, ob es überhaupt möglich wäre, dass ein erweitertes Angebot von ihnen auch in Anspruch genommen werden könnte.

Die generelle Bewertung der Wahlfächer zur Komplementärmedizin an der Medizinischen Universität Wien war durchaus positiv, wobei sich nicht alle Befragten von deren Qualität überzeugt zeigten. Weiterführende Seminare waren nicht so sehr bekannt wie die Einführungslehrveranstaltungen und deshalb auch weniger besucht. Kritik gab es vorwiegend über die zeitliche Verortung der Wahlfächer, die nicht immer einen Besuch derjenigen erlaubten, selbst wenn Interesse generell gegeben wäre und über das schmal gefächerte Angebot, in dem beispielsweise Veranstaltungen zur traditionell chinesischen Medizin völlig fehlen und kaum weiterführende Wahlfächer zu den einzelnen Methoden angeboten werden.

Das geringe Ausmaß der im Pflichtcurriculum der Medizinischen Universität Wien verankerten Information über komplementärmedizinische Methoden wurde ebenso bemängelt wie die Qualität mancher Vorträge, die kaum Interesse für weitere Vertiefung zu wecken schien. Generell erscheint das Informationsspektrum über Komplementärmedizin für die StudentInnen zu klein zu sein. Vor allem vertiefende Lehrveranstaltungsangebote, welche

man in das eigene schulmedizinische Studium integrieren könnte, würden einige sich wünschen.

6.4 Bekanntheitsgrad und Beurteilung der österreichischen Ärztekammerdiplome zur Komplementärmedizin

Das Ärztekammerdiplom für Akupunktur war allen Befragten bekannt, allerdings hatten nur zwei der neun Befragten Interesse daran, es auch zu absolvieren. Den Universitätslehrgang für medizinische Hypnose kannten vier der Befragten, auch hier hatte nur eine Studentin Interesse an einer Weiterbildung zu diesem Thema. Das Ärztekammerdiplom für Homöopathie kannten auch alle Interviewten, fünf von ihnen hatten auch vor, es zu absolvieren. Das Ärztekammerdiplom für traditionell chinesische Diagnostik und Arzneimittellehre war sechs der neun Befragten bekannt, einige erwähnten auch den neuen Universitätslehrgang für traditionell chinesische Medizin. Zwei der Studentinnen zogen diese Ausbildung in Erwägung.

Der einzige männliche Befragte gab an, dass Zusatzausbildungen in komplementärmedizinischen Methoden in seinem späteren Berufsbild keine Rolle spielen würden, da er sie nicht anwenden könnte. Prinzipielles Interesse hätte er allerdings an Akupunktur, Osteopathie und Hypnose.

Die Problematik rund um die Ärztekammerdiplome besteht darin, dass nicht alle Studentinnen von deren Qualität überzeugt waren. Eine der Befragten äußerte Bedenken dahingehend, ob nicht eine Ausbildung im Ursprungsland der Methoden, bei alten Meistern ihres Faches, da sie dort auch in größerem Ausmaß nach wie vor praktiziert werden, sinnvoller wäre. Als Beispiel dafür gab sie Ayurveda an. Wobei in diesem Fall natürlich wieder Fragen der Anerkennung der Ausbildung in Österreich aufkommen würden, was mit erheblichem Aufwand für den Betroffenen verbunden sein könnte. Allerdings stellte sich auch Dr. Vogel die Frage, ob der europäische Zugang zu Medizinsystemen wie der chinesischen Medizin, welcher auch in den diversen Fortbildungen gelehrt wird, der eigentlichen Methodenvielfalt und Wissenstiefe in den einzelnen Bereichen, wie sie ursprünglich gelehrt werden sollten, entspricht. Als Beispiel brachte er hier den umfassenden Zugang der traditionell chinesischen Medizin zu Sexualität, Beziehung und Bewegung, drei Bereiche, welche auch in jedem Beratungsgespräch und jeder Therapievorbereitung Platz finden sollten, es aber seiner Erfahrung nach im europäischen Raum kaum tun (vgl. Interview Dr. Vogel: 1460-1504).

Fünf der neun StudentInnen äußerten Bedenken hinsichtlich der Qualitätssicherung komplementärmedizinischer Behandlungen durch Ärztekammerdiplome, da sie die geforderten Ausbildungsstunden als viel zu gering erachteten. Gabriela sagte dazu:

Gerade TCM und Akupunktur ist, glaube ich, sind nicht ganz so, aber ähnlich umfassend wie die Homöopathie und das glaube ich nicht, dass man das in drei Jahren lernen kann. (...) Ich kann in drei Jahren vielleicht einmal so weit sein, dass man anfangen kann zu arbeiten und das schon anwenden kann, aber ... das ist glaube ich ein lebenslanges Lernen. (...) Und wenn man es als das betrachtet, dann sind diese Ärztekammerdiplome super, aber ... ja. Solange man sich dann nicht darauf ausruht, sozusagen, und glaubt, dass man jetzt das beherrscht ... ja. (Gabriela: Interview Gabriela und Helga 1: 1463-1475)

Somit wird von den StudentInnen der Umfang des Methodenwissens sehr wohl auch realistisch betrachtet und sie sprechen sich dezidiert auch für die notwendigen Weiterbildungen aus, die von einigen anderen eher als lästige Zusatzaufgabe gesehen werden, allerdings die einzige Möglichkeit bieten, um den Qualitätsstandard zu erhalten. Folglich stellt das Stundenausmaß der Ärztekammerdiplome auch kein Beurteilungskriterium dar, sollte man sich freiwillig später weiterbilden, wie Felipa bemerkte:

Ich glaube prinzipiell, dass Ausbildungen nicht sichern, dass derjenige nachher gut in dem ist, was er macht. Der ist nur gut in dem, was er macht, wenn er bereit ist, sich regelmäßig selber fortzubilden, wenn er die Möglichkeit hat, das regelmäßig am Patienten ... am Beginn unter Aufsicht und danach selbstständig, regelmäßig auszuüben, Erfahrungen zu sammeln, und auch bereit ist, sich nicht nur am Patienten selber, sondern auch so einfach fortzubilden. (...) Dann wird der, meiner Meinung nach, ein guter Alternativmediziner. Ich glaube nicht, dass das so viel abhängig ist von angebotenen Ärztekammerdiplomen. (Interview Felipa: 1063-1067, 1073f)

Ivan konnte lediglich von seinem Wissen über ein anderes Ärztekammerdiplom ausgehen, welches in ihm dennoch eine allgemein negative Einstellung auslöste:

Also nachdem ich bis jetzt schon genügend Menschen mit Ärztekammerdiplom für Sportmedizin getroffen hab, die wahrscheinlich noch nie in ihrem Leben einen Laufschuh angezogen haben oder den Lenker von einem Fahrrad angegriffen haben ... bin ich da ein bisschen auf einem Kriegsfuß mit dem Ärztekammerdiplom. (...) das bescheinigt dir, dass du in ein paar Vorlesungen gesessen bist oder irgendwo die Zeit runtergebogen hast. (...) Meiner Meinung nach bescheinigt es dir keine Fähigkeiten. Vielleicht ist das aber bei anderen Diplomen anders. (Interview Ivan: 85-91)

Demnach werden Ärztekammerdiplome aufgrund ihres geringen Stundenausmaßes und des Aufbaus von den StudentInnen durchaus kritisch betrachtet, aber im Endeffekt scheint ihnen klar zu sein, dass nur der intrinsische Wunsch danach, eine Methode wirklich zu beherrschen und damit auch die eigene Motivation, sich wirklich eingehend mit der Materie auseinanderzusetzen, die ÄrztInnen später zu SpezialistInnen auf dem Gebiet machen wird.

Die beiden Studentinnen, die aktiv an der SIH mitarbeiteten, erwähnten einerseits, dass auch sie das Ärztekammerdiplom für Homöopathie als von Stundenausmaß her zu gering

empfanden und daher nicht als Qualitätssicherung an sich, aber andererseits gaben beide an, es später machen zu wollen, und zwar aus folgenden Gründen:

(D)ass man es irgendwann einmal auf das Taferl hängen kann, und dass Patienten dann einfach auch sehen, aha, die hat die Grundlagen der Homöopathie gescheit gelernt, so wie sie gehören, ja. Und den Rest muss man dann eh herausfinden, also das heißt noch nicht, dass man ein guter Homöopath ist, oder eine gute Homöopathin (...) Aber das ist zumindest einmal ein Anfang (...) und der andere Grund ist einfach ... um auch ein Statement zu setzen. Also um auch irgendwo in einer Statistik aufzuscheinen. (Gabriela: Interview Gabriela und Helga 2: 757-760, 764f)

Die österreichische Bevölkerung hat leider kaum Einblick in die komplexen Probleme, die rund um die Ärztekammerdiplome existieren. Deshalb sehen viele PatientInnen in ihnen immer noch ein Qualitätskriterium bei der Auswahl eines Komplementärmediziners. Das ist mit ein Grund dafür, weshalb sie sie auch nach wie vor von vielen StudentInnen absolviert werden. Einen weiteren problematischen Faktor sahen Gabriela und Helga in der österreichischen Rechtsprechung, die es Ärzten erlaubt, komplementärmedizinische Methoden anzuwenden, sobald sie nachweisen können, dass sie sich jemals damit auseinandergesetzt haben:

(D)as kann heißen, dass er einmal ein Buch gelesen hat, und das kann heißen, dass er einen (...) GU-Ratgeber gelesen hat (Lachen) oder durchgeblättert hat oder einmal einen Wochenendkurs gemacht hat und dann kann er, unter ganz vielen Anführungszeichen, Homöopathie. (Gabriela: Interview Gabriela und Helga 2: 712f, 717ff)

Es zeigte sich allerdings auch, dass nicht alle StudentInnen während ihres Studiums von dieser Gesetzgebung in Kenntnis gesetzt wurden, so äußerte eine Befragte ihre Unsicherheit darüber, welche Ausbildungen man absolvieren müsste, um schließlich eine komplementärmedizinische Methode anwenden zu dürfen. Demnach ist auch der Informationsstand vieler StudentInnen hinsichtlich der Regelungen zur Komplementärmedizin ausbaufähig.

Zusätzlich erwähnten die beiden Studentinnen von der SIH, dass in Österreich einige gute Homöopathen praktizieren, die jenes Diplom nie überreicht bekommen haben, sich aber, auch über die SIH, selbstständig in wesentlich höherem Maße weitergebildet haben. Zu ihnen zählt auch Dr. Vogel, der nach eigener Aussage keine Qualitätssicherung durch die Absolvierung eines Ärztekammerdiploms sah und deshalb weder dieses noch das Diplom der SIH, welches eine Vorstufe zum Ärztekammerdiplom darstellt, nach dem nur noch wenige Stunden bis zum ÖAK-Diplom absolviert werden müssen, abgeschlossen hat.

Das SIH-Diplom war jetzt nichts mehr, wo für mich jetzt speziell ein Benefit drinnen war. (...) weil ich mir das so oder so organisiert habe bei homöopathischen Ärzten mitzuarbeiten und so weiter (...) Weil ich eh in praktischer Ausbildung bei homöopathischen Ärzten auch noch war.

(...) das kommt so gut wie nie vor, dass ich nach dem gefragt werde. Warum ich kein Diplom habe, das kommt manchmal, ganz, ganz selten schon vor, ja? Und dann ... erkläre ich das den Leuten, dass das für mich nicht das Qualitätskriterium ist und (...) dass es für mich um die Qualität homöopathischer Arbeit geht und nicht um einen Zettel. (...) den ich mir irgendwo an die Wand hängen kann. (Interview Dr. Vogel: 2228-2270)

Interessant ist hierbei auch die Anmerkung, dass er von KundInnen kaum nach dem Diplom gefragt wurde. Demnach scheint es auch andere Kriterien für die Auswahl eines Komplementärmediziners zu geben. Eine Erhebung des Auswahlverfahrens von Seiten der PatientInnen würde mit Sicherheit eine interessante Basis für eine weitere Forschung darstellen.

Dr. Zeisler hingegen empfand das Stundenausmaß der Ärztekammerdiplome als völlig ausreichend, um eine Qualitätssicherung gewährleisten zu können (vgl. Interview Dr. Zeisler: 528-578). Trotz des geringen Stundenausmaßes der Ärztekammerdiplome im internationalen Vergleich schien die Motivation, jene zu absolvieren, neben dem erheblichen Kostenfaktor auch davon abzuhängen. Zwei der Studentinnen erwähnten, dass sie sich nicht sicher waren, ob sie die Ausbildung anfangen sollten, da sie doch sehr zeit- und kostenaufwändig sei. Gabriela empfand eine solche Einstellung als äußerst kurzsichtig und bedenklich:

Ja, ich meine, das glaube ich, das ist ein jahrtausendaltes Wissen (...) Wie soll man das in ... in einem Jahr oder zwei lernen? (...) Also das ist genau der Punkt, irgendwie, wo ich mir denke, gut, solche Leute (...) denen es nur darum geht, dass sie ein Zertifikat haben, und das dann aber dabei lassen und keine Fortbildungen zusätzlich machen und keinen Strich rühren, wenn sie das nicht irgendwo angerechnet (...) kriegen, dann denke ich mir, das ist halt dann das (...) wo sich Qualität dann glaube ich schon unterscheiden wird. (Gabriela: Interview Gabriela und Helga 2: 841, 845, 857-861)

Die Frage, ob es mehr postgraduelle Zusatzausbildungsmöglichkeiten für komplementärmedizinische Methoden geben sollte, bejahten fünf der neun Befragten. Denise meinte dazu:

Wenn das generell bedeuten würde, dass das rechtliche System sich dem mehr öffnet und vor allem sich auch die Kassen mehr öffnen und es ein Spiegel dafür ist, dass sich die Gesellschaft ein bisschen wandelt indem sie auch diese Sachen anerkennt und versteht, hey, das ist sinnvoll, das kann man nutzen, dann ja (Lachen). (Interview Denise: 988-902)

Demnach wären zusätzliche Zusatzausbildungen den StudentInnen zwar wichtig, die Anerkennung komplementärmedizinischer Methoden als solches und eine Veränderung im Denken der Gesellschaft aber umso notwendiger. Helga brachte eine andere Dimension ins Spiel:

Und was ich auch noch denke, ist, dass einfach der Wettbewerb steigt, wenn es jetzt ein Diplom gibt von der Ärztekammer aus, dass dann auch mehr Wert auf die Ausbildung gelegt

wird, die man machen muss, damit man das Diplom erreicht, sozusagen. (Helga: Interview Gabriela und Helga 2: 1077ff)

Demnach würde die Etablierung neuer Zusatzausbildungsmöglichkeiten auch zu einem generellen Umdenken anregen. Eine Idee, um die Qualitätssicherung zu garantieren, wurde ebenfalls von Gabriela und Helga eingebracht. Mit fortlaufenden Einzeldiplomen würde ihrer Meinung nach die Angst vieler, viele Stunden auf einmal ableisten zu müssen, um ein Diplom zu erlangen, genommen werden und für die PatientInnen wäre der konkrete Ausbildungsstand anhand jener getrennten Diplome gut vergleichbar. Zudem hätte dieses System den Vorteil, dass man die Mobilität der JungärztInnen fördern könnte, sollte es international anerkannt werden (vgl. Interview Gabriela und Helga 2: 1106-1141).

In den Fragebögen stellte sich heraus, dass das Ärztekammerdiplom für Homöopathie und jenes für Akupunktur mit einem Bekanntheitsgrad von 68,1% beziehungsweise 62,5% durchaus vielen StudentInnen ein Begriff war. Das Diplom für Hypnose kannten nur 29,2%, jenes für chinesische Diagnostik und Arzneitherapie sogar nur 16,7%. In exakt jener Reihenfolge wurde auch die Motivation der StudentInnen zur Teilnahme an dieser Ausbildung angegeben.

5,6% der Befragten gaben an, dass jene Auswahl an Zusatzausbildungsmöglichkeiten mehr als genügend ist, 34,7% meinten, es seien eher genügend. 40,3% gaben an, ihrer Meinung nach seien eher zu wenige vorhanden und 19,4% wählten die Option „viel zu wenige“.

In Pochendorfers Studie wurde die Bereitschaft, eine Ausbildung in einem komplementärmedizinischen Fach zu absolvieren, nur generell abgefragt. 51,9% beantworteten sie positiv, wobei auch hier eine deutliche Mehrheit weiblich war. 8,8% ihrer Befragten hatten auch bereits eine solche Ausbildung hinter sich (vgl. Pochendorfer: 46).

Ärztekammerdiplome und postgraduale Universitätslehrgänge zur Komplementärmedizin waren zwar allgemein recht gut bekannt, jedoch zeigte sich bei vielen Befragten eine Skepsis hinsichtlich der Qualität jener Ausbildungen. Trotz der Bemängelung, welche vor allem die geringe Stundenanzahl der Ausbildungen im Vergleich zu anderen Ländern betraf, zogen viele die Absolvierung eines Ärztekammerdiploms in Erwägung, vorrangig da sich PatientInnen daran orientieren könnten, da es in Österreich schließlich keiner Ausbildung bedarf, um komplementärmedizinische Methoden zusätzlich zur normalen ärztlichen Tätigkeit anzubieten, was auch von einigen Befragten stark kritisiert wurde. Als Gründe, die gegen eine Absolvierung von derartigen Zusatzausbildungen sprechen, wurden vor allem der Zeit- und Kostenaufwand genannt, was im starken Gegensatz zu dem Wunsch nach einer

qualitativ hochwertigen Ausbildung steht und den finanziellen Anreiz in den Vordergrund stellt, ohne vorher etwas investieren zu wollen. Das derzeitige Angebot an postgradualen Zusatzausbildungen wurde vorwiegend als zu niedrig betrachtet, da von den StudentInnen eine Etablierung von weiteren Ausbildungen auch mit einer erhöhten Sensibilisierung der Gesellschaft und Ärzteschaft betreffend Komplementärmedizin in Zusammenhang gebracht wird.

6.5 Stellenwert von Komplementärmedizin an der Medizinischen Universität Wien

Der Stellenwert von Komplementärmedizin an der Medizinischen Universität Wien wurde von den Befragten durchwegs als sehr niedrig angegeben, wobei auch angemerkt wurde, dass im AKH, welches schließlich auch als Lehrkrankenhaus fungiert, ein höherer Fokus auf die konservative, allgemeinmedizinische Versorgung der österreichischen Gesellschaft, welche von den Krankenkassen getragen wird, gelegt wird, was sich aus den Bedürfnissen der dortigen Klientel ergibt. Aufgrund dieser Tatsache erklärten sich die StudentInnen auch das geringe Angebot innerhalb des Pflichtcurriculums. Denise meinte dazu:

Hm, ich meine, ich bin mir nicht sicher, ob's eigentlich so viele Leute gibt, die konkret jetzt im AKH tätig sind oder irgendwie mit der MUW zu tun haben, die was in die Richtung machen (Denkpause) dass man schon einmal einfach von der Seite her jetzt nicht so viele hat, die einfach sagen, so, Leute ... ich mach jetzt einmal ein Wahlfach. (Interview Denise: 945-948)

Ivan beschrieb den Stellenwert der Komplementärmedizin an der Medizinischen Universität Wien mit folgenden Worten:

(Ich weiß gar nicht, ob wir 0,1% der Vorlesungszeit dafür verwendet haben, über die sechs Jahre. Ich glaube eher weniger sogar als ein Promille der Vorlesungszeit hat damit zu tun und ich glaube, das erklärt das Ganze eh schon ganz gut. (Interview Ivan: 97ff)

Demnach bekommen die StudentInnen der Medizinischen Universität Wien kaum Gelegenheit, sich während der Grundausbildung über Komplementärmedizin zu informieren. Sollten diese wenigen Informationen dann auch noch nicht überzeugend sein, kann das einen starken Einfluss auf ihre Grundeinstellung gegenüber Komplementärmedizin als solches haben und jene zum negativen wenden. Gabriela kritisierte das mangelnde Interesse der Ärzteschaft an Komplementärmedizin unter anderem mit dem Argument, dass es beispielsweise auch auf der Veterinärmedizinischen Universität keine Vorlesungen zur Homöopathie gäbe und die Studentinnen somit nur das Wahlfach zur Homöopathie auf der Medizinischen Universität Wien besuchen könnten, um sich auf diesem Gebiet einen

Überblick zu verschaffen, obwohl neue EU-Richtlinien zur biologischen Landwirtschaft den Einsatz von Antibiotika untersagen und den Einsatz von homöopathischen Mitteln fördern (vgl. Gabriela: Interview Gabriela und Helga 2: 1244-1268). Im Bezug auf das Lehrpersonal der Medizinischen Universität Wien meinte sie:

Ärzte denken nicht wirtschaftlich, kommt mir vor. (...) Also da gibt's ja (...) diese Studie, vom Meinungsforschungsinstitut, die besagt, dass 95% der Österreicher Komplementärmedizin kennen und davon 97% kennen die Homöopathie. (...) Und befürworten die auch und Homöopathie wird wirklich gefordert. Von den Patienten. (...) Aber es wird an der Uni nicht gelehrt. (Denkpause) [sarkastisch] Und das ist irgendwie schon eigenartig. (...) Jede wirtschaftlich denkende Firma sagt, gut, okay, das wird gefordert, also biete ich es an, weil damit ist Geld zu machen. (Gabriela: Interview Gabriela und Helga 2: 1207-1227, 1239f)

Somit wird auch die Nachfrage der Bevölkerung betreffend Komplementärmedizin von den StudentInnen zur Kenntnis genommen und die Tatsache, dass jene in der Grundausbildung an der Medizinischen Universität Wien kaum Beachtung findet, stellt für sie ein Paradoxon dar. Bei MitstudentInnen konnten die Befragten von sowohl guten, als auch schlechten Erfahrungen berichten. Einige hatten anfangs Bedenken, ihre Interessensgebiete gegenüber KommilitonInnen oder im Freundeskreis preiszugeben, sobald sich allerdings ihr Vertrauen in die Methoden gefestigt hatte, stießen sie vorwiegend auf Anerkennung und Interesse. So machten auch einige von ihnen die Erfahrung, dass sich die Einstellung von MitstudentInnen im Laufe des Studiums durch Famulaturen oder Praktika, oder aber auch Erfahrungen mit Fällen, wo die Schulmedizin keine Lösungswege mehr anzubieten hatte, änderte. Gabriela warf ein, dass eine negative Einstellung gegenüber Homöopathie ihren Ursprung auch nicht selten an der Medizinischen Universität Wien hat, da einige Vortragende nicht von deren positiver Wirkung überzeugt sind und dies in Lehrveranstaltungen auch kundtun.

Und grad deswegen fände ich es einfach wichtig, den Studenten Homöopathie nochmal irgendwie näher zu bringen. Das heißt nicht, dass die dann alle Homöopathen werden sollen, aber sie sollen zumindest ein bisschen ein Verständnis dafür kriegen, was ist Homöopathie, was kann's, und was kann es nicht. (Gabriela: Interview Gabriela und Helga 2: 1501-1504)

Felipa hatte zudem die Erfahrung gemacht, dass KollegInnen, welche sich eingehend mit chirurgischen Fächern auseinandersetzten, im Vergleich wesentlich weniger Vertrauen in die Wirksamkeit komplementärmedizinischer Methoden hatten. Sie erklärte sich das damit, dass jene StudentInnen oder Vortragenden in ihrem Arbeitsfeld wesentlich seltener mit komplementärmedizinischen Zusatzoptionen konfrontiert wurden als solche, die sich beispielsweise hausärztliche Betreuung als Berufsfeld erwählt hatten (vgl. Interview Felipa: 1109-1115). Interessanterweise hatte Pochendorfer versucht, auf genau diese Fragestellung einzugehen, war jedoch leider daran gescheitert, da nur wenige ihrer ProbandInnen, wohl aufgrund ihres noch nicht so weit vorgeschrittenen Studiums eine dezidierte Fachrichtung

angaben. Ebenso war es mir nicht möglich, mehr Daten zu diesem Thema zu erheben, da auch einige meiner Interviewten noch keine eindeutige Entscheidung über ihr zukünftiges Berufsfeld getroffen hatten. Pochendorfer schrieb dazu: „Damit bleibt die Frage offen, ob Studenten, die konservativen Fächern zugetan sind, eher für alternative Heilmethoden zugänglich sind als chirurgisch Interessierte“ (Pochendorfer 2010: 126).

Die beiden von mir interviewten Experten hatten durchwegs unterschiedliche Erfahrungen mit der Akzeptanz ihres jeweiligen Fachgebietes durch ihre Kollegschaft gemacht. Dr. Zeisler gab an, dass es in seinem Berufsfeld fast schon zum Alltag gehörte, eine komplementärmedizinische Zusatzausbildung zu haben und er deshalb kaum wertende Rückmeldungen auf eine Darlegung seiner Interessensgebiete bekam (vgl. Interview Dr. Zeisler: 201-222). Allerdings erwähnte auch er, dass am AKH der Stellenwert von Komplementärmedizin eher gering sei, was er wiederum auf das dortige Behandlungsspektrum, welches einen schulmedizinischen Schwerpunkt aufweist, zurückführt (vgl. ebd.: 595-603).

Dr. Vogel hingegen bezeichnete die Stellung gegenüber Komplementärmedizin am AKH als „minimal bis sehr feindlich“ (vgl. Interview Dr. Vogel: 2292) und hatte es sich angewöhnt, vorwiegend mit auch homöopathisch arbeitenden KollegInnen über sein Tun zu sprechen, da er in der Vergangenheit viele schlechte Erfahrungen gesammelt hatte:

(E)ines der Probleme ist ja, dass es enorm schwierig ist, mit Nicht-Homöopathen und Homöopathinnen über Homöopathie zu sprechen. (...) Das ist ein Problem, das ich habe, aber das auch viele andere haben, (...) dass man dann feststellt, es gibt da nicht wirklich eine Kommunikationsebene, sobald das Thema kommt, also auch eben so ganz krass im Sinn, man unterhält sich gut und so weiter, und hat ein gutes Gespräch miteinander und hat auch das Gefühl, man hat eine gute Ebene, [Räuspern] im Gespräch, und das auch teilweise schon über Monate oder Jahre, und es kommt dann die Rede darauf, dass man Homöopathie als medizinische Methode betreibt, dann ist oft dann irgendwie das Gespräch ... beendet, an diesem Punkt, ja? (...) mir ist es nicht leicht gefallen und ich weiß auch von vielen anderen, dass das nicht leicht fällt, sich da auf diese Art und Weise so zu outen, andererseits ... speziell in der Kollegschaft, sich da in der Richtung zu outen, hab ich auch im Turnus ganz minimal nur gemacht, aus Angst, da irgendwie dann ... ausgeschlossen zu sein, und so weiter, weil das ja oft einmal so das ist, was ich so an Rückmeldungen krieg. Dann so quasi, ja, irgendwie, offensichtlich kennst du dich in Medizin überhaupt nicht aus, wenn du so einen Blödsinn, so eine Placebo-Medizin betreibst, ja? Kannst du nicht wirklich einen Tau haben, von Medizin (...) (Interview Dr. Vogel: 497-506, 562-576)

Demnach kann es durchaus passieren, dass sich gute Beziehungen zwischen ärztlichen KollegInnen verändern, sobald die Sprache auf das Praktizieren von komplementärmedizinischen Methoden kommt, da jene auch unter dem medizinischen Personal ganz unterschiedliches Ansehen genießen. Angesprochen auf den Wortlaut des „Outings“, vor allem im Bezug auf seine heute dezidiert als homöopathisch ausgeschriebene

Praxis, der mich persönlich sehr getroffen hatte, meinte Dr. Vogel:

Jaja! Genau, genau! Das ist wirklich ein "outen" (...) und auf der anderen Seite, wenn man eine Praxis aufmachen will, ja, dann denke ich bleibt es einem ... naja, man könnte es auch anders betreiben wahrscheinlich, man könnte es auch so betreiben, dass man es halt hie und da gibt, ja. Für mich war's sodass für mich klar war, ich möchte homöopathische Medizin hauptsächlich in meiner Praxis machen (...) und dann muss ich das auch so kommunizieren. (Interview Dr. Vogel: 580-589)

Von den 72 StudentInnen, welche die Fragebögen ausgefüllt hatten, gaben nur 12,5% an, dass ihrer Meinung nach der Stellenwert von Komplementärmedizin an der Medizinischen Universität Wien eher hoch sei, die Option „sehr hoch“ wurde kein einziges Mal gewählt. 50% erachteten den Stellenwert als eher niedrig und 37,5% als sehr niedrig. Demnach kann man Dr. Vogel bei seiner Einschätzung Recht geben, dass die Komplementärmedizin an der Medizinischen Universität Wien tatsächlich sehr niedriges Ansehen genießt.

Generell wird also der Stellenwert von Komplementärmedizin an der Medizinischen Universität Wien von den StudentInnen als niedrig angesehen, was aber seinen Grund in seiner prinzipiellen Funktion als Lehrkrankenhaus für Schulmedizin und der medizinischen Versorgung vorwiegend von KassenpatientInnen haben könnte. Die Akzeptanz von komplementärmedizinischen Methoden unter den Lehrenden, österreichischen Medizinerinnen und MitstudentInnen kann nicht verallgemeinert werden, da jene abhängig von der jeweiligen Methode und dem Berufsfeld der ÄrztInnen ist. Generell sollte jedoch angemerkt werden, dass sowohl StudentInnen als auch Praktizierende komplementärmedizinischer Maßnahmen mit teils sehr stark negativen Vorurteilen zu kämpfen haben, weshalb eine Stellungnahme zu ihren Interessen sogar als „Outing“, Komplementärmedizin zu befürworten und zu praktizieren, empfunden werden kann.

6.6 Veränderungen in der Einstellung von StudentInnen gegenüber Komplementärmedizin nach dem Besuch einer Lehrveranstaltung zu dem Thema

Sechs der sieben Befragten, die bereits ein Wahlfach zu einer komplementärmedizinischen Methode absolviert hatten, gaben an, dass der Besuch ihre Einstellung gegenüber jener Methode beziehungsweise Komplementärmedizin allgemein verändert hatte. Zwei der Studentinnen sprachen darüber, dass sie begonnen hatten, die Methode schlichtweg ernster zu nehmen und mehr an deren Wirksamkeit zu glauben. Die anderen vier waren zusätzlich noch der Meinung, das Wahlfach habe sie mehr Skepsis gegenüber anderen Methoden gelehrt. Ein wichtiger Punkt hierbei schienen die Nebenwirkungen zu sein, wie Gabriela es formulierte:

Also ich glaube, ich bin durch die Homöopathie, dadurch, dass ich einmal gelernt habe (...) dass jede Methode, die wirkt, auch Nebenwirkungen haben kann ... dadurch bin ich viel kritischer geworden im ... naja, ist ja wurscht, probieren wir halt einmal. (Gabriela: Interview Gabriela und Helga 2: 2064-2070)

Somit kann also die Information über den sehr breiten Wirkungsgrad einer Methode nicht nur für jene sprechen und das Vertrauen in Komplementärmedizin generell heben, sondern auch gänzlich umgekehrt funktionieren, da die StudentInnen sich hierbei mit der Tragweite von therapeutischen Entscheidungen in jeglicher Hinsicht konfrontiert fühlen. Durch die Erkenntnis, wie viel Schaden mit einer Methode angerichtet werden kann, die man bisher als „harmlos“ betrachtet hat, erhöht sich natürlich auch die Skepsis gegenüber anderen Methoden.

Die Ergebnisse dieser Frage stehen auch im starken Zusammenhang mit den Antworten auf die Frage danach, ob die Teilnahme an dieser einen Lehrveranstaltung die Bereitschaft der StudentInnen erhöht hat, auch an anderen Wahlfächern teilzunehmen. Zwei der Interviewten gaben an, ihre Bereitschaft habe sich nicht erhöht, zwei andere hingegen erklärten, sie hätten schon noch Interesse an zusätzlichen Ausbildungen, doch ihnen sei während der letzten Lehrveranstaltungen klar geworden, dass jede der angebotenen Methoden eines hohen Ausmaß an Ausbildungszeit bedürfe, um wirklich vernünftig und verantwortungsvoll damit arbeiten zu können, weshalb die Frage im Raum steht, ob man sich wirklich nach weiteren Zusatzausbildungen umsehen, oder sich doch lieber nur auf eine einzige Methode konzentrieren sollte. Elisabeth meinte dazu:

(Ich würde es wenn dann gescheit machen, weil es wird immer gezetert über die Ärzte, die eben so schnell, schnell, ich habe ein Wochenende Homöopathie, ein Homöopathieseminar gemacht, und jetzt verschreibe ich schon wie ein Großer irgendwelche Komplexmittel, was alles abdecken soll, so mehr oder weniger. Aber von wegen ausführlicher Erstanamnese und Follow-ups und ... das ist mir alles wurscht, Hauptsache, der Laden läuft, ja? Das ist halt die Frage, wie man es machen will. Und da sage ich, okay, vielleicht wird es auch nur die Akupunktur, die ich zusätzlich einmal anbieten kann, aber ... ich möchte das dann wirklich beherrschen sozusagen, ja? (Interview Elisabeth: 1110-1117)

Demnach sind die StudentInnen nach dem Besuch einer Einführungsveranstaltung auch eher dazu im Stande, den Umfang des Wissens von bestimmten Methoden realistischer einzuschätzen und werden dadurch auch in ihrer Auswahl von möglichen Zusatzausbildungen unterstützt.

Die beiden Studentinnen der SIH hatten auch das Gefühl, dass das Einführungswahlfach in die Homöopathie die Einstellung der es absolvierenden StudentInnen verändert, jedoch nicht zwingend zum positiven. Helga erklärte das hiermit:

Weil, glaube ich, sie sich die Homöopathie einfacher vorgestellt haben. (...) wenn ich nur dran denk, wie ich vorher über Homöopathie gedacht habe oder wie ich es gekannt habe, also so als diese Hausmittel-Homöopathie, hab ich mir dann auch gedacht, puh, Wahnsinn, das ist so ein weites Feld und ich glaube, dass das viele Leute abschreckt, viele Leute auch irgendwie, ja, zerstreut, irgendwie verwirrt, weil es einfach nicht so einfach zum Greifen ist teilweise. Und weil eben auch verschiedene Homöopathen bei uns vortragen (...) die vielleicht teilweise wieder ein bisschen anderen Nuancen haben in ihrer Arbeitsweise. Und das glaube ich schreckt dann auch manche ab, weil sie halt sagen, wieso gibt's da nicht einen einheitlichen Leitfaden, wie man Homöopathie lernen kann. Und wie es funktioniert. (Helga: Interview Gabriela und Helga 2: 1954-1965)

Das ist wiederum ein Beweis dafür, dass sich die Skepsis der StudentInnen gegenüber einer Methode auch erhöhen kann, wenn man sich der gesamten Breite der möglichen Aus- und Nebenwirkungen einer Therapiemethode bewusst wird, wie bereits weiter oben angemerkt wurde. Allerdings hatte Gabriela bereits früher im Interview angemerkt, dass es in der Lehrveranstaltung vor allem darum gehe, die StudentInnen über die Behandlungsmethoden- und Möglichkeiten aufzuklären, um ein vielleicht vorher bestehendes, von den Medien oder anderen Lehrveranstaltungsleitern hervorgerufenen negatives Bild ausreichend zu beleuchten.

Also, man sieht dann ja immer wieder die Leute, die dann einfach in unsere Ausbildung einsteigen, und da weiter machen wollen und, ich denke schon auch, dass sicher einige Leute im Wahlfach sind, die dann sagen, nein, also, ich war vorher interessiert und jetzt interessiert es mich überhaupt nicht mehr, oder ich war vorher positiv dem gegenüber eingestellt und jetzt nicht mehr. Aber ich denke, zumindest sind sie informierter und das ist irgendwie unser Ziel mit dem Wahlfach. (Gabriela: Interview Gabriela und Helga 2: 1755-1759)

Somit ist es den Veranstaltern von einführenden Vorlesungen ein größeres Anliegen, dass die StudentInnen informiert und zu kritischem Denken angeregt die Lehrveranstaltung verlassen, als dass alle AbsolventInnen sich dazu entschließen, eine Zusatzausbildung in Homöopathie zu beginnen. Die beiden von mir interviewten Lehrveranstaltungsleiter hatten ebenfalls das Gefühl, dass sich durch den Besuch die Einstellung der StudentInnen verändert. Dr. Vogel sprach allerdings, ebenso wie die beiden StudentInnen der SIH, an, dass auch er nicht bestätigen könne, dass sich die Einstellung immer nur zum Positiven verändere:

(E)s gibt auch Leute da drinnen, die einfach nur drinsitzen, um sich selber zu beweisen, dass das alles Blödsinn ist, ja? Die gibt's auch, ja? Die gibt's natürlich überall. Aber ich denke schon, dass wir eine ganze gute Zahl von Studierenden erreichen, ja? (Interview Dr. Vogel: 942-945)

Zudem war er der Meinung, dass jene StudentInnen, die die Einführungslehrveranstaltung zur Homöopathie besuchten, generell etwas offener für andere Methoden seien und er deshalb die Frage danach, ob sich nach dem Wahlfach eine erhöhte Bereitschaft zeigen könnte, auch andere Wahlfächer zu komplementärmedizinischen Methoden zu besuchen, nicht adäquat beantworten könne (vgl. Interview Dr. Vogel: 971-939). Dr. Zeisler traute sich bei dieser Frage ebenfalls nicht zu, Auskunft zu geben (vgl. Interview Dr. Zeisler: 314-346).

In den Fragebögen wurde von 23 (31,9%) der 72 Befragten angegeben, dass sie durch den Besuch der Lehrveranstaltung viel mehr Vertrauen in die Methode, über die sie in jener gelernt hatten, aufgebaut hatten. Ebenso viele gaben an, etwas mehr Vertrauen gesammelt zu haben. Die Einstellung von 21 (29,2%) Befragten blieb unverändert. Drei (4,2%) gaben an, etwas Vertrauen in die Methode verloren zu haben und nur ein Befragter (1,4%) meinte, er hätte nun gar kein Vertrauen in die Methode mehr. Ein Befragter (1,4%) enthielt sich der Antwort.

Eine stark positive Veränderung in der Einstellung gegenüber Komplementärmedizin allgemein konnten nur mehr zehn (13,9%) der Befragten nach Besuch der Lehrveranstaltung verzeichnen, 21 (29,2%) gaben an, etwas mehr Vertrauen gefasst zu haben. Die Einstellung von 36 (50%) blieb unverändert. Ebenso wie bei der vorigen Frage gaben auch hier drei (4,2%) an, etwas weniger Vertrauen und nur einer der Befragten (1,4%) nun gar kein Vertrauen in die Komplementärmedizin mehr zu haben. Ein Befragter (1,4%) enthielt sich der Antwort.

Dahingegen gaben 19 (26,4%) der 72 Befragten an, der Besuch der Lehrveranstaltung habe sie dazu gebracht, nun unbedingt eine Zusatzausbildungsmöglichkeit absolvieren zu wollen, bei 22 (30,6%) hatte sich immerhin die Bereitschaft dazu erhöht. Keine Veränderung empfanden 28 (38,9%). Bei einem (1,4%) der Befragten war die Bereitschaft gesunken und zwei (2,8%) waren nun gar nicht mehr dazu bereit, eine Zusatzausbildungsmöglichkeit in Anspruch zu nehmen.

Dr. Vogel brachte noch ein weiteres, wichtiges Argument vor, weshalb komplementärmedizinische Ausbildungen in seinen Augen so wichtig für die StudentInnen der Medizin seien:

(Ich denke, ganz viel, was jetzt in die Komplementärmedizin geschoben wird, bringt Inhalte zum Thema Menschenbild, bringt Inhalte zum Thema Krankheits- und Gesundheitsverständnis, bringt Werkzeuge für die Leute, um gut und selbstsicher therapieren zu können und wäre insofern ein (...) immens wichtiger Beitrag, ja? Weil ich denke, dass gerade die Fragen wie Menschenbild, Gesundheitsbild, Zielvorstellungen, Werkzeuge dahin ganz wenig vorkommen (...) Und in dem immer verschulteren System immer noch weniger, vorkommen in den Köpfen der Mediziner und Medizinerinnen von morgen. Und das finde ich aber enorm wichtig, dass sie das haben. Einerseits für die eigene Zufriedenheit und die eigene Gesundheit im Job, ja? Und auch für die Gesundheit der Gemeinschaft. (...) Und dass es ganz wertvoll und wichtig wäre, dass das kultiviert wird. (Interview Dr. Vogel: 3323-3342)

Dieses Argument wiederum entspricht einigen Positivas, die auch von den befragten StudentInnen genannt wurden – die generelle Steigerung der Weitsicht und eine breitere Diskussion über das eigene Verständnis von Begriffen wie Gesundheit und Krankheit, die die

Auseinandersetzung mit Komplementärmedizin generell mit sich bringen soll.

Der Besuch einer Lehrveranstaltung zur Komplementärmedizin beeinflusst also definitiv die Einstellung der StudentInnen der jeweiligen Methode, aber auch der gesamten Komplementärmedizin gegenüber. Generell verschafft die Teilnahme an einem Wahlfach den StudentInnen einen größeren Respekt gegenüber dem Umfang verschiedener Techniken, macht sie damit aber auch skeptischer, was den unbedachten Einsatz jener, ohne vorangegangene, eingehende Ausbildung betrifft. Teilweise kann ein Lehrveranstaltungsbesuch auch zu einer Meinungsverschiebung hin zum Negativen führen. Dies wird allerdings von den Mitgestaltern der Wahlfächer auch positiv aufgefasst, da ihnen die Grundlagenvermittlung und prinzipielle Wissensweitergabe über verschiedene Methoden wichtiger ist als die Werbung für ihr Fachgebiet. Bei einigen StudentInnen zeigte sich eine erhöhte Bereitschaft, eine Zusatzausbildung in einer komplementärmedizinischen Methode zu absolvieren, allerdings hatten viele bereits vorher den Wunsch dazu verspürt. Generell steigt auf jeden Fall der Respekt vor dem Umfang der einzelnen Methoden und damit findet auch eine Sensibilisierung betreffend möglicher Aus- und Nebenwirkungen verschiedenster Therapieformen statt.

6.7 Komplementärmedizinische Behandlung in österreichischen Krankenhäusern

Sieben der neun Interviewten waren der Meinung, dass man Komplementärmedizin auch in Krankenhäusern anbieten sollte. Als favorisierte Anwendungsgebiete wurden beispielsweise Geburtsvorbereitungsakupunktur zur Senkung der Kaiserschnitttrate, Akupunktur zur Schmerztherapie oder zur Narkosemittelreduktion, Homöopathie zur Wundheilungsförderung oder bei Akutsituationen im Kreissaal von den StudentInnen angegeben. Eine der anderen beiden Befragten erwähnte Bedenken, da sie beispielsweise die Akupunktur, wie sie bereits jetzt in Krankenhausambulanzen angewendet wird, gut fand, allerdings das größere Wirkungspotential nur in Verbindung mit einer traditionell chinesischen Medizinbehandlung sah und diese lieber in privatärztlichen Praxen durchführen lassen würde (vgl. Interview Birgit: 474-480). Denise hingegen meinte:

Aber ich glaube, man müsste generell das System eines Krankenhauses ändern, um dann wirklich auch komplementärmedizinische Methoden ernsthaft anbieten zu können und die auch nicht so wie die Akupunktur[ambulanz] läuft, dass man ins AKH kommt, sich da einfach hinlegt und eine Nadelung bekommt und dann geht man wieder. Ich glaube, da müsste man einfach das System an sich, was in einem Krankenhaus passiert und was dort nicht passiert, ein bisschen überdenken, aber an und für sich, die Versuche, die ich in die Richtung kenne, die

funktionieren und die laufen gut, also mit der Homöopathie weiß ich, gibt es da schon einiges, was auch in Spitälern passiert und das läuft super. (Interview Denise: 1362-1369)

Demnach spielt auch die Verortung einer Therapie eine große Rolle. Krankenhäuser sind generell zur Akutversorgung der Gesellschaft gedacht, komplexe Medizinsysteme wie die traditionell chinesische Medizin sind damit allerdings, alleine aufgrund des Behandlungsaufwands, schwer damit vereinbar. Ivan erklärte die Problematik folgendermaßen:

Also jetzt so aus der Hand geschüttelt: Osteopathie, von mir aus auch Chiropraktiker, Akupunktur, Neuraltherapie könnte ich mir jederzeit vorstellen im Krankenhaus. Aber eher im Bereich der Ambulanzen als im Nachtdienst und im Wochenenddienst. Ganz einfach, weil das auch im normalen Krankenhausbetrieb für Ärzte und Schwestern unmöglich ist, das nebenbei zu erledigen (...) Nur: für unser Gesundheitssystem ist das sehr schlecht, die Leute ins Krankenhaus zu bringen, weil das wesentlich teurer ist als im niedergelassenen Bereich. (Interview Ivan: 108-117)

Folglich müssen komplementärmedizinische Methoden auch bis zu einem gewissen Grad mit dem europäischen Weltbild von Gesundheit und Krankheit, sowie den Strukturen einer Krankenhausanstalt vereinbar sein, sonst ist es zeitlich, räumlich, sowie vom Personal her schlichtweg unmöglich, sie in den Krankenhausalltag zu integrieren. Dr. Vogel sprach sich mehrmals dezidiert für die Anwendung komplementärmedizinischer Methoden in Krankenhäusern aus, Dr. Zeisler sah keine Notwendigkeit darin. Er erklärte seinen Standpunkt folgendermaßen:

(D)as Krankenhaus ist für die Akutversorgung zuständig, und die Leistungen, wenn man es gesundheitspolitisch betrachtet, die Akupunktur-Leistung gehört (...) in den niedergelassenen Bereich. (Interview Dr. Zeisler: 631ff)

Bei den Fragebögen gab eine Mehrzahl der Befragten an, dass sie gerne in Krankenhäusern mit Akupunktur, Homöopathie, traditionell chinesischer Medizin und Hypnose behandelt werden würden. Bei der traditionell europäischen Medizin gab es ein relatives Gleichgewicht zwischen positiven und negativen Antworten, die Bachblütentherapie und tibetische Medizin schnitten am Schlechtesten ab, da doppelt so viele Personen verneinten, wie bejahten.

Resümierend würde eine Vielzahl der untersuchten StudentInnen sich die Möglichkeit einer zusätzlichen komplementärmedizinischen Behandlung in österreichischen Krankenhäusern wünschen, wobei oft auch die Problematik der Integration solcher Methoden in den Krankenhausalltag angesprochen wurde und sich deshalb die Mehrheit der Befragten vorstellen könnte, sie im niedergelassenen Bereich zu praktizieren.

6.8 Kostenübernahme durch die Krankenkassen

Sieben der neun StudentInnen waren der Meinung, dass die Behandlung mit komplementärmedizinischen Methoden auch von den Krankenkassen übernommen werden sollten. Vor allem legten sie in ihrer Argumentation ein Augenmerk auf die Prävention von Krankheiten. Viele von ihnen waren der Meinung, dass mit komplementärmedizinischen Methoden sehr viel im Bereich der Gesundheitsvorsorge getan werden könnte, womit sich im Endeffekt auch für die Krankenkassen ein enormer Vorteil durch weniger Ausgaben für Medikamente und Operationen ergeben würde.

Also ich sehe zum Beispiel nicht ein, wieso nicht jeder österreichische Staatsbürger einmal im Jahr einen Besuch bei einem ayurvedischen oder TCM-Arzt haben kann, einfach, um zu sehen, wie geht's mir, ernähre ich mich gesund, was kann ich verbessern? Es würde langfristig enorm viele Einsparungen bewirken! Enorm viel! (Interview Denise: 1429-1433)

Felipa meinte dazu:

Ich finde, dass manche alternativ- oder komplementärmedizinische Methoden von der Kassa bezahlt werden sollten. Vor allem die, die wissenschaftlich belegt sind und die Akupunktur ist, bis zu einem gewissen Grad, wirklich wissenschaftlich belegt, das sieht sogar langsam die Schulmedizin ein. Ich finde, dass davon mehr von der Kassa bezahlt werden sollte. Das gleiche gilt für die Massagen, wo verhältnismäßig nur sehr wenig bezahlt wird und ich finde auch, dass die Konsultation[skosten] nicht zu hoch sein sollten, weil die Leute so wie so schon ziemlich skeptisch dem gegenüber sind. Und wenn eine Methode sich, glaube ich, etablieren soll, oder will, dann sollte sie Preise anbieten, die sich die Leute auch leisten können und wollen. (Interview Felipa: 1176-1183)

Demnach wäre es für einige StudentInnen durchaus denkbar, dass die Therapien mit gewissen Methoden von den Krankenkassen übernommen würden, da viele von ihnen schließlich auch ein großes Interesse an der Gesundheitsvorsorge zeigen und durch die Verhinderung von Krankheiten enormes Einsparungspotential sichtbar wird. Allerdings spielt die wissenschaftliche Belegbarkeit der Therapieerfolge bei der Auswahl der in Frage kommenden Methoden von Seiten der StudentInnen eine große Rolle.

Elisabeth hingegen war davon überzeugt, dass eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen sich negativ auf die Entlohnung der ÄrztInnen und somit auch auf die Motivation, Zusatzausbildungen in Anspruch zu nehmen und die Zeitressourcen, die der/die ÄrztIn für jeden PatientInnen aufwenden könnte, auswirken würde. Sie war der Meinung, dass ÄrztInnen mit komplementärmedizinischen Zusatzausbildungen alleine deshalb mehr für ihre Behandlungen verlangen dürften, da sie schließlich in die Diplome einiges an Zeit und Geld investiert haben und diesen monetären Verlust wieder erwirtschaften müssten. Außerdem betrieben Komplementärmediziner schließlich einen wesentlich höheren Arbeitsaufwand pro PatientIn, das spräche wiederum für eine leistungsbezogene Entlohnung

seitens der Kundschaft.

Christina meinte dazu:

Ich finde eigentlich, das sollten die Krankenkassen übernehmen. Also alles, was nicht Schönheitschirurgie ist und über das Gesundheitliche hinausgeht, außer natürlich Vorsorge, die Vorsorge ist auch sehr wichtig, da sollten die Krankenkassen auch viel mehr zahlen. Und alles was über das Normale hinausgeht, könnte der Patient zahlen, was er sich jetzt für sich selber einfach nur sich wünscht, weil er das gerne hätte. Aber alles, was mit Krankheit und Gesundheitsvorsorge zu tun hat, sollte, meiner Meinung nach, die Krankenkasse übernehmen.
(Interview Christina: 732-737)

Somit gibt es sowohl Stimmen, die sich gegen, als auch solche, die sich für eine Integration komplementärmedizinischer Methoden im österreichischen Gesundheitswesen aussprechen. Im Grundtenor der Stimmen dafür klingt die Hoffnung darin, dass durch eine erhöhte Vorsorgerate, egal, mittels welcher Methode, die Rate der ernsthaften Erkrankungen und damit auch der Spitalsaufenthalte, drastisch gesenkt werden könnte.

In den Fragebögen gaben 55 (76,4%) der 72 Befragten an, dass ihrer Meinung nach unter der Annahme der bewiesenen Äquivalenz von österreichischer Schulmedizin und Komplementärmedizin, eine Konsultation für die Krankenkassen gleich teuer sein sollte. Neun (12,5%) gaben an, dass Komplementärmedizin für die Krankenkassen billiger als Schulmedizin sein sollte, fünf (6,9%) wären für einen höheren Preis der Komplementärmedizin. Drei der Befragten (4,2%) enthielten sich ihrer Stimme.

Bei der Frage nach der Kostenverteilung für PatientInnen, aufgeteilt auf die einzelnen Methoden, stellen sich die Ergebnisse recht gleichmäßig verteilt dar, bis auf jene der traditionell europäischen Medizin, der tibetischen Medizin und der Bachblütentherapie, wo signifikant mehr Personen der Meinung waren, sie sollten billiger als Schulmedizin sein.

Die beiden interviewten Experten waren sich darüber einig, dass eine Bezahlung sämtlicher Methoden auf einer leistungsorientierten Basis erfolgen sollte. Dr. Vogel war der Meinung, dass der Fokus dabei darauf liegen sollte, wirklich genügend Zeit für die PatientInnen aufwenden zu können, dann müssten auch nicht die Gesamtkosten, aber wenigstens ein Großteil von den Krankenkassen getragen werden. Er hatte selbst die Erfahrung gemacht, dass Behandlungen, die er aufgrund der finanziellen Lage der PatientInnen oder einer Unsicherheit ob der Therapiewirksamkeit kostengünstig oder sogar kostenlos durchgeführt hatte, oftmals bereits frühzeitig abgebrochen wurden. Somit liegt der Schluss nahe, dass viele Menschen kostenfreie medizinische Interventionen teilweise nicht ernst nehmen. Daher ist Dr. Vogel der Meinung, dass komplementärmedizinische Methoden auch etwas kosten dürfen,

allerdings leistbar bleiben müssen (vgl. Interview Dr. Vogel: 2657-2772).

Dr. Zeisler erwähnte, dass er die pauschale Bezahlung, beispielsweise von Geburtshilfen, oft als sehr ungerecht empfand und er Angst davor hätte, dass komplementärmedizinische Methoden ebenso verrechnet würden wie andere Kassenleistungen:

Weil wenn ich, sozusagen, für eine Akupunkturbehandlung als Kassenleistung jetzt 18 Euro kriege, ja? (...) Und ich kriege privat dieselbe Leistung jetzt um 60 oder um 70 Euro, dann werde ich nie Interesse haben, dass das eine Kassenleistung wird. Weil dann bin ich genau wieder dort, dass ich in derselben Zeit sechs Patienten behandeln muss, um (...) dasselbe Geld zu bekommen. Und das funktioniert nicht. Also wenn die Kassenleistung sagt, okay, Akupunkturbehandlung 60 Euro, genau so viel, wie in der freien Praxis, dann ist es gut. Sonst funktioniert es nicht. (...) Money is value. (...) Wenn die Krankenkasse es nicht zahlt, dann bitte ich die Patientin (...) zur Kasse. (Interview Dr. Zeisler: 662-672, 787-801)

Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen würde die Mehrzahl der Befragten befürworten, da komplementärmedizinische Methoden ihrer Meinung nach sehr gut zur Gesundheitsvorsorge geeignet wären und damit dem Gesundheitssystem auf lange Sicht enorme Einsparungen bringen könnten. Trotzdem wurde auch die Problematik der Entlohnung der Praktizierenden aufgegriffen. Ein vermehrt angesprochener Lösungsweg wäre hier etwa die leistungsbezogene Entlohnung der Komplementärmediziner, da nur so auch die nötige Zeit pro PatientIn aufgewendet werden könnte. Andererseits wurde auch angesprochen, dass komplementäre Methoden durchaus auch von den PatientInnen mitbezahlt werden dürften, da, der Meinung einiger Interviewter folgend, nur damit sichergestellt wäre, dass die medizinischen Interventionen auch ernst genommen werden würden. Allerdings müsste das Preisgefälle zwischen der kostenlosen Schulmedizin und der kostenintensiven Komplementärmedizin auf jeden Fall ausgeglichen werden.

6.9 Die Relevanz einer komplementärmedizinischen Zusatzausbildung, um dem Berufsbild gerecht werden zu können

Fünf der neun Befragten waren der Meinung, dass komplementärmedizinische Zusatzausbildungen zunehmend vonnöten sind, um dem ärztlichen Berufsbild gerecht werden zu können. Allerdings wurde von einigen auch angemerkt, dass es dabei sehr stark auf das jeweilige Fachgebiet des/der Praktizierenden ankommt. So sah Ivan beispielsweise auf einem Gebiet wie der Radiologie absolut keinen Sinn hinter komplementärmedizinischen Zusatzausbildungen, bei HausärztInnen jedoch auf jeden Fall, da Zusatzausbildungen auch bei der Wahl eines Mediziners von Seiten der PatientInnen eine Rolle spielen können.

Ich glaube, dass es als Allgemeinmediziner überlebenswichtig ist, irgendeine komplementärmedizinische Methode einzusetzen. (...) Na weil ... zu wem gehe ich? Also wenn ich mich nicht auskenne, dann gehe ich zu dem, der fünf Diplome hat, nicht zu dem, der eines hat. Dann gehe ich zum Professor und nicht zum Dozenten. Auch wenn es vollkommen wurscht ist, aber (...) man braucht immer den Spezialisten, auch wenn man ihn eigentlich nicht braucht. Nur wenn ich dann Spezialist für gar nichts bin, und ich bin nicht gerade Landarzt und fünfzig Kilometer weit ist kein anderer Arzt, kommt keiner zu mir. (Interview Ivan: 129-137)

Felipa meinte hierzu:

In meinem Fach (...) wenn wir Sportler betrachten, vor allem, und nicht 80jährige, ich finde, vor allem, dass das für Leute, die nicht unbedingt unters Messer gelegt werden müssen, auf jeden Fall ausgekostet werden sollte, bevor ich den unters Messer lege. (...) Wenn ich jetzt in einem Fach bin, wo 80jährige Patienten sind, wo es nicht ums ausprobieren geht, sondern wo es darum geht, dass seine Lebensqualität so schnell wie möglich und im Verhältnis zu seiner vorherigen, mit einem hohen Prozentsatz verbessert wird, dann würde ich ihn wahrscheinlich gleich operieren. (...) Vor allem in der Orthopädie, finde ich, dass es notwendig ist, zumindest zu wissen, bei welchen Beschwerden man Patienten zu welchen (...) alternativmedizinischen Methoden schicken kann. Und wann ich ihn zur Physiotherapie schicke. Und welche bei was helfen. Ich muss sie vielleicht nicht selber anwenden können, aber ich muss wissen, welche für was helfen, damit ich sie überweisen kann. Und den Therapieerfolg steigern kann und auch die Geschwindigkeit, mit der der Therapieerfolg eintritt. (Interview Felipa: 1233-1259)

Somit ist Komplementärmedizin auch in der Sportmedizin mit Sicherheit von enormer Wichtigkeit, da hier Operationen meist ein hohes Risiko für die weitere Berufsausübung bedeuten. Generell gesehen ist allerdings das Wissen über zusätzliche Methoden wichtiger, als sie anwenden zu können, um PatientInnen weiter verweisen zu können.

Gabriela und Helga legten den Fokus vor allem auf zusätzliche, sanftere Behandlungsmöglichkeiten, Denise betonte hingegen die Wichtigkeit einer zusätzlichen Sensibilisierung, beispielsweise die Rhetorik und den Umgang mit PatientInnen betreffend (vgl. Interview Denise: 1622-1635). Die anderen drei Befragten gaben an, dass man ihrer Meinung nach auch nur mit einer rein schulmedizinischen Ausbildung dem Berufsbild gerecht werden und im Berufsleben erfolgreich sein könne, obwohl sie einen Anstieg am persönlichen Interesse seitens der Mediziner und der PatientInnen und auch den finanziellen Anreiz einer zusätzlichen Behandlungsmöglichkeit zu Kenntnis nahmen. Ivan sah in dem Anstieg der Nachfrage nach komplementärmedizinischen Zusatzausbildungen nicht unbedingt einen Wandel im Berufsbild von Mediziner:innen:

Ich glaube, das ist eher Marketing, als dass sich das Berufsbild tatsächlich wandelt. Dass einfach das Marketing wichtig wird, egal ob man das jetzt macht über eine schöne Website oder über Diplome oder über das Anbieten von komplementärmedizinischen Methoden. Man muss sich nur besser verkaufen. (Interview Ivan: 139-142)

Demnach spielt auch die eigene Vermarktung eine immer größer werdende Rolle. Lediglich zwei der Befragten gaben an, einen gewissen Druck seitens der PatientInnen zu spüren, wenn

es darum geht, Zusatzausbildungsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen. Dabei erwähnten sie allerdings, dass es dabei primär darum ginge, sich mit einzelnen Methoden auseinandergesetzt zu haben, um notfalls weiter überweisen zu können. Gabriela erklärte das so:

Ich glaube, dass jeder Arzt, wurscht, was er macht, wissen sollte, welche Methoden es gibt und was er dem Patienten einfach noch empfehlen kann. Das heißt nicht, dass er alles selber machen muss. (...) Also nicht in dem Sinne, dass das dann alle anwenden, sondern einfach nur, um Bescheid zu wissen. (Gabriela: Interview Gabriela und Helga 2: 3044ff, 3079f)

Nur mit einem soliden Basiswissen über zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten ist ihrer Meinung nach eine umfassende und verantwortungsvolle Aufklärung von PatientInnen möglich.

Die anderen sechs StudentInnen gaben an, einen Anstieg im Interesse der PatientInnen an komplementärmedizinischen Behandlungen zu sehen, allerdings ohne dabei einen übermäßig großen Druck zu spüren, jene auf jeden Fall anbieten zu müssen, da ihrer Meinung nach die solide schulmedizinische Ausbildung und Empathie eine wesentlich größere Rolle bei der Arztauswahl seitens der Mehrheit der PatientInnen spielen als komplementärmedizinische Zusatzdiplome. Auch bei diesem Punkt wurden die unterschiedlichen Anforderungen an die diversen medizinischen Fachgebiete erwähnt.

Ich glaube, dass ich (...) eine Vielzahl an verschiedenen Ärzteformen und eben auch an diesen verschiedenen, ich sage einmal, Ärzteidentitäten, einfach noch mehr ... also dass es einfach noch mehr verschiedene sein werden, die aber einfach nebeneinander funktionieren. (Interview Denise: 1678-1681)

Bei der Frage danach, wie stark oder nicht stark die 72 StudentInnen, die den Fragebogen ausfüllten, das Gefühl hatten, Zusatzausbildungsmöglichkeiten, die mit Komplementärmedizin zu tun haben, in Anspruch nehmen müssen, um ihrem Berufsbild gerecht werden zu können, antworteten 17 (23,6%) mit sehr stark, 24 (33,3%) mit eher stärker, 18 (25%) mit eher weniger und elf (15,3%) mit gar nicht. Ein Befragter (1,4%) enthielt sich der Stimme.

Die nächste Frage handelte davon, wie stark oder nicht stark sie das Gefühl hatten, dass das Berufsbild von Schulmedizinern sich dahingehend wandelt, dass solche Zusatzausbildungen von der Allgemeinheit gefordert sein könnten. 18 (25%) beantworteten diese Frage mit sehr stark, 40 (565,6%) mit eher stark, Elf (15,3%) mit eher weniger und nur Zwei (2,8%) mit gar nicht. Ein Befragter (1,4%) gab nichts an.

Dr. Zeisler und Dr. Vogel waren sich darüber einig, dass der Druck von Seiten der PatientInnen immer größer wird, auch komplementärmedizinische Methoden anzubieten,

allerdings beschränkt auf bestimmte Berufsuntergruppen, wie prinzipiell in der Privatmedizin, bei Allgemein- und Kinderärzten und in der Gynäkologie, wobei Dr. Vogel hierbei anmerkte, dass er der Meinung war, dass viele die Zusatzausbildungen nur zu Werbemaßnahmen und für einen Zusatzverdienst absolvierten. Dr. Zeisler meinte dazu:

Also interessanterweise habe ich jetzt in der Privatmedizin (...) zum Beispiel viele Patienten, die nur deshalb zu mir kommen, weil sie gelesen haben, dass ich auch Komplementärmedizin mache, obwohl sie es gar nicht in Anspruch nehmen. (...) Aber sie sagen, okay, das ist einer, der nicht nur gleich Schulmedizin macht. (...) Weil die erwarten sich, dass ich sie halt anders, aus einer anderen Sichtweise (...) betreue, und dass sie halt mit mir auch diskutieren, Antibiotikum, ja oder nein zum Beispiel. (Interview Dr. Zeisler: 812-836)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass, vor allem bezogen auf spezielle medizinische Fachrichtungen wie die Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Kinderheilkunde, die Absolvierung einer zusätzlichen komplementärmedizinischen Ausbildung zunehmend wichtiger wird, um dem Berufsbild der jeweiligen Richtung gerecht werden zu können. Der Großteil der Untersuchten bemerkte eine dahingehende starke Nachfrage in der Bevölkerung, zumindest ein generell erhöhter Wissensstand über verschiedene, vor allem komplementärmedizinische Behandlungsmethoden werde mittlerweile gefordert. Allerdings würde ihrer Meinung nach die Empathie und solide schulmedizinische Ausbildung eine größere Rolle in der Auswahl der Mediziner von Seiten der PatientInnen spielen als die Anzahl der zusätzlichen Diplome. Interessanterweise wurde andererseits allerdings auch angemerkt, dass PatientInnen anscheinend generell eher den Besuch eines Mediziners erwägen, wenn dieser Diplome vorzuweisen hat, selbst wenn sie das zusätzliche Angebot im Endeffekt gar nicht in Anspruch nehmen.

6.10 Allgemeine Veränderungen in Berufsbild und Identität der Mediziner in meiner Forschung

Generelle Veränderungen im Berufsbild der Schulmediziner waren für alle Befragten deutlich spürbar. Am häufigsten wurde hierbei der Ausdruck des „Gottes in Weiß“ (vgl. Interview Christina: 903, Interview Gabriela und Helga 1: 3125, Interview Birgit: 623) erwähnt, welcher den früher extrem erhöhten Status der Mediziner beschreiben soll, dem die PatientInnen voll und ganz vertrauten und dessen Entscheidungen sie nicht in Frage stellten. Birgit meinte zu der Rolle des Mediziners in der Gesellschaft: „Der Gott in Weiß, naja ... ich glaube, wenn ich das schaffen werde, werde ich mich nie so sehen“ (Interview Birgit: 622f). Demnach ist auch die Identifikation der ÄrztInnen mit dem von der Gesellschaft auferlegten Berufsbild auch nicht mehr immer deckungsgleich.

Ausgehend von dem heutzutage vermehrten medizinischen Allgemeinwissen und der steigenden Informationsbeschaffung seitens der PatientInnen über das Internet scheint jenes Vertrauen zu schwinden und die Entscheidungen der Mediziner werden nicht nur in Frage gestellt, sondern es kommt auch vermehrt zu dezidierten Forderungen der PatientInnen, sei es nun nach einem speziellen Mittel, über welches sie online gelesen haben und das laut ihrer Information das Beste zur Behandlung ihrer Beschwerden sein soll, oder nach einer speziellen komplementärmedizinischen Behandlungsmethode.

Denise und Elisabeth gaben hierbei an, neben diesem Phänomen trotzdem vor allem bei älteren PatientInnen noch eine gewisse Autoritätsgläubigkeit und Unterwürfigkeit gegenüber dem medizinischen Personal zu bemerken, wobei Denises Meinung nach die zunehmende Selbstinformation zugleich Fluch und Segen ist:

(A)lso ich für mich finde schon, das auf der einen Seite sehr gut, weil es ja auch eine Art Selbstständigkeit in Bezug auf den eigenen Körper und im Bezug auf die eigenen Informationsquellen ist, aber es ist wie immer mit Vorsicht zu genießen und (...) Und da sag ich dann schon meistens, sorry, das ist ein bisschen naiv, zu meinen, dass ein Abend im Google dir ein sechsjähriges Studium und eine sechsjährige Ausbildung ersetzt. Das muss man schon sagen [Lachen]. (Interview Denise: 1877-1885)

Diese, teils falsche Selbstinformation über moderne Medien und die zunehmende Unzufriedenheit mit ärztlicher Behandlung führt nicht selten zu einem Phänomen, das weitläufig als „Ärztchopping“ bezeichnet wird. Felipa führte jenes allerdings auch generell auf den zunehmend geringer werdenden Kontakt zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zurück, welcher auch seinen Teil zu einem Vertrauensverlust beitragen kann:

Ich glaube vor allem, dass die Kommunikation mit dem Patienten abnimmt. Und das finde ich ist aber das Relevanteste in einer Arzt-Patienten-Beziehung. (...) Und ich glaube, dass das immer weniger wird. Und dass deswegen die Patienten das Vertrauen sehr leicht verlieren. (Interview Felipa: 1386-1392)

Christina sah in dem Verschwinden des göttlichen Medizinerimages und dem generellen Umbruchs des Berufsbildes auch eine Chance für junge Frauen, in ihrem Beruf ernster genommen zu werden, da ihrer Meinung nach in den Köpfen älterer PatientInnen immer noch die Vorstellung herrscht, dass nur ältere Männer wirklich gute Mediziner sein können, junge Frauen allerdings meist eher mit Krankenschwestern assoziiert werden. Zudem erwähnte sie allerdings, dass durch das Erkennen, dass Mediziner auch nur Menschen sind und ebenso Fehler machen können wie jeder andere auch, die Anklagen aufgrund Kunstfehler seitens der Ärzte und Ärztinnen drastisch gestiegen sei (vgl. Interview Christina: 892-904).

Einige StudentInnen gaben an, auch einen Wandel in der medizinischen Ausbildung bemerkt

zu haben. Dabei fokussierten sie vorrangig den heute nahezu verschwundenen Einsatz von Händen und Augen zur Diagnose, abgelöst durch vorrangig sehr teure technische Gerätschaften und Methoden. Dies wurde damit begründet, dass das medizinische Wissen sich in rasendem Tempo vermehrt, was auch die nach wie vor rasant ansteigende Spezialisierung der Mediziner nach sich zieht. Als weiterer Punkt wurde auch das zunehmende Interesse an komplementärmedizinischen Methoden genannt.

Auch für die StudentInnen, welche die Fragebögen ausfüllten, war ein deutlicher Wandel zu spüren. Von den 72 befragten StudentInnen gaben 24 (33,3%) an, das Bild des Schulmediziners hätte sich sehr stark gewandelt, 37 (51,4%) eher stärker, neun (12,5%) beantworteten die Frage mit eher weniger und kein einziger Befragter wählte die Option „gar nicht“. Zwei Befragte (2,8%) enthielten sich der Antwort.

Bei der qualitativ zu beantwortenden Frage danach, wie sich der Wandel ausdrückt, wurde am häufigsten damit geantwortet, dass PatientInnen ein vermehrtes Vertrauen in Komplementärmedizin zeigen und daher auch mehr ÄrztInnen sich darin ausbilden lassen, vor allem aber auch, weil es von den PatientInnen gefordert wird. Fast ebenso häufig wurde die erhöhte Selbstinformation der PatientInnen durch das Internet und durch Bücher genannt, gefolgt von einer sehr hohen Erwartung an die ÄrztInnen und den Respektverlust vor medizinischem Personal. Das verloren gegangene Image als „Götter in Weiß“ wurde ebenso erwähnt wie eine erhöhte Kritik am Gesundheitssystem und am schulmedizinischen Umgang mit den PatientInnen.

Auch die beiden Experten sahen eine deutliche Veränderung in der Medizineridentität. Dr. Zeisler nannte hier vor allem die veränderte ÄrztIn-PatientInnen-Beziehung, wobei ihm aufgefallen war, dass das früher so respektvolle Bild von der Ärzteschaft verschwunden war und sich nun viel mehr Diskussionspotential bietet, was nicht selten zu Stress bei den ÄrztInnen führt (vgl. Interview Dr. Zeisler: 916-950).

(N)ach 25 Jahren kommt man darauf, dass das eigentlich schwieriger und komplizierter wird und auch mühsamer, muss man ehrlicherweise sagen, ja? (...) Weil der forensische Druck einfach irrsinnig zugenommen hat, ja? (...) Patientenanwaltschaft, Gericht, Gutachten, also explosionsartig hat das zugenommen. (...) Weil es interessanterweise ja zwar immer eine Anlaufstelle gibt, wo sich der Patient ja über einen Arzt beschweren kann, (...) aber umgekehrt nicht, muss man sagen! (...) Weil wo kann ich mich als Arzt über einen Patienten beschweren? (Interview Dr. Zeisler: 964-992)

Dr. Vogel hingegen bemängelte das Verschwinden des Bildes des alten Hausarztes, welcher seine PatientInnen noch eingehend kannte und bei allen Problemen Ansprechpartner war und bedauerte die heutzutage starke Beeinflussung der ÄrztInnen durch die Pharmaindustrie und

dass man ständig fürchten müsse, wegen minimaler Meinungsverschiedenheiten von PatientInnen verlassen oder gar verklagt zu werden (vgl. Interview Dr. Vogel: 2959-3076).

Eine generelle Veränderung im Berufsbild der Schulmediziner war somit allen Befragten aufgefallen. Am Häufigsten wurde dies an dem Verschwinden des Images vom „Gott in Weiß“, welches mit einem generellen Respektverlust gegenüber dem medizinischen Personal einherzugehen scheint, der vermehrten Konfrontation mit medizinisch selbst sehr hoch (aber nicht immer gut) informierten PatientInnen und deren dezidiert ausgesprochenen Wünschen und Forderungen fest gemacht. Die Veränderung im medizinischen Handeln und damit auch in der Ausbildung durch den vermehrten Einsatz von technischen Gerätschaften und der Verringerung des direkten körperlichen Kontakts mit den PatientInnen zur Diagnose wurde von einigen stark bemängelt, da es auch starken Einfluss auf die veränderte ÄrztIn-PatientInnen-Beziehung hat.

Auch ein Anstieg des Interesses an komplementärmedizinischen Methoden wurde von vielen StudentInnen bemerkt, wobei die InterviewpartnerInnen angaben, einen geringeren Druck dahingehend zu spüren, eine Zusatzausbildung absolvieren zu müssen, als die StudentInnen, die den Fragebogen ausgefüllt hatten.

6.11 Das persönliche Bild von der beruflichen Identität der Befragten

Bei der Frage nach ihrem persönlichen Bild von ihrer beruflichen Identität und ihrem generellen Bild von einem guten Mediziner kamen ganz unterschiedliche Antworten von den Befragten. Natürlich wurde ein Hauptaugenmerk auf das Heilen von Krankheiten bei den PatientInnen gelegt, was dem eigentlichen Berufsbild der Mediziner entspricht. Ivan gab allerdings zu bedenken, dass auch noch andere Parameter zum Tragen kommen können:

Ich finde, es gibt sehr viele Gründe, Medizin zu studieren und ob das jetzt das Geld ist, oder das Menschenheilen, oder das Statussymbol, oder das mit dem "Arzt im Dienst" Schild überall parken, was bestimmt auch für einige eine Motivation ist, ja? Alleine schon die unterschiedlichen Motivationen ändern dann für jeden persönlich die Rolle, die er später ausüben wird und seiner Meinung nach ausüben muss, ja? (Interview Ivan: 144-148)

Gabriela und Helga empfanden es als besonders wichtig, eine Vermittlerposition einzunehmen, um den Menschen, mit denen sie Kontakt haben, die Begriffe von Gesundheit und Krankheit und deren mannigfaltige Bedeutung näher zu bringen.

Von einigen der Befragten wurde aber auch ein starker Fokus auf die prinzipielle

Auseinandersetzung mit den PatientInnen gelegt, auf ihre Begleitung und Unterstützung in schwierigen Lebenslagen. So steht es schließlich auch über dem Eingang des Wiener Allgemeinen Krankenhauses geschrieben – „Zur Heilung und zum Trost der Kranken“.

Auch die eingehende PatientInneninformation über sämtliche Behandlungsmöglichkeiten und Prognosen wurde als bedeutsames Kernelement der ärztlichen Tätigkeit genannt. In dem Zusammenhang spielt auch die stetige Weiterbildung zur Kompetenzsicherung eine wichtige Rolle, ebenso wie das Ernst nehmen eines/einer jeden PatientIn und seiner/ihrer spezifischen Probleme und Beschwerden, mögen sie auch noch so klein erscheinen.

Die generelle Beraterfunktion in allen Lebenslagen, die PatientInnen beschäftigen können, wurde ebenfalls mehrfach angesprochen. Helga sagte dazu:

(W)as ich wichtig finde, ist, dass er nicht sanktioniert, (...) dass er nicht einfach nur sagt, ja, das und das dürfen sie nicht und das und das müssen sie, sondern einfach individuell auf den Menschen eingeht und in allen seinen psychischen und körperlichen Beschwerden und irgendwie möglichst versucht, ein Wegbegleiter zur Gesundheit zu sein. (Helga: Interview Gabriela und Helga 2: 3424-3427)

Ein weiterer wichtiger Punkt scheint also die partnerschaftliche, nicht wertende Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu sein, ebenso wie die Empathie, wie Elisabeth es formulierte:

(I)ch glaube, der gute Arzt (...) kann gut auf den Patienten eingehen, kann sich ein bisschen mehr einfühlen oder lässt sich auf das ein, macht seinen Job gern. Und ich glaube im Endeffekt wird er dann auch mehr bewirken und besser helfen können, als wenn er wirklich nur sagt ... okay, ich mache nach Leitfaden XY, mache ich das runter, ich habe alles richtig gemacht und man kann mich nicht verklagen. Das hat zwar nichts genützt aber es kann vorkommen. Nächster. Also, das ist halt der Unterschied, sage ich jetzt einmal. (Interview Elisabeth: 1435-1442)

Demnach spielt auch die eigene Einstellung der ÄrztInnen eine wichtige Rolle, denn nur wer auf die PatientInnen eingeht, kann ihnen das Gefühl geben, dass sie ernst genommen werden, was der Beziehung wiederum mehr Tiefe verleiht und das Vertrauen fördert. Ivan hingegen fasste so zusammen, was einen guten Mediziner für ihn ausmacht:

Motivation und Disziplin. (...) Er braucht die Motivation, um etwas zu wollen, und die Disziplin, um das, was er will, durchzuziehen. (...) Alle anderen Sachen kann man irgendwie darauf zurückführen. (...) Empathie ist auch nicht für alle Fächer wichtig. Ein empathischer Pathologe interessiert kein Schwein. Ein nicht empathischer Allgemeinmediziner wird keine Patienten kriegen (...) Und deshalb möchte ich auch diese typischen ärztlichen Qualitäten wie das heilen wollen und die Empathie und ein Interesse am Menschen und sonst etwas gar nicht auflisten, sondern das eben wirklich nur auf die Motivation und die Disziplin beschränken. Was meiner Meinung nach die Grundqualitäten dahinter sind, mit denen man eigentlich alles erreichen kann. (Interview Ivan: 150-159)

Folglich sind also Qualitäten wie Motivation und Disziplin für den ärztlichen Beruf ebenso

unerlässlich. Felipa fasste alle Punkte meiner Meinung nach am Besten zusammen:

Erstens, man sollte Medizin mit Kopf betreiben, zweitens mit Hand und drittens mit Herz. (...) er sollte Wissen haben, über das, was er tut, er sollte sich fortbilden, er sollte kompetent sein, er sollte genügend Hintergrundwissen haben, von seinem Job, was er macht. Bevor er irgendwas tut. Oder während er das tut, zumindest, sollte er das lernen. (...) er sollte Fähigkeiten mit der Hand haben, am Patienten zu agieren, er sollte Gefühl mit seinen Händen haben, wie man mit Patienten umgeht, vom körperlichen Kontakt, was zu nahe ist, was weit genug ist. Er sollte Respekt vor (...) der Privatsphäre des Patienten haben, auch im Bezug auf die Weite, in der er sich ihm nähert. (...) Und er sollte Herz dabei haben. Er sollte seinen Patienten verstehen, er sollte sich Zeit nehmen können, das sollte auch vom System irgendwie gefordert werden oder gefördert werden, dass das möglich ist, weil das ist heutzutage nicht möglich, weil die Zeit zu gering ist. Er sollte sich einfühlen können und ich glaube, dass viele Dinge, gerade in diesem Bezug Herz, sehr schwierig zu lernen sind, ich glaube, dass es da sehr viel auch auf die Persönlichkeit ankommt und auch die psychische Einstellung seinem Beruf gegenüber. Und ich finde, man sollte auch lebenslang, nämlich wirklich den inneren Wunsch haben oder die intrinsische Motivation haben, sich weiterzubilden und nicht nur von extern dazu gezwungen werden. Also eine gewisse Faszination sollte man sich, glaube ich, schon beibehalten. In seinem Beruf. (...) Den Patienten so zu betreuen, dass er sich aufgehoben fühlt. Ihm ein gewisses Gefühl von Sicherheit zu geben. Ihn auch aufzuklären, wenn es nicht weitergeht (...) ehrlich zu sein, einfach, zum Patienten. Er sollte ermöglichen, seine Gesundheit entweder präventiv zu erhalten oder therapeutisch zu verbessern oder seine Lebensqualität zu verbessern (...) wenn man seine Gesundheit therapeutisch nicht mehr verbessern kann. (...) Das ist meiner Meinung nach die Aufgabe eines Arztes. Weil der Arzt ist eine Ansprechperson für einen Kranken oder zumindest in seinen täglichen Aufgaben behinderten Menschen. (Interview Felipa: 1402-1444)

Ihrer Meinung nach spielen nicht nur das reine Wissen und die handwerklichen Fähigkeiten eine tragende Rolle, sondern vor allem auch soziale Grundqualitäten wie ein Gefühl für Privatsphäre. In gewisser Weise sind selbstverständlich auch das innere Interesse an der Medizin und die Liebe zum Beruf äußerst wichtige Grundvoraussetzungen dafür, ein guter Mediziner zu sein, sie werden allerdings nicht so häufig genannt wie Einfühlungsvermögen oder der Wunsch danach, Menschen zu heilen.

Im Fragebogen wurde auf die, qualitativ zu beantwortende Frage nach dem, was einen guten Mediziner ausmacht, am Häufigsten folgendes geantwortet: eine gute Ausbildung, offen sein für alle Möglichkeiten, Menschen unterstützen, alle Möglichkeiten aufzeigen, Verantwortungsbewusstsein, Empathie, der Mensch sollte bei der Behandlung im Vordergrund stehen, man sollte die Menschen ganzheitlich sehen, man sollte Menschen heilen, andere Methoden lernen und die Wichtigkeit von Gesprächen erkennen.

Dr. Zeisler sah seine Hauptaufgabe nach wie vor darin, Menschen zu helfen. Dr. Vogel beleuchtete seine Auffassung seines Berufes genauer:

Also ich sehe mich quasi als (...)Arzt für Allgemeinmedizin, ja? Oder noch viel eher sehe ich mich quasi als Familienarzt (...) ein Arzt, der versucht, Menschen bio-psycho-sozio-kulturell, in Entwicklung wahrzunehmen, auf einem Kontinuum zwischen gesund und krank, mit einem

Fokus drauf, zu schauen, okay, wo ... ist dieser Mensch weg, wo ist dieser Mensch in Richtung Krankheit, verschoben, ja? Oder auf dem Weg dahin? Und dann möglichst mit den Menschen gemeinsam, möglichst nachhaltige Perspektiven zu entwickeln in Richtung nachhaltiger Gesundheit, beziehungsweise auch prophylaktisch tätig zu sein im Sinne von da, wo sich Krankheit vermeiden lässt, aber die Gefahr besteht, dass es in Richtung Krankheit geht (...) das heißt, ich fühle mich für alle körperlichen Beschwerden zuständig, für alles, was psychische Krankheiten oder Beschwerden sind, ich fühle mich zuständig für das, was in der sozialen Interaktion, im Außen ein Problem gibt, im Sinn von, entweder wirklich Beschwerden verursachend oder einem glücklichen, gesunden Leben im Weg stehend, ja? (...) Und kulturell im Sinne von Umgang mit der Umwelt, Erleben der Umwelt, und insofern das ein Problem ist, oder auf dem Weg dahin ist, eines zu werden. (...) Mit der Perspektive nachhaltiger Gesundheit. (Interview Dr. Vogel: 3101-3141)

Demnach ist das Bild der ÄrztInnen als qualifizierte und am Menschen interessierte AnsprechpartnerInnen und Begleiter auf dem Weg zur Gesundheit auf jeden Fall mit eines der wichtigsten, die zur Konstruktion der beruflichen Identität beitragen können. Das Interesse sollte nicht nur darin liegen, Krankheiten zu besiegen, sondern Menschen in allen Lebenslagen zu unterstützen und zu helfen.

Die Frage nach der Imagination der beruflichen Identität der Befragten lässt sich keinesfalls einheitlich beantworten, da jene auch im starken Zusammenhang mit den unterschiedlichen Berufsvorstellungen aufgrund der persönlichen Motivation zum Medizinstudium und der geplanten beruflichen Laufbahn steht.

Ausschlaggebend für die Konstruktion der eigenen beruflichen Identität sind im Fall meiner Befragten vorwiegend der Wunsch danach, Menschen zu helfen und generell zu unterstützen, eine ganzheitliche Sichtweise auf die PatientInnen und das Erkennen der Importanz des zwischenmenschlichen Kontaktes und der Empathie im Heilungsprozess und in der Vorsorge, das Eingehen auf und Ernstnehmen eines/einer jeden PatientIn, ein hoher Wissensstand in (auch komplementär-) medizinischen Belangen um eine umfangreiche Beratung und Behandlung garantieren zu können und schlussendlich Werkzeuge wie Motivation und Disziplin.

6.12 Die Veränderlichkeit des Begriffes Komplementärmedizin

Ich möchte hier einige weitere, wichtigen Erkenntnisse, die ich während der Interviews, beziehungsweise während derer Auswertungen erlangen konnte, besprechen.

Dazu gehört beispielsweise die Tatsache, dass mir auch die von mir befragten StudentInnen keine einheitliche Definition von Komplementärmedizin oder den ihr zugehörigen Methoden nennen konnten. Vor allem beim Thema Hypnose bekam ich durchwegs unterschiedliche

Antworten auf meine Frage, ob diese Methode zur Komplementärmedizin zugehörig sei oder nicht. Bei den meisten der StudentInnen kam es mir allerdings auch so vor, als hätten sie sich noch nie zuvor mit dieser Frage auseinandergesetzt. Davon ausgehend meinte Gabriela:

Die Frage ist, ob es eine klare Abgrenzung überhaupt braucht? Also ob man nicht einfach sagen kann, gut, alles was dem Menschen irgendwie etwas Gutes tut und ihm hilft, aus gewissen Krankheitszuständen und die mögen jetzt irgendwie bio-psycho-sozial sein heraus zu helfen, alles das ist Therapie und sei das jetzt medikamentöse Therapie oder körperliche Therapie oder was auch immer ... (Gabriela: Interview Gabriela und Helga 2: 207-210)

Demnach scheint der Fokus der StudentInnen eher darauf zu liegen, herauszufinden, welche Methoden PatientInnen effektiv helfen können und nicht darauf, wie man jene kategorisieren kann. Bei den Interviews stellte sich heraus, dass jede/r Befragte, wenn er oder sie sich bereits Gedanken zu diesem Thema gemacht hatte, zu einer ganz eigenen Definition gekommen war, deren Grenzen an ganz unterschiedlichen Punkten gezogen wurden. Niemand gab mir auf diese Frage eine Antwort, die man auch in einem Lexikon hätte finden können, bei den meisten herrschte eher Verwirrung angesichts vieler erwähnter Methoden. Für manche gehörte die Hypnose bereits in den psychotherapeutischen Bereich, andere sahen sie fest verankert im Kanon des medizinischen Wissens. Für wiederum andere bewegten sich Hypnotiseure auf einer schon fast esoterischen Schiene.

Auch Dr. Vogel meinte:

Ja, ich denke, Hypnose bewegt sich an der Grenze zwischen, zwischen Psychotherapie und Komplementärmedizin (...) wobei es für mich irgendwie nicht wichtig ist, in welcher Schublade sortiere ich es jetzt ein, ja? (...) Das ist für mich nicht so die entscheidende Frage. (Interview Dr. Vogel: 1806-1816)

Ein weiterer wichtiger Punkt, der in diesem Zusammenhang angesprochen wurde, war jener der Definitionsveränderlichkeit. Elisabeth meinte dazu:

Vor allem, ich glaube, die Sachen, die eben schon viel angewandt werden, auch in den Spitälern und in den Praxen, das sehen dann viele gar nicht mehr so als ... ich mache jetzt etwas Komplementärmedizinisches oder ... ist für die das vielleicht zu negativ behaftet, weil halt dann irgendwer behaupten könnte, na, das wirkt ja alles nicht oder das ist halt nur für bestimmte Leute oder so. (Interview Elisabeth: 654-657)

In dieser Aussage sehe ich ein exzellentes Beispiel dafür, wie die Veränderung von Einstellungen gegenüber komplementärmedizinischen Methoden und eine damit einhergehende Veränderung der Definition von Komplementärmedizin an sich auch von angehenden MedizinerInnen wahrgenommen wird. Damit schließt für mich hier der Kreis zu meinen Ergebnissen in der Literaturforschung und ich möchte nochmals klarstellen, dass meiner Meinung nach keine einheitliche, weltübergreifende Definition von

Komplementärmedizin und ihren Methoden möglich ist, da jede örtliche und zeitliche Veränderung, sowie jeder individuelle Blickwinkel In- und Exklusionen berechtigterweise verändern kann.

7. Conclusio

Die Grundlage des medizinischen Wissens der zukünftigen Ärzte und Ärztinnen Österreichs wird unter anderem an der Medizinischen Universität Wien gelegt. Bedauerlich für die StudentInnen ist, dass hierbei komplementärmedizinischen Methoden im Pflichtcurriculum sehr wenig Raum gegeben wird, da mittlerweile eine erhöhte Forderung von Seiten der PatientInnen nach AbsolventInnen komplementärmedizinischer Zusatzausbildungen besteht. Dass die limitierte Stundenzahl an Grundlagenwissen über Komplementärmedizin auch von den StudentInnen kritisiert wird, was bereits Pochendorfer in ihrer Studie 2010 feststellen konnte (vgl. Pochendorfer 2010: 43ff), konnte durch meine Ergebnisse bestätigt werden. Zudem wurde von einigen StudentInnen die Qualität der Vorträge im Pflichtcurriculum kritisiert.

Auch ein Bedarf an zusätzlichen, beziehungsweise vertiefenden Lehrveranstaltungsangeboten ist von Seiten der StudentInnen vorhanden. Ein Besuch der existierenden Wahlfächer zu Akupunktur, Homöopathie und Hypnose ist durchaus dazu in der Lage, die Einstellung der teilnehmenden StudentInnen vorwiegend dahingehend zu verändern, dass sie mehr Respekt gegenüber dem Umfang der einzelnen Methoden gewinnen und damit verbunden auch ein erhöhtes Verantwortungsbewusstsein bei deren Einsatz entwickeln. Dies ist meiner Meinung nach als ein begrüßenswerter Effekt zu werten, da nur ein gut ausgebildeter und umsichtiger Mediziner seine Rolle in der Gesellschaft zur Gänze erfüllen kann. Nicht selten verlassen die TeilnehmerInnen auch mit einer erhöhten Skepsis die Lehrveranstaltungen, was die MitgestalterInnen jener aber durchaus begrüßen, weil es ihnen weniger um Werbung für ihre erwählte Methode, als um die generelle Information der StudentInnen geht und sie deshalb auch kritische Stimmen in ihren Lehrveranstaltungen begrüßen. Schließlich kritisierten bereits Velmirovic und Raab den partiell sehr geringen Wissensstand der MedizinstudentInnen Komplementärmedizin betreffend, welchen sie darauf zurückführten, dass auch ihre Befragten zu wenig Informationen während ihres Studiums erhalten haben (Velmirovic/Raab 1990: 140).

Gründe für die Teilnahme an einer Lehrveranstaltung zur Komplementärmedizin sind vorwiegend persönliches Interesse an der Methode, beziehungsweise daran, sie später praktizieren zu können, demnach spielt auch der finanzielle Anreiz eine große Rolle. Bisherige Erfahrungen mit komplementärmedizinischen Methoden im familiären und persönlichen Umfeld können bei der Wahl einer Lehrveranstaltung ebenso bedeutend sein, wie auch die Empfehlung von MitstudentInnen oder die Möglichkeit, einfach an

Wahlfachstunden zu kommen, was einen zusätzlichen Reiz ausmacht. Aber auch das Gefühl, dass die schulmedizinische Ausbildung nicht umfassend und ganzheitlich genug ist und der Wunsch nach dem Erwerb von Zusatzqualifikationen, vor allem im Umgang mit PatientInnen, welche an der Medizinischen Universität Wien als solches nicht gelehrt werden, können ausschlaggebend für die Entscheidung sein. StudentInnen besuchen oft nicht nur eine, sondern gleich mehrere dieser Wahlfächer, sofern es ihre zeitlichen Ressourcen erlauben, da es nicht immer einfach ist, jene Lehrveranstaltungen mit dem straffen Pflichtcurriculum in Einklang zu bringen. Auch Furnham und McGill haben in ihrer Studie ähnliche Erfahrungen gemacht und haben aus dem - nach dem ersten komplementärmedizinischen Kursus bei den meisten Befragten angestiegenen - Interesse an weiteren Besuchen gefolgert, dass jene Lehrveranstaltungen die generell positive Einstellung der StudentInnen förderte und deshalb zu einem wichtigen Bestandteil der medizinischen Grundausbildung werden würde (vgl. Furnham/McGill 2003). Prinzipiell waren die meisten meiner Befragten zufrieden mit dem Inhalt und Verlauf der einzelnen Wahlfächer.

Das Wissen über Ärztekammerdiplome und postgraduale Universitätslehrgänge zur Komplementärmedizin war bei den meisten StudentInnen – mitunter auch durch die Wahlfächer – gegeben, allerdings wurden große Zweifel deren Qualität betreffend mehrfach erwähnt. Nichtsdestotrotz konnten sich über die Hälfte meiner Befragten eine zusätzliche postgraduale Ausbildung in einem komplementärmedizinischen Fach vorstellen, um gegenüber den PatientInnen eine Bestätigung für ihr Können vorweisen zu können. Die Bereitschaft dazu schien sich zwar durch den Besuch eines Wahlfaches zum Thema etwas zu erhöhen, jedoch gehe ich davon aus, dass die meisten StudentInnen, die das in Erwägung zogen, bereits vorher dem gegenüber nicht abgeneigt waren. Auch hier wurde die derzeit recht geringe Auswahl an hochwertigen komplementärmedizinischen Zusatzausbildungsmöglichkeiten in Österreich bemängelt.

Das generelle Vertrauen in Komplementärmedizin ist nicht wägbare, da sich große Unterschiede zwischen den Methoden zeigen. So zählen Akupunktur und die traditionell chinesische Medizin zu jenen Medizinsystemen, denen viel Vertrauen geschenkt wird, im Vergleich zu ähnlich populären Methoden wie der Homöopathie. Auch variiert das Vertrauen in einzelne Therapien je nach dem/der AnwenderIn. Generell als wirksamer eingestuft werden vorwiegend sehr alte Medizinsysteme, die bereits seit langer Zeit erfolgreich praktiziert werden und ein breites, logisch erfassbares Hintergrundwissen bieten. Eine weitere wichtige Rolle spielt die therapeutische Inszenierung der Therapie. So werden Methoden, die sich

invasiver Techniken, wie dem Stechen einer Nadel oder dem Einsatz einer Spritze bedienen, meist positiver bewertet als jene, bei denen nicht mit speziellen Gerätschaften direkt am Körper der PatientInnen gearbeitet wird. Zudem werden Methoden, die nicht so gut bekannt sind, wie beispielsweise die tibetische Medizin, schlechter bewertet als solche, von denen man sich bereits ein Bild machen konnte.

Die Information über das breite Spektrum komplementärmedizinischer Methoden sollte eigentlich durch die Medizinische Universität Wien geschehen, da dies die erste Ausbildungsstelle der zukünftigen Mediziner ist. Dort jedoch wurde der Stellenwert von Komplementärmedizin von meinen Befragten als niedrig angegeben, was an der prinzipiellen Ausrichtung des Wiener Allgemeinen Krankenhauses auf den Lehrbetrieb und die allgemeinmedizinische Versorgung vorwiegend von KassenpatientInnen liegen könnte. Die generelle Einstellung des medizinischen Personals an diesem Krankenhaus und in anderen Ausbildungsstätten ist schwer ermittelbar, da jene sich je nach Methode stark unterscheidet. Ebenso verhält es sich bei den in Österreich praktizierenden MedizinerInnen und StudentInnen. Akupunktur beispielsweise wird größtenteils als eine sehr potente und vertrauenswürdige Methode gesehen, während die Homöopathie nach wie vor bei manchen Menschen auf massive Ablehnung und Verachtung stößt.

Die Behandlung mit komplementärmedizinischen Methoden in österreichischen Krankenhäusern, sowie die Kostenübernahme jener durch die Krankenkasse wurden größtenteils befürwortet, jedoch wurde in beiden Fällen eine große Problematik hinsichtlich der Durchführung eines solchen Projektes unter den jetzigen Umständen des österreichischen Gesundheitssystems erwähnt. Auch zur Sprache kam die Annahme vieler, dass komplementärmedizinische Methoden eine große Potenz in der Gesundheitsvorsorge zukommen würde, was im Endeffekt zu einer großen Kostenersparnis für das Gesundheitssystem führen könnte, sollte die Integration gelingen. Die Mehrheit der Befragten sprach sich auf jeden Fall für eine Kostenangleichung von Schul- und Komplementärmedizin aus, um einer Zwei-Klassen-Medizin entgegenzuwirken.

Das Berufsbild der Schulmediziner hatte sich, der Meinung der StudentInnen nach, vor allem dahingehend gewandelt, dass die Vorstellung von den „Göttern in Weiß“ durch einen Respektverlust gegenüber dem medizinischen Personal abgelöst worden war. Dies ist vor allem auf die zunehmende Selbst- und teilweise Fehlinformation der PatientInnen durch Literatur und Internet zurückzuführen, welche sie wiederum dazu bringt, vermehrt Wünsche und dezidierte Forderungen zu äußern, welche für Diskussion sorgen können. Zudem

verändert sich das Verständnis von Gesundheit und Krankheit stetig, ebenso wie die Medizin sich immer weiter zu einer Maschinenteknologie hin entwickelt, bei der alte, händische Diagnosemethoden in der Ausbildung kaum mehr gefragt sind. Das hat selbstverständlich Auswirkungen auf die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen.

Das vermehrte Interesse an komplementärmedizinischen Behandlungen seitens ihrer zukünftigen Kundschaft ist den StudentInnen durchaus aufgefallen, jedoch spüren nur wenige wirklich einen Druck dahingehend, Zusatzausbildungsmöglichkeiten in dieser Richtung in Anspruch nehmen zu müssen, um ihrem Berufsbild gerecht werden zu können. Am höchsten sind die Anforderungen im Bereich der Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Kinderheilkunde, wo ein komplementärmedizinisches Zusatzzertifikat mittlerweile fast schon gang und gäbe ist und die PatientInnen ihre ÄrztInnen zum Teil auch wegen ihrer Diplome auswählen, selbst wenn sie die dazugehörigen Therapien gar nicht in Anspruch nehmen. Zumindest das Wissen über mögliche Behandlungsvarianten, vor allem komplementärmedizinischer Art, sind allerdings in fast allen Bereichen mit verbalem PatientInnenkontakt gefordert.

Auf welcher Basis die StudentInnen der Medizinischen Universität Wien ihre persönliche berufliche Identität konstruieren, ist von Fall zu Fall unterschiedlich. Natürlich sind ausschlaggebende Faktoren hierfür auch die geplante berufliche Laufbahn und der persönliche Grund für die Wahl des Medizinstudiums, der bei jedem/jeder andere sein können, in meiner Forschung aber leider nicht abgefragt werden konnte, da dies wiederum eine eigene Forschungsstruktur verlangt und das Ausmaß meiner Arbeit schlicht gesprengt hätte. Die meist genannten Faktoren, die bei der Identitätskonstruktion eine wichtige Rolle spielen, sind der generelle Wunsch danach, Menschen zu helfen und sie in unterschiedlichen Lebenslagen so gut als möglich zu unterstützen, was die Platzierung des Menschen und nicht der Krankheit im Vordergrund voraussetzt. Auch die Wichtigkeit des zwischenmenschlichen Kontaktes und der Empathie, welche zwischen Mediziner und PatientIn herrschen sollte, wurde von vielen Befragten hervorgehoben. Eine gute Aus- und stetige Weiterbildung erschien ihnen ebenso wichtig wie ein generelles Grundwissen in allen Therapiebereichen, da nur so eine umfassende Beratung, Behandlung beziehungsweise Weiterverweisung erfolgen kann.

Meine Forschungsfragen lassen sich also in Kürze folgendermaßen beantworten: Erfahrungen mit komplementärmedizinischen Methoden haben definitiv einen Einfluss auf die Konstruktion der Berufsidentität von StudentInnen der Schulmedizin, auch wenn diese sich manchmal eher in einem veränderten Blickwinkel auf schul- und komplementärmedizinische

Methoden manifestieren, als in einer sofortigen Adaption der Methode, über die sie sich informiert haben. Zwar ist ein Anstieg der Forderung nach komplementärmedizinischen Zusatzausbildungen von Seiten der PatientInnen für alle StudentInnen deutlich spürbar, allerdings sind die Gründe des Identitätswandels in den letzten Jahrzehnten eher im technologischen Fortschritt und dessen Auswirkungen auf die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu suchen. Der Vertrauensverlust, bedingt durch teils falsche Selbstinformation der PatientInnen über die Medien, schwächt die früher so starke Verbindung zu den MedizinerInnen und den Glauben an ihr umfangreiches Wissen, was auf beiden Seiten zu einer starken Entfremdung führt und das Gesundheitssystem wesentlich mehr belastet, als der für die StudentInnen minimal spürbare Druck, komplementärmedizinische Zusatzausbildungen in Anspruch nehmen zu müssen, wenn sie in bestimmten Fachbereichen Fuß fassen wollen. Köntopp folgend bedingt der Vertrauensverlust bei den PatientInnen auch den Wunsch, eher auf alte und natürliche Heilweisen zurückzugreifen, als auf das dominante Gesundheitssystem, womit sich der Kreis schließt (vgl. Köntopp 2004: 45).

Aus anthropologischer Sicht interessant ist vor allem der Einfluss der Medikalisierung auf die Konstruktion der beruflichen Identität von ÄrztInnen und die Veränderung in der Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Den Ergebnissen meiner Forschung entsprechend möchte ich mich dafür aussprechen, zugunsten der StudentInnen das Angebot an komplementärmedizinischen Lehrveranstaltungen außerhalb sowie innerhalb des Pflichtcurriculums zu erhöhen, um gewährleisten zu können, dass sie später in der Lage sind, ihre PatientInnen umfangreich beraten und therapieren zu können, wie auch schon die Leiter eines komplementärmedizinischen Seminars an der Medizinischen Universität Wien bemerkten:

Dabei geht es nicht so sehr um die Anregung zum Erlernen einer Methode, sondern um die Vermittlung eines Basiswissens und der den Methoden zu Grunde liegenden Sichtweisen, ohne die der Arzt heute nicht mehr auf die Bedürfnisse seiner Patienten eingehen kann (Frass 2004: 5).

Ich möchte damit schließen, dass sich meiner Meinung nach das Bild des Mediziners in unserer Gesellschaft nach wie vor im Wandel befindet, ich jedoch große Chancen durch die Integration verschiedener Methoden in unser Gesundheitssystem sehe und mir erhoffe, dass der Dialog zwischen den verschiedenen Medizinsystemen weiterhin ein sich gegenseitig befruchtender bleibt.

Literaturliste

- Altmann, Susanne. 2009. Alternativmedizin und ihre Akzeptanz in der Gesellschaft. Dissertation. Wien. Universität Wien. Fakultät für Sozialwissenschaften.
- Bartik, Sabine. 2002. Sozial-, Gesundheits- und Berufsrechtliche Aspekte der Komplementärmedizin in Österreich und Deutschland. Dissertation. Salzburg. Universität Salzburg. Rechtswissenschaftliche Fakultät.
- Bock, Klaus D. 1993. Wissenschaftliche und alternative Medizin. Paradigmen – Praxis – Perspektiven. Springer-Verlag. Berlin und Heidelberg. Deutschland
- Brockhaus alternative Medizin. 2008. F.A. Brockhaus. Mannheim.
- Cant, Sarah und Ursula Sharma. 1999. A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state. UCL Press. London.
- Cohen, Anthony P. (Hrsg.). 2000. Signifying Identities. Anthropological perspectives on boundaries and contested values. Routledge. London.
- Conrad, Peter. 2007. The medicalization of society. On the transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. The John Hopkins University Press. Baltimore.
- Emberger, H., F. Wallner. 2008. Ärztegesetz mit Kommentar. 2. Auflage. Verlagshaus der Ärzte GmbH. Wien.
- Engelhart, Karlheinz. 2007. Das Arzt-Patient-Verhältnis im Wandel der Zeit. Die Perspektive eines Allgemeininternisten. In: Perspektiven einer zukünftigen Medizin und eines sich wandelnden Arztbildes. Engelhart, Monika, Claudia Weise und Roland Mertelsmann (Hrsg.). 2007. Rombach Verlag. Germany.
- Frass, Michael, Manfred Maier und Ana Reiter (Hrsg.). 2004. Grundlagen und Praxis komplementärmedizinischer Methoden. Facultas. Wien.
- Foucault, Michel. 1976. Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Anthropologie – herausgegeben von Wolf Lepenies und Henning Ritter. Verlag Ullstein GmbH. Frankfurt/M – Berlin – Wien. München.
- Furnham, Adrian und Clare McGill. 2003. Medical Students' Attitudes About Complementary and Alternative Medicine. In: The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 9 – 2. S 275-284

Goldstein, Michael S. 1999. *Alternative Health Care. Medicine, Miracle, or Mirage?* Temple University Press. Philadelphia.

Hommel, Hubertus R. 2007. *Propädeutik der Komplementärmedizin. Kulturspezifische & Ethnotypische Verfahren: Traditionell Europäische Medizin (TEM).* Wissenschaftlicher Aufsatz. Grin Verlag. Norderstedt.

Illich, Ivan. 2007[1977]. *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens.* Verlag C. H. Beck. Nördlingen.

Jütte, Robert. 1996. *Geschichte der Alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute.* Beck. München.

Köntopp, Sabine. 2004. *Wer nutzt Komplementärmedizin? Theorie. Empirie. Prognose.* KVC Verlag – Karl und Veronica Carstens-Stiftung. Essen.

Lock, Margaret und Vinh-Kim Nguyen. 2010. *An Anthropology of Biomedicine.* Wiley-Blackwell, John Wiley & Sons Ltd. Singapore.

Lucae, Christian, Lisa Eckhard und Toni Morak. 2007. *Grundlagen der klassischen Homöopathie. Vorlesungsskriptum.* SIH. Wien.

Lupton, Deborah. 1997. *Foucault and the medicalisation critique.* In: Petersen, Alan, Robin Bunton. *Foucault, Health and Medicine.* Routledge. London.

Maynard, Kent (Hrsg.). 2007. *Medical Identities. Health, Well-being and Personhood.* Berghahn Books. United States.

Mayring, Philipp. 2002. *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken.* Beltz Verlag. Weinheim und Basel.

Monckton, J., B. Belicza, W. Betz, H. Engelbart und M. van Wasserhoven (Hrsg.). 1998. *COST Action B4 – Unconventional Medicine. Final Report of the Management Committee 1993-98.* Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.

Nissel, Helmus und Elisabeth Schiner. 2000. *Akupunktur. Eine Regulationstherapie.* Facultas Universitätsverlag. Wien.

Pochendorfer, Christa. 2010. *Bekanntheitsgrad und Beurteilung komplementärmedizinischer Methoden bei Studierenden der Medizin in Wien.* Diplomarbeit. Wien. Abteilung für Epidemiologie des Zentrums für Public Health.

Princic, Lisa. 2010. Möglichkeiten und Grenzen einer gesetzlichen Regelung der Alternativmedizin. Dissertation. Graz. Institut für Rechtsphilosophie, Rechtssoziologie und Rechtsinformatik.

Rampes, Hagen, Fiona Sharples, Sarah Maragh und Peter Fisher. 1997. Introducing complementary medicine into the medical curriculum. In: Journal of the Royal Society of Medicine. 90 – 1. S 19-22

Ross, Anamaria Iosif. 2012. The Anthropology of Alternative Medicine. MPG Books Group. UK.

Schmidhuber, Martina. 2010. Der Prozess personaler Identitätsbildung und die Rolle von Institutionen. Eine philosophisch-anthropologische Untersuchung. Lit Verlag GmbH & Co. KG. Wien.

Springer Lexikon Medizin. 2004. Springer-Verlag. Germany.

Strauss, Anselm und Juliet Corbin. 1996. Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Psychologie Verlags Union. Weinheim.

Van Eeuwijk, Peter. 2010. Der Ansatz des <Medizinischen Pluralismus> in Zeiten der Globalisierung: eine medizinethnologische Perspektive. In: Ausfeld-Hafter, Brigitte und Florica Marian (Hrsg.). 2010. Pluralismus im Gesundheitswesen. Komplementäre Medizin im interdisziplinären Diskurs. Peter Lang AG. Bern.

Velmirovic, B. und S. Raab. 1990. Die Einstellung der Medizinstudenten zu alternativen Heilmethoden. In: Das öffentliche Gesundheitswesen. 52 – 1990. S 136-141

Wiesing, Urban. Wer heilt, hat Recht? Über Pragmatik und Pluralität in der Medizin. 2004. Schattauer GmbH. Stuttgart.

Willich, Stefan N., Susanna Elm. (Hrsg.). Medical Challenges for the New Millenium. 2001. Kluwer Academic Publishers. Netherlands.

World Health Organization. 2001. Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review. Download von: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2943e/1.html#Jh2943e.1> (01.10.2012. 11:00)

Worsley, Peter. 1982. Non-Western Medical Systems. In: Annual Review of Anthropology. 1982 – 11. S 315-348

Internetquellen

URL 1: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/index.html>
(01.10.2012. 11:00)

URL 2: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscaam/> (01.10.2012. 11:00)

URL 3: <http://www.meduniwien.ac.at/hypnose/> (01.10.2012. 11:00)

URL 4: <http://www.meduniwien.ac.at/orgs/index.php?id=294> (01.10.2012. 11:00)

URL 5: <http://www.meduniwien.ac.at/ismed/topmenu1/lehrgang/die-inhalte/aufbau-des-lehrganges/> (01.10.2012. 11:00)

URL 6: <http://www.arztakademie.at/oeaek-diplome-zertifikate-cpds/oeaek-spezialdiplome/>
(01.10.2012. 11:00)

URL 7: <http://www.arztakademie.at/oeaek-diplome-zertifikate-cpds/oeaek-spezialdiplome/homoeopathie/> (01.10.2012. 11:00)

URL 8: <http://www.arztakademie.at/oeaek-diplome-zertifikate-cpds/oeaek-spezialdiplome/diagn-ther-fxmayr/> (01.10.2012. 11:00)

URL 9: <http://www.arztakademie.at/oeaek-diplome-zertifikate-cpds/oeaek-spezialdiplome/neuraltherapie/> (01.10.2012. 11:00)

URL 10: <http://www.arztakademie.at/oeaek-diplome-zertifikate-cpds/oeaek-spezialdiplome/phytotherapie/> (01.10.2012. 11:00)

URL 11: http://www.heilpraktikerausbildung.de/Heilpraktikerausbildung_13_0.html
(01.10.2012. 11:00)

URL 12: Verband anthroposophischer Kliniken e.V.: <http://www.anthro-kliniken.de/d.html>
(01.10.2012. 11:00)

Anhang

Interviews

Experteninterviews

Vogel, Tom. 2011. Persönliches Interview am 19.12.2011. Wien.

Zeisler, Harald. 2012. Persönliches Interview am 11.01.2012. Wien.

Interviews mit StudentInnen

Interview A: Angelika. 2011. Persönliches Interview am 31.05.2011. Wien

Interview B: Birgit. 2011. Persönliches Interview am 21.06.2011. Wien

Interview C: Christina. 2011. Persönliches Interview am 14.09.2011. Wien

Interview D: Denise. 2011. Persönliches Interview am 15.09.2011. Wien

Interview E: Elisabeth. 2011. Persönliches Interview am 22.09.2011. Wien

Interview F: Felipa. 2012. Persönliches Interview am 15.01.2012. Wien

Interview G: Gabriela und Helga 1. 2012. Persönliches Interview am 25.01.2012. Wien

Interview H: Gabriela und Helga 2. 2012. Persönliches Interview am 08.02.2012. Wien

Interview I: Ivan. 2012. Persönliches Interview am 13.06.2012. Wien

Die Namen aller befragten StudentInnen wurden von der Verfasserin geändert.

3. Hast du vor dem Besuch dieser Lehrveranstaltung bereits persönliche Erfahrungen mit Komplementärmedizin sammeln können?

- ☐ Ja (weiter bei Frage 3a)
☐ Nein (weiter bei Frage 4)

3.a Wie positiv oder negativ waren deine Erfahrungen in den folgenden Fachgebieten?

	Sehr positiv	Eher positiv	Eher negativ	Sehr negativ	Keine Erfahrung
Ayurveda	☐	☐	☐	☐	☐
Akupunktur	☐	☐	☐	☐	☐
Bachblütentherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Homöopathie	☐	☐	☐	☐	☐
Hypnose	☐	☐	☐	☐	☐
Traditionelle Chinesische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐
Traditionelle Europäische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐
Tibetische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐
Weitere: _____	☐	☐	☐	☐	☐
Weitere: _____	☐	☐	☐	☐	☐

3.b In welchem Zusammenhang hast du diese Erfahrungen sammeln können?
(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Eigeninitiative
☐ Familiäres Umfeld
☐ Freundeskreis
☐ Universität
☐ Beruf
☐ _____

4. Wurdest du bereits selbst mit komplementärmedizinischen Methoden behandelt?

- ☐ Ja (weiter bei Frage 4a)
☐ Nein (weiter bei Frage 5)

4.a Wenn ja wie erfolgreich oder nicht erfolgreich war die Behandlung auf einer Skala von 1 bis 5?

	Sehr erfolg- reich				Gar nicht erfolg- reich	Keine Erfahr- ung
	1	2	3	4	5	
Ayurveda	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Akupunktur	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bachblütentherapie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Homöopathie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hypnose	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Traditionelle Chinesische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Traditionelle Europäische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tibetische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Weitere:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Weitere:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Wenn nein, welches Bild von Komplementärmedizin wurde dir von deinem Umkreis und/ oder den Medien vermittelt?

☐	☐	☐	☐
Sehr positiv	Eher positiv	Eher negativ	Sehr negativ

6. Wie viel Vertrauen hast du in die Wirksamkeit der folgenden komplementärmedizinischen Methoden?

	Sehr viel	Eher viel	Eher wenig	Sehr wenig	Kenne ich nicht
Ayurveda	☐	☐	☐	☐	☐
Akupunktur	☐	☐	☐	☐	☐
Bachblütentherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Homöopathie	☐	☐	☐	☐	☐
Hypnose	☐	☐	☐	☐	☐
Traditionelle Chinesische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐
Traditionelle Europäische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐
Tibetische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐
Weitere:	☐	☐	☐	☐	☐
Weitere:	☐	☐	☐	☐	☐

7. Welche der folgenden Wahlfächer, die von der MUW angeboten werden, kennst du?

SE Akupunkturtherapie (Anna Spacek)	☐	Kenne ich
	☐	Kenne ich nicht
VO Hypnose in der Frauenheilkunde (Walter Tschugguel)	☐	Kenne ich
	☐	Kenne ich nicht
VO Homöopathie in Geburtshilfe und Frauenheilkunde (Martin Langer)	☐	Kenne ich
	☐	Kenne ich nicht
SE Homöopathie in Geburtshilfe und Frauenheilkunde (Michael Medl)	☐	Kenne ich
	☐	Kenne ich nicht

7.a Auf einer Skala von 1 bis 5, wie hoch oder niedrig ist deine Motivation, die folgenden Wahlfächer in Anspruch zu nehmen?

	Sehr hoch				Sehr niedrig	Habe ich bereits absolviert
	1	2	3	4	5	5
SE Akupunkturtherapie (Anna Spacek)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
VO Hypnose in der Frauenheilkunde (Walter Tschugguel)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
VO Homöopathie in Geburtshilfe und Frauenheilkunde (Martin Langer)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SE Homöopathie in Geburtshilfe und Frauenheilkunde (Michael Medl)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Gibt es deiner Meinung nach zu viele oder zu wenig Wahlfächer an der MUW, die mit Komplementärmedizin zu tun haben?

☐	☐	☐	☐
Zu viele	Genügend	Eher zu wenige	Viel zu wenige

9. Welche der folgenden Zusatzausbildungsmöglichkeiten, die von der MUW und der Ärztekammer Wien unterstützt werden, kennst du?

Offizielles Ärztekammerdiplom für Akupunktur	☐	Kenne ich
	☐	Kenne ich nicht
Offizielles Ärztekammerdiplom für Chinesische Diagnostik und Arzneitherapie	☐	Kenne ich
	☐	Kenne ich nicht
Offizielles Ärztekammerdiplom für Homöopathie	☐	Kenne ich
	☐	Kenne ich nicht
Universitätslehrgang für medizinische Hypnose	☐	Kenne ich
	☐	Kenne ich nicht

9.a Auf einer Skala von 1 bis 5, wie hoch oder niedrig ist deine Motivation, die folgenden Zusatzausbildungsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen?

	Sehr hoch				Sehr niedrig	Absolviere ich bereits
	1	2	3	4	5	5
Offizielles Ärztekammerdiplom für Akupunktur	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Offizielles Ärztekammerdiplom für Chinesische Diagnostik und Arzneitherapie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Offizielles Ärztekammerdiplom für Homöopathie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Universitätslehrgang für medizinische Hypnose	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Gibt es deiner Meinung nach zu viele oder zu wenig Zusatzausbildungsmöglichkeiten, die von der MUW unterstützt werden, die mit Komplementärmedizin zu tun haben?

☐	☐	☐	☐
Mehr als genügend	Eher genügend	Eher zu wenige	Viel zu wenige

11. Wie hoch oder niedrig ist deiner Meinung nach der Stellenwert von Komplementärmedizin in der Ausbildung an der MUW?

☐	☐	☐	☐
Sehr hoch	Eher hoch	Eher niedrig	Sehr niedrig

12. Hat sich deine Einstellung gegenüber Homöopathie im Laufe dieser Lehrveranstaltung verändert oder nicht verändert?

- ☐ Ich habe jetzt viel mehr Vertrauen in die Wirksamkeit dieser Methode.
- ☐ Ich habe jetzt etwas mehr Vertrauen in die Wirksamkeit dieser Methode.
- ☐ Meine Einstellung gegenüber dieser Methode ist gleich geblieben.
- ☐ Ich habe jetzt etwas weniger Vertrauen in die Wirksamkeit dieser Methode.
- ☐ Ich habe jetzt gar kein Vertrauen mehr in die Wirksamkeit dieser Methode.

13. Hat sich deine Einstellung gegenüber Komplementärmedizin im Allgemeinen im Laufe dieser Lehrveranstaltung verändert oder nicht verändert?

- ☐ Ich habe jetzt viel mehr Vertrauen in die Wirksamkeit dieser Methoden.
- ☐ Ich habe jetzt etwas mehr Vertrauen in die Wirksamkeit dieser Methoden.
- ☐ Meine Einstellung gegenüber dieser Methoden ist gleich geblieben.
- ☐ Ich habe jetzt etwas weniger Vertrauen in die Wirksamkeit dieser Methoden.
- ☐ Ich habe jetzt gar kein Vertrauen mehr in die Wirksamkeit dieser Methoden.

14. Hat sich im Laufe dieser Lehrveranstaltung deine Bereitschaft dazu erhöht oder nicht erhöht, andere Zusatzausbildungsmöglichkeiten, die mit Komplementärmedizin zu tun haben, in Anspruch zu nehmen?

- ☐ Ich will nun unbedingt an einer Zusatzausbildung teilnehmen.
- ☐ Ich bin nun eher dazu bereit, an einer Zusatzausbildung teilzunehmen.
- ☐ An meiner Bereitschaft hat sich nichts verändert.
- ☐ Meine Bereitschaft ist sogar noch gesunken.
- ☐ Ich bin nun gar nicht mehr dazu bereit, an einer Zusatzausbildung teilzunehmen.

15. Auf einer Skala von 1 bis 5, wie gerne würdest du selbst in Krankenhäusern mit den folgenden komplementärmedizinischen Methoden behandelt werden?

	Sehr gerne				Gar nicht gerne
	1	2	3	4	5
Ayurveda	☐	☐	☐	☐	☐
Akupunktur	☐	☐	☐	☐	☐
Bachblütentherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Homöopathie	☐	☐	☐	☐	☐
Hypnose	☐	☐	☐	☐	☐
Traditionelle Chinesische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐
Traditionelle Europäische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐
Tibetische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐
Weitere: _____	☐	☐	☐	☐	☐
Weitere: _____	☐	☐	☐	☐	☐

16. Auf einer Skala von 1 bis 5, wie sehr würdest du deinen Patienten eine Behandlung mit den folgenden komplementärmedizinischen Methoden empfehlen?

	Sehr				Gar nicht
	1	2	3	4	5
Ayurveda	☐	☐	☐	☐	☐
Akupunktur	☐	☐	☐	☐	☐
Bachblütentherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Homöopathie	☐	☐	☐	☐	☐
Hypnose	☐	☐	☐	☐	☐
Traditionelle Chinesische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐
Traditionelle Europäische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐
Tibetische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐
Weitere: _____	☐	☐	☐	☐	☐
Weitere: _____	☐	☐	☐	☐	☐

17. Unter der Annahme der bewiesenen Äquivalenz von österreichischer Schulmedizin und Komplementärmedizin, wie teuer oder billig sollte eine Konsultation im Vergleich deiner Meinung nach für die Krankenkassen sein?

- ☐ Komplementärmedizin sollte billiger als Schulmedizin sein
☐ Komplementärmedizin sollte teurer als Schulmedizin sein
☐ Komplementärmedizin und Schulmedizin sollten gleich teuer sein

17.a Unter der Annahme der bewiesenen Äquivalenz von österreichischer Schulmedizin und Komplementärmedizin, wie teuer oder billig sollte die Konsultation eines Praktikers der folgenden komplementärmedizinischen Methoden im Vergleich mit Schulmedizin für den Patienten sein?

	Viel teurer als Schul- medizin				Viel billiger als Schul- medizin
	1	2	3	4	5
Ayurveda	☐	☐	☐	☐	☐
Akupunktur	☐	☐	☐	☐	☐
Bachblütentherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Homöopathie	☐	☐	☐	☐	☐
Hypnose	☐	☐	☐	☐	☐
Traditionelle Chinesische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐
Traditionelle Europäische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐
Tibetische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐
Weitere: _____	☐	☐	☐	☐	☐
Weitere: _____	☐	☐	☐	☐	☐

18. Wie stark oder nicht stark hast du das Gefühl, Zusatzausbildungsmöglichkeiten, die mit Komplementärmedizin zu tun haben, in Anspruch nehmen zu müssen, um deinem Berufsbild gerecht werden zu können?

☐	☐	☐	☐
Sehr stark	Eher stärker	Eher weniger	Gar nicht

19. Wie stark oder nicht stark hast du das Gefühl, das Berufsbild des Schulmediziners/der Schulmedizinerin wird sich dahingehend wandeln, dass Zusatzausbildungsmöglichkeiten, die mit Komplementärmedizin zu tun haben, von der Allgemeinheit gefordert sein könnten?

☐	☐	☐	☐
Sehr stark	Eher stärker	Eher weniger	Gar nicht

20. Wie stark oder nicht stark hast du das Gefühl, dass sich das Berufsbild der westlichen SchulmedizinerInnen sich im Gegensatz zu früheren Zeiten gewandelt hat?

☐	☐	☐	☐
Sehr stark	Eher stärker	Eher weniger	Gar nicht

20.a Wie drückt sich das aus? (Bei Platzmangel bitte auf letzter Rückseite beantworten)

21. Wie siehst du deine Identität als MedizinerIn? Was macht eine/n gute/n MedizinerIn für dich aus? Was bedeutet es für dich, MedizinerIn zu sein? (Bei Platzmangel bitte auf letzter Rückseite beantworten)

22. Wie viel Wissen hast du deinem eigenen Gefühl nach über folgende Methoden?

	Kenne ich gar nicht	Ich kenne den Namen	Ich kenne Grund- begriffe	Ich habe Basis- wissen	Ich habe erweitertes Basis- wissen	Ich habe Fach- wissen	Ich habe bereits damit gearbeitet
Ayurveda	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Akupunktur	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alexander-Technik	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anthroposophische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aromatherapie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autogenes Training	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bachblütentherapie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bioresonanz	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Biofeedback	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Chirotherapie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
F. X. Mayr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Homöopathie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hypnose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kinesiologie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Neuraltherapie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Massage	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meditation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Osteopathie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Phytotherapie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Reiki	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Shiatsu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Therapeutic Touch	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Traditionelle Chinesische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Traditionelle Europäische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tibetische Medizin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Yoga	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Weitere:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Weitere:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Einstellung von StudentInnen der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Wien zu Komplementärmedizin sowie deren Auswirkung auf die Konstruktion einer beruflichen Identität.

Zu Beginn wird anhand einer Literaturbesprechung auf die Schwierigkeit von Begriffsdefinitionen eingegangen, zudem werden die Geschichte der Komplementärmedizin in Europa sowie die generelle Einstellung der Bevölkerung betreffend jener thematisiert. Rechtliche Regelungen zur Aus- und Weiterbildung in sowie Ausübung von komplementärmedizinischen Methoden in Österreich werden im internationalen Vergleich besprochen. Einführende Kapitel zu medizinischem Pluralismus, Medikalisierung und Identität sollen helfen, die Forschungsergebnisse in einen adäquaten Kontext setzen zu können.

Der derzeitige Status der Komplementärmedizin in Österreich und speziell an der Medizinischen Universität Wien wurde exemplarisch durch quantitative Fragebögen, ausgegeben in Wahlfächern zu komplementärmedizinischen Methoden an der Medizinischen Universität Wien, sowie qualitative Interviews mit StudentInnen der Humanmedizin und zwei Lehrenden komplementärmedizinischer Lehrveranstaltungen erhoben. Die Ergebnisse der Feldforschung werden in der vorliegenden Arbeit auch im Bezug auf bisher veröffentlichte Forschungsergebnisse zu ähnlichen Fragestellungen im europäischen Raum diskutiert.

Schlussendlich wird festgestellt, dass die Komplementärmedizin sich unter österreichischen StudentInnen der Humanmedizin aufgrund mehrerer Faktoren wie der Möglichkeit einer sehr umfassenden Behandlung und dem Anreiz einer Zusatzverdienstmöglichkeit immer größerer Beliebtheit erfreut. Aufgrund der vermehrten Zuwendung der Bevölkerung zu komplementärmedizinischen Methoden steigt auch die Nachfrage nach in dieser Hinsicht ausreichend informierten ÄrztInnen, was wiederum ein Anreiz für ein verbreitetes Lehrveranstaltungsangebot an den medizinischen Universitäten, sowie an nachfolgenden Zusatzausbildungen für Mediziner sein sollte. Veränderungen in der beruflichen Identität von ÄrztInnen sind definitiv vorhanden, jedoch eher auf den technologischen Fortschritt sowie die erhöhte Selbstinformation von PatientInnen zurückzuführen, welche zu einer Entfremdung von und einem Vertrauensverlust in medizinisches Personal führt, als auf das gestiegene Interesse in Komplementärmedizin.

Summary

This diploma thesis deals with the attitude of students of human medicine at the Medical University of Vienna towards complementary medicine and how it affects their construction of a professional identity.

The main goal of the first chapter is to elaborate the difficulty of defining through literature comparison. Furthermore the history of complementary medicine in Europe and the general attitude of the population towards it are elaborated. Legal regulations concerning education, further training and practice of complementary methods in Austria are compared to international examples. Introductory chapters about medical pluralism, medicalization and identity should enable to subsequently contextualize the results of research.

The current status of complementary medicine in Austria, especially at the Medical University of Vienna, was surveyed by using quantitative questionnaires, handed out in elective courses on complementary methods at the Medical University in Vienna. Additionally qualitative interviews were conducted with students of human medicine and two teachers of complementary medicine lectures. The master thesis then focuses on the outcome of the quantitative and qualitative research and relates it to other studies performed in Europe concerning similar topics.

In conclusion it will be proved that complementary medicine is becoming increasingly popular among Austrian students of human medicine because of multiple factors. Those include the attraction of a comprehensive treatment and a possible additional income. The rising interest of the Austrian population in complementary medicine also increases the demand for it and therefore the demand for sufficiently informed and equipped doctors. In my opinion this should be an incentive for establishing a broader range of lectures at the university and following additional training possibilities.

Changes in the professional identity of doctors definitely exist, but they are a result of the technological progress and the increased self informing of patients, leading to alienation and a loss of confidence in medical staff, rather than a result of the increased interest in complementary medicine.

Lebenslauf

Nachname / Vorname **Nekuda Patricia**
E-Mail patricia.nekuda@gmail.com

Staatsangehörigkeit Österreich

Geburtsdatum 06.07.1987

Berufserfahrung

Beginn der Anstellung **August 2011**

Beruf oder Funktion Kulturvermittlerin

Wichtigste Tätigkeiten und Zuständigkeiten
Führungsleiterin in der Österreichischen Nationalbibliothek, Prunksaal und Globenmuseum für Kinder, Erwachsene und Großgruppen in deutscher und englischer Sprache

Name und Adresse des Arbeitgebers
Österreichische Nationalbibliothek, Wien

Beginn/Ende der Anstellung **August 2006 – Oktober 2012**

Beruf oder Funktion Geringfügig Beschäftigte im Verkauf

Wichtigste Tätigkeiten und Zuständigkeiten
Verkauf
Kundenberatung
Warenpflege

Name und Adresse des Arbeitgebers
H&M, Wien

Schul- und Berufsbildung

Seit Oktober 2006 **Studium der Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien**

Hauptfächer/berufliche Fähigkeiten
Fokus auf Medizinanthropologie und Ozeanien

Name und Art der Bildungs- oder Ausbildungseinrichtung
Universität Wien, Universitätsring 1, 1010 Wien

26.06.2006 **Erwerb des Reifeprüfungszeugnisses**

Name und Art der Bildungs- oder Ausbildungseinrichtung
BORG Hegelgasse 12, 1010 Wien

2001 – 2006 BORG Hegelgasse 12, 1010 Wien

1997 – 2001 Goethegymnasium, Astgasse 3, 1140 Wien

1993 – 1997 Volksschule Hietzing, Hietzinger Hauptstraße 166, 1130 Wien