



# **Perspektiven von Patientinnen und Patienten auf ihre Versorgung durch homöopathisch tätige Ärzte und Ärztinnen – Eine qualitative Studie**

**Ein Projekt der AOK Baden-Württemberg und der  
Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (AKG)**

**Abschlussbericht**

**Bremen, den 11.02.2010**

**Projektdurchführung:**

Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (AKG) im Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (VFwF e.V.) in der Freien Hansestadt Bremen

Wilhelm-Herbst-Str. 7

28359 Bremen

[www.akg.uni-bremen.de](http://www.akg.uni-bremen.de)

**Projektleitung:**

Herr Prof. Dr. Norbert Schmacke

Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung im VFwF e.V. und Hochschullehrer am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen

Tel.: 0421-218-8131

Fax: 0421-218-8135

E-Mail: [schmacke@uni-bremen.de](mailto:schmacke@uni-bremen.de)

**Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen:**

Frau Maren Stamer, Diplom-Pädagogin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung im VFwF e.V.

Tel.: 0421-218-9105

E-Mail: [mstamer@uni-bremen.de](mailto:mstamer@uni-bremen.de)

Frau Dr. Veronika E.Müller, Gesundheitswissenschaftlerin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung im VFwF e.V.

Tel.: 0421-218-8153

E-Mail: [vmueller@uni-bremen.de](mailto:vmueller@uni-bremen.de)

Frau Dr. Bettina Berger, Gesundheitswissenschaftlerin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Gerhard-Kienle-Lehrstuhl für Medizintheorie, integrative und anthroposophische Medizin, Universität Witten- Herdecke

Tel. 02330-624763

E-Mail: [bettina.berger@uni-wh.de](mailto:bettina.berger@uni-wh.de)

**Studentischer Mitarbeiter:**

Herr Björn Menze, BA Public Health, MA Public Health cand., Studentischer Mitarbeiter in der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung im VFwF e.V.

**Zitierweise dieses Manuskriptes:**

Stamer M, Müller VE, Berger B, Schmacke N. Perspektiven von Patientinnen und Patienten auf ihre Versorgung durch homöopathisch tätige Ärzte und Ärztinnen – Eine qualitative Studie. Abschlussbericht. Bremen 2010. Abrufbar unter: [www.akg.uni-bremen.de/pages/arbeitspapiere.php?SPRACHE=de](http://www.akg.uni-bremen.de/pages/arbeitspapiere.php?SPRACHE=de)

**Projektzeitraum:**

01.10.2008 bis 31.01.2010

## **Danksagung**

In besonderem Maße gilt unser Dank allen Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen, ohne deren Beteiligung eine Verwirklichung des Projektes nicht möglich gewesen wäre.

Danken möchten wir ebenso allen Personen, die uns auf unterschiedliche Weise bei der Umsetzung des Projektes unterstützt haben, namentlich Herrn Prof. Dr. Robert Jütte, dem Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin bei der Robert-Bosch-Stiftung, Herrn Andreas Gärtner, dem ersten Vorsitzenden des Berufsverbandes homöopathischer Ärztinnen und Ärzte Baden-Württemberg e.V. sowie Herrn Dr. Rolf Hoberg, Herrn Johannes Bauernfeind und Herrn Michael Hugle von der AOK Baden-Württemberg.

Darüber hinaus bedanken wir uns bei allen Beteiligten der Bremer Forschungswerkstatt im Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Ein spezieller Dank richtet sich an unsere Kollegin Frau Dr. Petra Richter für ihre Unterstützung der Interpretationsarbeit im Projekt.

Bremen und Witten/Herdecke im Februar 2010



4.2.4 Kranksein versus Krankheit .....	63
4.2.4.1 Kranksein ohne Krankheit .....	64
4.2.4.2 Krankheit ohne Kranksein .....	66
4.2.4.3 Krankheit und Kranksein .....	68
4.3 Schulmedizin und Homöopathie .....	70
4.3.1 Kritik an ärztlicher Versorgung aus Perspektive von Patienten und Patientinnen .....	70
4.3.2 Verbindungen von schulmedizinischer und homöopathisch-ärztlicher Versorgung.....	80
4.3.3 Erleben homöopathisch-ärztlicher Versorgung .....	88
4.3.3.1 Praxis- und Gesprächskultur .....	88
4.3.3.2 Diagnostische und therapeutische Versorgung .....	102
<b>5 RESÜMEE .....</b>	<b>113</b>
5.1 Zusammenfassungen der Ergebnisse .....	113
5.1.1 Zusammenfassung Kapitel 4.1:Das Besondere der Homöopathie: Zugangswege und Behandlungsrahmen .....	113
5.1.2 Zusammenfassung Kapitel 4.2: Einstellungen und Haltungen zu Krankheit und Heilung .....	116
5.1.3 Zusammenfassung Kapitel 4.3: Schulmedizin und Homöopathie.....	120
5.2 Weiterführende Interpretation und Diskussion der Ergebnisse .....	126
5.2.1 Krankheitserleben und Krankheitsdefinition .....	126
5.2.1.1 Krankheitserleben .....	126
5.2.1.2 Krankheitsdefinition .....	128
5.2.2 Heilung als Aktivität .....	129
5.2.3 Zur Perspektive „Kommunikations- und Interaktionsprozesse“ .....	130
5.3 Anregungen für die Praxis, die Aus- Fort- und Weiterbildung sowie für die Forschung .....	135
5.3.1 Anregungen für die Praxis sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung .....	135
5.3.2 Ansatzpunkte für eine weiterführende Forschung .....	140
<b>LITERATUR .....</b>	<b>142</b>
<b>ANHANG.....</b>	<b>147</b>

## 1 Einleitung

Alternative medizinische Behandlungen erfreuen sich in vielen westeuropäischen Ländern, so auch in Deutschland, einer hohen Beliebtheit und Akzeptanz. Exakte Zahlen zur Nutzung alternativer Heilverfahren sind jedoch schwierig zu erheben (Harris & Rees 2000). In einer Extremwerte anzeigenden Studie von Härtel und Volger (2004) gaben insgesamt mehr als 60% (von 1.100 befragten Männern und Frauen) an, im Verlauf der letzten zwölf Monate alternative Heilmethoden angewendet zu haben. Die Homöopathie gehörte dabei zu den fünf am häufigsten eingesetzten Methoden.

Wiewohl (oder vielleicht gerade weil?) sich also die Homöopathie zunehmender Beliebtheit erfreut, gibt es auch harsche Kritik im Hinblick auf die wissenschaftliche Belegbarkeit ihrer Wirksamkeit (AkdÄ 1998, Federspiel & Herbst 2005, Singh & Ernst 2009). Sollten alternative Heilmethoden nun samt und sonders als „Bazar du bizarre“ abgetan werden, wie seinerzeit in der Schweizer Ärztezeitung polemisiert wurde (Geiser 2001) oder ist es nicht angesichts der zunehmenden Nachfrage und Akzeptanz der Patientinnen und Patienten wert, sich mit der Frage zu beschäftigen, worauf – jenseits der Frage nach der Wirksamkeit – das positive Bild der Homöopathie basiert? Zumal Hinweise vorliegen, dass die Entscheidung für eine alternativmedizinische Behandlung vielfach an anderen, als unmittelbar therapiebezogenen Aspekten festgemacht wird. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung stellten Marstedt & Moebus (2002) fest, dass häufig die unzureichende Kommunikation im schulmedizinischen Setting ein Grund für die Suche nach Alternativen ist. Dabei ist die Kritik an der Kommunikation nicht auf die sprachliche Ebene einzugrenzen. Siahpush beispielsweise kam 1998 zu dem Ergebnis, dass PatientInnen nach alternativen Behandlungsmethoden suchen, weil sie sich von SchulmedizinerInnen nicht respektiert fühlen, ihnen nicht genug Zeit gewidmet und nicht zugehört wird. Auch eine Verbindung zu postindustriellen Werten, wie Rückkehr zur Natur, Technologieskeptizismus und der Anspruch auf eine größere Kundenorientierung scheinen eine Rolle zu spielen. Das Bedürfnis als „ganzer Mensch“ wahrgenommen zu werden, wurde von Mercer et al. (2007) als Beweggrund für den Trend zur Alternativmedizin ausgemacht. Darüber hinaus zeigt diese Studie, dass nicht nur Angehörige der Mittelschicht sich von alternativmedizinischen Angeboten angezogen fühlen, sondern auch Angehörige der Unterschicht.

Der Fokus, unter dem in der vorliegenden Studie die Homöopathie beleuchtet wurde, ergibt sich so aus den oben dargestellten Hintergründen und der Notwendigkeit, wissenschaftliche Belege nicht nur im Bereich der Wirksamkeit zu suchen. Ebenso, wie sorgfältige Nutzen-Schaden-Bilanzen in dafür geeigneten Studien mit entsprechendem Design erstellt werden müssen, gilt es, die Patientinnenperspektive auf medizinische Angebote zu ermitteln, um beide Perspektiven zu einer evidenzbasierten UND patienten-

tenzentrierten Medizin zusammenführen zu können (Greenhalgh & Hurwitz 1999). Die hier vorliegende Studie will einen Beitrag zum letztgenannten Aspekt leisten, indem sie alternativmedizinische Behandlungen aus dem Blickwinkel des Patientenerlebens eruiert. Sie gibt Auskunft über die Wahrnehmung, die Eindrücke und das Erleben von Patientinnen und Patienten im Rahmen einer homöopathisch-ärztlichen Behandlung. Wenn Effekte homöopathischer Behandlungen thematisiert werden, ist demnach immer von subjektiv wahrgenommenen Effekten die Rede. Fragen der Wirksamkeit stehen weder vom erklärten Forschungsinteresse her zur Debatte noch ließen sie sich mit der hier eingesetzten Forschungsmethode untersuchen. Die Äußerungen der Interviewpartnerinnen und -partner sind dementsprechend nicht als Belege für eine Wirksamkeit zu lesen, sondern ausschließlich als Schilderungen subjektiven Erlebens zu verstehen.

Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen leitfadengestützte qualitative Interviews mit Patienten und Patientinnen, die aufgrund chronischer Beschwerden bzw. Erkrankungen seit mindestens einem Jahr in homöopathisch-ärztlicher Behandlung waren. Es wurden Frauen und Männer im Alter zwischen 29 und 75 Jahren interviewt. Die behandelnden Ärzte und Ärztinnen sollten entweder über ein Diplom des Deutschen Zentralvereines homöopathischer Ärzte (DZVhÄ) oder über die Zusatzbezeichnung Homöopathie der Ärztekammer verfügen. Durchgeführt wurde die Untersuchung in Baden-Württemberg.

Zielsetzung des Projektes ist es, durch Erkennen und Verstehen unterschiedlicher patientenseitiger Haltungen, gebildet auf der Grundlage jeweiliger Erfahrungen bzw. Erlebnisse von Patienten und Patientinnen, weiter führende Erkenntnisse für die kommunikative und interaktive Gestaltung von Versorgungsprozessen generell zu gewinnen. Die drei Hauptfragestellungen, unter denen die vorliegende Untersuchung durchgeführt worden ist, lauteten:

- Wie erleben PatientInnen ihre Versorgung durch homöopathisch tätige, niedergelassene ÄrztInnen?
- Welche Erfahrungen haben PatientInnen im Vergleich von Schulmedizin und so genannter Komplementärmedizin (hier vorwiegend Homöopathie) gemacht?
- Wie erleben PatientInnen den Bereich der Kommunikation und Interaktion im Vergleich von Schulmedizin und so genannter Komplementärmedizin?

Die hier vorgelegte Studie reiht sich mit anderen Worten in die Forschungslinien von „Narrative Based Medicine“ und „Patientenzentrierung“ ein und vermittelt Einblicke in das Versorgungsgeschehen aus der Sicht von Patienten und Patientinnen, eine Perspektive, die wohl immer noch zu kurz kommt.

Im Sinne einer geschlechtergerechten Sprache werden im Text unsystematisch wechselnd entweder die weibliche und die männliche Substantivform, nur die weibliche

oder nur die männliche Form oder das groß geschriebene Binnen-I (PatientInnen) benutzt.

Die vorliegende Untersuchung wurde durch die AOK-Baden-Württemberg und aus Eigenmitteln der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung finanziert.



## **2 Wissenschaftliche Erforschung der Homöopathie**

### **2.1 Zusammenfassung**

In diesem Kapitel sollen sowohl das theoretische Grundkonzept der Homöopathie als auch der derzeitige Stand der wissenschaftlichen Erforschung der Homöopathie zusammengefasst werden. Es wird ein kurzer Überblick über wichtige Diskussionsstränge in der Erforschung der Wirksamkeit homöopathischer Arzneimittel gegeben. Dies geschieht soweit es notwendig erscheint, die Schilderungen der Patienten und Patientinnen und die nachfolgenden Interpretationen nachvollziehbar zu gestalten.

Man hat verschiedene Wege gesucht, um sich der Frage der Wirksamkeit der Homöopathie zu nähern: über die Grundlagenforschung, die Durchführung klassischer randomisiert-kontrollierter Studien, mit Versuchen, durch Modifizierung kontrollierter Studien den speziellen Anforderungen der Homöopathie gerecht zu werden und schließlich mittels Erstellung von Meta-Analysen über die einzelnen Therapiestudien. Die Ergebnisse zeigen kein einheitliches Bild, wohl aber eine abnehmende Evidenz bei höherer Studienqualität und -teilnehmerInnenzahl. Ein kurzer Überblick zur verbreiteten Inanspruchnahme „trotz“ der widersprüchlichen Studienergebnisse stellt unseres Erachtens die Frage nach dem Stand der PatientInnenperspektive und den Begründungen der Nutzer und Nutzerinnen für die Inanspruchnahme der Homöopathie. Hier werden Ergebnisse bisheriger qualitativer Studien vorgestellt und zusammengefasst, um darauf aufbauend die spezielle Forschungsfrage für unsere Studie ableiten zu können.

### **2.2 Theoretisches Grundkonzept der Homöopathie**

Die Homöopathie wird als ein eigenständiges therapeutisches System mit einer eigenen Theorie, einem speziellen Blick auf Gesundheit, Krankheit und Heilung, einem eigenen therapeutischen Zugang mit speziellen Medikamenten und einem eigenen Herstellungsprozess für diese Medikamente verstanden (Witt & Albrecht 2009). Sie definiert sich als eine gezielte individuelle Arzneimitteltherapie, die die Stimulierung der selbstregulatorischen Aktivitäten des Organismus anstrebt. Sie beruht auf vier Säulen, dem Ähnlichkeitsprinzip, der Arzneimittelprüfung, der homöopathischen Anamnese und dem Prinzip der kleinsten Dosis.

#### **Das Ähnlichkeitsprinzip**

Das Ähnlichkeitsprinzip (auch Ähnlichkeitsregel, Ähnlichkeitsgesetz) ist eine therapeutische Grundregel der Homöopathie, die vorschreibt, dass am Kranken ein Arzneimittel anzuwenden ist, das am Gesunden Symptome hervorbringen kann, die den zu heilenden Symptomen möglichst ähnlich sind (lat. *similia similibus curantur*). Dem Ähnlichkeitsprinzip liegt die Annahme Hahnemanns zugrunde, dass die Arznei eine so ge-

nannte Kunstkrankheit erzeuge, die durch eine große Ähnlichkeit mit einer bestehenden natürlichen Krankheit diese heilen könne. Für einen Patienten können unterschiedliche Arzneimittel als ähnlich angesehen werden; die Spanne möglicher Entsprechungen reicht je nach Therapieziel von einzelnen Symptomen bis zur Gesamtheit aller Lebensäußerungen des Patienten. Die Therapie kann für eine vorliegende akute oder chronische Erkrankung oder im Rahmen einer so genannten konstitutionellen Therapie erfolgen.

### **Die Arzneimittelprüfung**

Für jedes in der Homöopathie verwendete Arzneimittel, welches auf der Grundlage von pflanzlichen, tierischen oder mineralischen Präparaten hergestellt werden kann, müssen die Wirkungen und Symptome am Gesunden (Prüfer) bekannt und in so genannten Arzneimittelprüfungen erhoben worden sein. Die festgestellten Prüfungssymptome aller PrüferInnen einer Substanz werden im Arzneimittelbild zusammengefasst und in die homöopathische Arzneimittellehre und Materia medica aufgenommen.

### **Die homöopathische Anamnese**

Zentrales Element der Homöopathie ist der Prozess der Arzneimittelfindung durch die homöopathische Anamnese. Hierbei handelt es sich um die Erhebung der erinnerbaren Geschichte der Patienten durch spontanen und gelenkten Bericht, ergänzt durch Angaben über die Familie (Familienanamnese) oder durch Angehörige (Fremdanamnese). Dabei werden Lebensgeschichte und Erkrankungen im Zusammenhang gesehen. Besonderes Gewicht wird hierbei auf die Allgemeinsymptome, die Gemütssymptome und deren Modalitäten gelegt, wobei allen geschilderten Symptomen Gewicht beigemessen wird. In akuten Fällen kann die Anamnese stark verkürzt sein und sich weitgehend auf die Besonderheiten der akuten Beschwerden und ihrer momentanen Begleitumstände konzentrieren. Bei den so genannten Folgeanamnesen stehen die Veränderungen auf die Gabe des homöopathischen Heilmittels im Vordergrund der Befragung. Ziel der homöopathischen Anamnese ist es, ein derart differenziertes Bild der Symptome zu erkennen, dass eine Ähnlichkeit mit den Symptomen eines Arzneimittels am Gesunden sichtbar wird.

### **Heilungsverlauf**

Für die Beurteilung eines **Heilungsverlaufes** berufen sich Homöopathen und Homöopathinnen dabei gerne auf die Hering-Regel. Constantin Hering war Arzt in Philadelphia und lebte von 1800–1880. Er entwickelte die homöopathischen Richtlinien zur Beurteilung eines Fallverlaufs, die besagen, dass während einer Heilung sich der Schwerpunkt der Symptomatik in folgende Richtungen bewegt:

- von innen nach außen,
- von oben nach unten,
- von lebenswichtigeren zu unwichtigeren Organen oder Organsystemen,
- von den zentralen zu peripheren Organteilen und
- in der umgekehrten zeitlichen Reihenfolge zur Krankheitsentwicklung (die Psyche wird in diesem Zusammenhang als lebenswichtiges, zentrales Organ betrachtet).

Im Unterschied zum konventionellen Heilungsverständnis wird ein Verschieben der Symptomatik zu immer belangloseren Manifestationen des Krankseins erwartet. Ein so genanntes Aufarbeiten früherer gesundheitlicher Probleme mit der Wiederkehr alter Symptome (auch im psychischen Bereich) in meist abgeschwächter Form wird besonders positiv bewertet. Die alten Symptome dürfen nicht unterdrückt, sondern nur im Sinne einer ganzheitlichen Heilung, behandelt werden. Der Patient wird darüber informiert, damit er durch das kurzzeitige Wiederaufflammen alter Symptome nicht verunsichert wird. (Pschyrembel 2006)

### **Das Prinzip der geringsten Dosis**

Homöopathische Arzneimittel werden nach den Vorschriften des Erstentwicklers der Homöopathie, dem Arzt Samuel Hahnemann (1755 – 1843), erstellt. Hierfür wird die Ausgangssubstanz mit einer Trägersubstanz in einem definierten Verhältnis vermischt. Hahnemann beabsichtigte mit der Verdünnung der Arzneien zunächst lediglich eine Abschwächung der Wirkung, da diese z.T. heftige Reaktionen bei seinen Patienten auslösten. In der praktischen Anwendung meinte er zu beobachten, dass die so behandelten Arzneimittel nicht an Wirkung verloren, je stärker sie verdünnt wurden, sondern eher zunahm, was zu der Bezeichnung Potenzierung führte. Zusätzlich werden die Mischungen nach jedem Verdünnungsschritt geschüttelt, dieses Verfahren wird als Dynamisierung bezeichnet. Es werden drei Formen von Verdünnungsschritten unterschieden, die zu den unterschiedlichen Bezeichnungen der Arzneimittel führen:

1. Dezimalpotenz (D-Potenz): 1 Teil Ausgangssubstanz wird mit 9 Teilen Trägersubstanz durch 10 kräftige Schüttelschläge vermischt (D1); hiervon wird wiederum 1 Teil mit 9 Teilen Trägersubstanz vermischt (D2) usw.
2. Centesimalpotenz (C-Potenz): 1 Teil Ausgangssubstanz wird mit 99 Teilen Trägersubstanz 100-mal verschüttelt oder verrieben (C1); hiervon 1 Teil mit 99 Teilen Trägersubstanz vermischt ergibt C2 usw.
3. Quinquagesimillesimapotenz (Q-Potenz): die ersten 3 Potenzierungsschritte werden als Verreibungen wie C-Potenzen hergestellt; danach wird mit getränkten Globuli im Mischungsverhältnis 1 : 50 000 potenziert.

Q-Potenzen gelten als geeignet für chronische Erkrankungen, C-Potenzen gelten als geeignet für akute Krankheiten, D-Potenzen gelten als Organmittel, also zur unmittelbaren Behandlung körperlicher Probleme.

Auf der Grundlage des Lehrgebäudes des Begründers, Samuel Hahnemann, entwickelte sich die Homöopathie weltweit zu einem eigenständigen Behandlungssystem mit eigenen Institutionalisierungen in zahlreichen Ländern der Welt in Ärztesellschaften, Krankenhäusern und Ausbildungseinrichtungen (Dinges 1996).

Besondere Verbreitung fand die Homöopathie durch ihre vermeintlich spektakulären Erfolge im Zusammenhang mit verschiedenen Epidemien, wobei kritische Stimmen hierfür vor allem das Unterlassen schädlicher schulmedizinischer Interventionen verantwortlich machen (Leary 1997). In Deutschland führten 1994 etwa 1% aller niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen die Zusatzbezeichnung Homöopathie.

### **2.3 Forschung zur Wirksamkeit der Homöopathie**

Forschung zur Homöopathie bewegt sich auf verschiedenen Ebenen, der Grundlagenforschung, der Wirksamkeitsforschung, der Forschung zur Arzneimittelprüfung, im epidemiologischen Bereich und im Bereich der Versorgungsforschung. Die Wirksamkeitsforschung hat sich über lange Zeiträume mit der Frage nach der Wirksamkeit bzw. der Gleichwertigkeit der medikamentösen Intervention mit der Schulmedizin bzw. der Überlegenheit gegenüber der Schulmedizin beschäftigt. Diese Forschungsrichtung hat im Zeitalter der Evidenzbasierten Medizin (EbM) an Gewicht gewonnen. Zahlreiche Studien wurden durchgeführt, die sowohl den qualitativen Anforderungen an randomisiert-kontrollierte Studien als auch den Anforderungen an die individualisierte Behandlung des Patienten gerecht zu werden versuchten. Dabei wurden immer wieder Probleme erörtert, auf welche Weise Besonderheiten der homöopathischen Therapie, wie zum Beispiel die Tatsache, dass der Homöopath in der Regel ein Mittel nicht einmal festlegt, sondern ändert, wenn er merkt, es wirkt nicht (Walach 1996), angemessen berücksichtigt werden können. Es wurden verschiedene Studiendesigns entwickelt, wie zum Beispiel Studien, in denen sowohl PatientInnen, als auch TherapeutInnen und weiteres Studienpersonal „verblindet“ wurden und der Patient nach einer individuellen Anamnese seine individualisierte Mittelverordnung bekam – und dann per Zufallsentscheidung entweder das Verum oder das Placebo erhielt. Andere Studiendesigns testen zuerst, ob ein Patient überhaupt auf eine homöopathische Intervention reagiert. Erst bei einem positiven Ansprechen auf die homöopathische Intervention wird im Cross-Over-Design der einen Gruppe Placebo und der anderen Gruppe Verum verabreicht und zu einem späteren Zeitpunkt getauscht (Frei et al. 2007).

Für einige wenige Erkrankungen konnten Wirksamkeitsnachweise erbracht werden: Nach dem derzeitigen Stand der Forschung liegt für die Indikationen Heuschnup-

fen, Durchfall bei Kindern, Weichteilrheuma, Darmlähmung nach Operation und Atemwegsinfektionen ein Wirksamkeitsnachweis vor. Homöopathische Behandlungen werden insbesondere auch für einen erfolgreichen Einsatz bei Epidemien in so genannten Entwicklungsländern diskutiert, worüber allerdings keine Studiendaten vorliegen. Einen Nutzen meinen Jacobs et al. bei der Behandlung kindlicher Durchfallerkrankungen sowohl in Nicaragua als auch in Nepal nachgewiesen zu haben (Jacobs et al. 1994, Jacobs et al. 2000). Es gibt jedoch auch Indikationen, für die belegt ist, dass der Arzneimittel Effekt nicht über einen Placeboeffekt hinausgeht, so für die Behandlung von Muskelkater, Warzen und Spannungskopfschmerzen oder Migräne (Witt & Albrecht 2009).

### **Reviews und Meta-Analysen**

Im Zeitraum von 1991 – 2000 sind mehrere Metaanalysen erschienen, die der Homöopathie im Großen und Ganzen einen positiven Wirkungsnachweis bescheinigen. Erste Reviews erschienen Anfang der Neunziger Jahre im British Medical Journal. Kleijnen et al. bezogen 107 Studien ein, in 77% der Studien wurde danach eine Wirkung ermittelt, die Qualität der Studien wurde aber nicht berücksichtigt (Kleijnen et al. 1991). Verschiedene andere Übersichtsarbeiten folgten. Besonders bekannt geworden ist die Meta-Analyse von Linde et al. aus dem Jahr 1997: „Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials“. Es wurden 89 RCTs aus dem Zeitraum 1943 – 1995 untersucht. Als problematisch hierbei wurde diskutiert, dass verschiedene Formen der Homöopathie miteinander kombiniert wurden: Studien, die dem Konzept der klassischen Homöopathie gerecht würden, solche die der Komplexmittelhomöopathie zuzuordnen seien, die zur klinischen Homöopathie zählten und solche, die zur Isopathie gehörten. Die Vertreter der jeweiligen Schulen kritisierten die Zusammenschau von Studien zu derart unterschiedlichen Homöopathiekonzepten grundsätzlich. Linde et al. kamen in ihrer Metaanalyse zu der Schlussfolgerung, dass die Hypothese, die Wirkung einer homöopathischen Intervention sei gleich Placebo, als widerlegt gelten kann (Linde et al. 1997).

Eine Übersichtsarbeit, die nur auf rein klassischer Homöopathie erfolgte, legten Linde und Melchart 1998 im Journal of Alternative and Complementary Medicine vor (Linde & Melchart 1998). Die 19 einbezogenen Studien zeigten signifikante Wirkungen, wurden aber als qualitativ nicht hochwertig eingestuft. Die hochqualitativen Studien zeigten keine signifikanten Ergebnisse. Im Review von Cucherat et al. aus dem Jahr 2000 wurden 17 Studien einbezogen, der Effekt homöopathischer Behandlungen scheint zunächst hochsignifikant, aber die fünf nach Jadad-Score qualitativ hochwertigsten Studien können keine signifikanten Effekte nachweisen (Cucherat et al. 2000).

Im Jahr 2005 erklärte dann eine die Schulmedizin mit der Homöopathie vergleichende Studie „Das Ende der Homöopathie ...“ (Shang et al. 2005). Sie verglich 110 RCTs beider Richtungen und griff jeweils acht Studien davon heraus. An Hand jener acht Studien konnte kein signifikanter Effekt der Homöopathie nachgewiesen werden.

Die Metaanalyse wurde von Seiten der Homöopathen stark kritisiert. So argumentierten z.B. Lüdtkke und Rutten, dass die Arbeit von Shang et al. spezifische Effekte homöopathischer Medikamente mit den spezifischen Effekten schulmedizinischer Arzneien vergleicht, aber nichts über die unspezifischen Effekte aussagen kann. Verschiedene vergleichende Studien hätten gezeigt, dass gesundheitsrelevante Effekte der Homöopathie mit denen der Schulmedizin vergleichbar sind. Es sei davon auszugehen, dass die Homöopathie in der Lage ist, unspezifische Effekte wesentlich besser für sich zu nutzen als die Schulmedizin (Lüdtkke & Rutten 2008).

Ein Versuch, das Behandlungssetting explizit mit zu berücksichtigen, sind so genannte Outcome-Studien. Die bisher umfangreichste Outcome-Studie zur Homöopathie haben Witt et al. vorgelegt. Fast 4.000 Patienten (davon über 1.000 Kinder) aus über 100 ambulant praktizierenden klassisch-homöopathischen Praxen wurden über zwei Jahre lang regelmäßig hinsichtlich ihres Gesundheitszustands und ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität befragt. Bei den überwiegend chronischen Erkrankungen (vor allem Asthma, allergische Rhinitis, Neurodermitis, LWS-Syndrom, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Depression) versuchten Witt et al. deutlich zu machen, dass homöopathisch behandelte Kinder und Erwachsene von stärkeren Verbesserungen des Gesundheitszustands berichteten als konventionell behandelte. Auf der Grundlage derartiger Outcome-Studien scheint die homöopathische Behandlung im Vergleich mit einer konventionellen zumindest gleich wirksam zu sein (Witt et al. 2005).

Der Streit um Wirksamkeit und Nutzen von (unterschiedlichen) homöopathischen Verfahren konnte m.a.W. bislang zwischen den so genannten Schulmedizinern und den so genannten Komplementärmedizinern nicht beigelegt werden; die Verständigungsbarrieren sind groß. Für die hier vorgelegte Studie ist dies insofern relevant, als die Inanspruchnahmeraten der Homöopathie (s.u.) von dem methodisch-wissenschaftlichen Disput offenkundig kaum berührt werden.

## **2.4 Inanspruchnahme – epidemiologische Daten**

Komplementärmedizinische Verfahren erfahren in allen diesbezüglich untersuchten Gesellschaften eine hohe Inanspruchnahme in der Bevölkerung. Verlässliche Raten sind schwer zu eruieren (Harris & Rees 2000), wobei seit einer frühen Studie von Eisenberg et al. zur Situation in den USA (1993) häufig von einem Drittel der Bevölkerung gesprochen wird, die über längere Zeiträume Erfahrungen mit komplementären Verfahren gemacht haben. Der soziale Status und das Alter spielen eine gewisse, oft aber überschätzte Rolle, auch die Intensität von Krankheiten allein scheint nicht durchgängig Weg bahrend zu sein; krankheitenbezogene Teilauswertungen deuten darauf hin, dass z.T. chronisch Kranke, etwa mit Diabetes mellitus, noch deutlich höhere Kontaktraten aufweisen (Astin 1998). Informationen über Abbruchraten im Kontext homöopathischer Behandlung liegen offenkundig nicht vor.

Marstedt hat im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2003 mit Hilfe standardisierter Fragen Hinweise darauf erhalten, dass sich die auch in Deutschland vergleichbar große Nachfrage in erheblichem Maß über die konkrete Erwartung an den unmittelbaren Behandlungsnutzen hinaus auf weiter reichende Ansprüche bezieht, die mit „sprechender Medizin, diskursiver Medizin und sanfter Medizin“ umschrieben werden (Marstedt 2003, Marstedt & Moebus 2002).

Bücker et al. führten 2008 in Deutschland einen Telefonsurvey bei Erwachsenen durch und erhielt Daten von 1.001 Männern und Frauen im Durchschnittsalter von 48 Jahren. 79,6% von ihnen berichten von gesundheitlichen Problemen, 45,3% leiden unter chronischen Schmerzen, 32,9% unter Herz-Kreislaufkrankungen, 27,8% unter fieberhaften Erkältungskrankheiten. 42,3% aller Interviewpartner hatten Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Anspruch genommen, davon 34,5% Akupunktur, 27,3% Homöopathie und 9,7% Phytotherapie. Als wesentliche Gründe für die Inanspruchnahme wurden die Vermeidung von Medikamenteneinnahmen (31,7%), die Empfehlung von Ärzten (26,7%) und die Unzufriedenheit mit dem Behandlungserfolg in der konventionellen Medizin (23,9%) genannt (Bücker et al. 2008).

Hoch ist insbesondere auch die Inanspruchnahme homöopathischer Behandlungen bei Kleinkindern. Zutavern et al. legen eine prospektive multizentrische Studie vor, die bei 3.097 Kindern untersucht, wie hoch die Inanspruchnahme von homöopathisch arbeitenden Ärzten und Heilpraktikern ist und kommt zu dem Ergebnis, dass 28% der Kinder bis zum zweiten Lebensjahr homöopathisch behandelt worden sind, davon 4,5% bei einem Heilpraktiker (Zutavern et al. 2007).

Mit welchen Indikationen Menschen homöopathische Praxen aufsuchen, wurde von Becker-Witt et al. im Rahmen einer prospektiven Kohortenstudie 1997-1999 an Hand von PatientInnen in Deutschland und der Schweiz untersucht. Daten von 3.981 PatientInnen wurden bezüglich der Indikationen und der Verordnungen mit einem zwei-Jahres Follow-up dokumentiert. Dafür wurden spezifische Falldokumentationsbögen verwendet. Die Teilnehmer setzten sich aus 2.851 Erwachsenen (davon 29% Männer, 71% Frauen) und 1.130 Kindern zusammen (52% Jungen und 48% Mädchen). Die meisten Patienten litten an chronischen Erkrankungen – die Erwachsenen seit 10,3 Jahren (+/- 9,8) und die Kinder seit 4,3 Jahren (+/- 4,3). Die häufigsten Diagnosen waren: allergische Sinusitis (bei den Männern), Kopfschmerzen (bei den Frauen) und atopische Dermatitis (bei den Kindern). Die durchschnittliche Erstanamnesezeit betrug bei den Erwachsenen 117 Minuten (+/- 43) und 86 Minuten (+/- 36) bei den Kindern. Im Durchschnitt hatten die Patienten im Verlauf der zwei Jahre 8,6 Konsultationen (Erwachsene) und die Kinder 8,9 Konsultationen, davon waren 50% persönliche Begegnungen und 50% Telefontermine. Hauptsächlich verordnet wurden die so genannten „großen“ Mittel (Sepia, Sulfur, Natrium muriaticum, Lykopodium), aber ebenso 600 kleinere, verschiedene Mittel (Becker-Witt et al. 2004).

## 2.5 Qualitative Forschung

Qualitative Studien befragen Therapeuten wie Therapeutinnen und Patienten wie Patientinnen nach ihrem Verständnis von Homöopathie und ihren konkreten Erfahrungen. Damit können sie wichtige Erkenntnisse zur Frage der Inanspruchnahme von Homöopathie jenseits des geschilderten Disputs um die Wirksamkeit der Homöopathie liefern.

Patienten wurden des Öfteren danach befragt, welche Erwartungen sie an das komplementärmedizinische Setting haben. So wurden von Richardson Patienten des National Health Service (NHS) in Großbritannien befragt, die Akupunktur, Osteopathie und Homöopathie nutzten. Die Befragungen ergaben folgende primäre Erwartungen an das komplementärmedizinische Setting: Entlastung von den Symptomen der Erkrankung unter denen man leidet, ausreichend Informationen, einen ganzheitlichen Zugang, eine verbesserte Lebensqualität, Hinweise zur Selbsthilfe, und die flächendeckende Zugänglichkeit komplementärmedizinischer Behandlungsangebote im NHS (Richardson 2004).

Von Mercer und Reilly wurden 14 Patienten befragt, die homöopathische Konsultationen im Glasgower Homöopathischen Krankenhaus in Anspruch nahmen. Es handelte sich um halbstrukturierte Tiefeninterviews, die mit der Grounded Theory ausgewertet wurden. Die Patientenerwartungen beziehen sich auf folgende Hauptkategorien: Die Zeit der Sprechstunden, die individuelle Behandlung, die Möglichkeit, die „eigene“ Geschichte erzählen zu können und beachtet zu werden, die gleichberechtigte Beziehung, den gegenseitigen Respekt, die gemeinsame Entscheidungsfindung und die ganzheitliche Behandlung (Mercer & Reilly 2004).

Rise und Steinsbekk befragten 16 Eltern von Kindern in homöopathischer und schulmedizinischer Behandlung über ihre Erfahrungen und Erwartungen. Auch hier nahmen für die Patienten der ganzheitliche Zugang, die längere Beratungszeit und eine höhere Übereinstimmung mit den eigenen Idealen und Vorstellungen einen hohen Stellenwert ein. Die Schlussfolgerung lautete, dass offensichtlich die Behandlungsphilosophie und das Behandlungsanliegen einen bedeutsameren Faktor darstellen als technische Details (Rise & Steinsbekk 2009).

2000 wurde im Journal für General Medicine in Großbritannien diskutiert, warum Patienten Komplementärmediziner in Anspruch nehmen und festgestellt, dass die Patienten im herkömmlichen System mit der Art der Kommunikation und den Erklärungsmodellen für die Erkrankung unzufrieden sind, Gefahren durch die moderne Pharmakotherapie fürchten sowie die fehlende Ganzheitlichkeit der Behandlung bemängeln. Patienten, die CAM-Nutzer sind, haben demnach mehr Vertrauen in die Selbstheilungsmöglichkeiten ihres eigenen Körpers. Sie wertschätzen die Zeit, die ihnen für die Behandlung zur Verfügung steht und die tiefgreifenden Förderungen ihrer Erkrankungen. Es handelte sich überwiegend um Patienten mit chronischen Erkrankungen, für die insbesondere die ihnen entgegengebrachte Wertschätzung und der psychologische Support ihrer Ärzte bedeutsam waren (White 2000).



Ein wachsendes Bewusstsein über die Bedeutung des Behandlungssettings als eigenständigem oder ergänzendem „Wirkmechanismus“ führten Thompson und Weiss zu der Fragestellung der aktiven Bestandteile des homöopathischen Settings, das sie als wesentlichen Bestandteil einer komplexen Intervention verstanden. Hierfür wurden ärztliche Konsultationen von 18 Patienten des homöopathischen Krankenhauses in Bristol/GB ausgewertet und mit anderen Daten – der Fallaufnahme vor und nach der Konsultation mit dem Arzt – sowie erkrankungsspezifischen Fragebögen und Befragungen von Zugehörigen trianguliert. Ca. ein Drittel der Patienten berichteten erhebliche Verbesserungen, ein Drittel wenig Verbesserungen und ein Drittel keine Verbesserungen. Als aktive Bestandteile einer wirksamen Arzt-Patienten-Interaktion wurden identifiziert: Offenheit des Patienten gegenüber Zusammenhängen zwischen Geist und Körper, Empathie während der Konsultation, differenzierte Erhebung der einzelnen körperlichen Beschwerden, Offenheit für den Suchprozess nach dem passenden Mittel und – eventuell oder auch nicht – das Mittel selber. Offensichtlich handelt es sich zum Teil um nicht spezifische Effekte, auch nicht spezifisch für das homöopathische Setting. Die therapeutische Rolle solcher Konstrukte wie die Offenheit des Patienten und der homöopathischen Anamnese sollten demzufolge weiter untersucht werden (Thompson & Weiss 2006).

Immer wieder wird in der Deutung vorhandener Patientenbefragungen das Thema „Enttäuschung über die Begegnungen mit Ärzten und Ärztinnen“ benannt, wobei dies keineswegs immer mit gleichzeitigen Enttäuschungen über fehlende Wirksamkeit verbunden sein muss. Neben, z.T. verbunden mit der insofern als Kommunikationshypothese bezeichneten Erklärung werden in der Literatur weitere Gründe für die hohe Inanspruchnahmeraten genannt. Astin (1998) stellt auf Grund einer (hier quantitativen) Patientenbefragung als besonders bedeutsam die Kongruenz von Wertevorstellungen zu Gesundheits- und Lebensfragen mit dem jeweiligen therapeutischen Konzept heraus: „The majority of alternative medicine users appear to be doing so not so much as a result of being dissatisfied with conventional medicine, but largely because they find these health care alternatives to be more congruent with their own values, beliefs and philosophical orientation towards health and life“ (Astin 1998). In einer weiteren Analyse ging Siahpush mittels eines Telefonsurveys zur gleichen Zeit (1998) ähnlich gelagerten Hypothesen nach:

- Inwieweit Unzufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis durch Schulmedizin die Haltung gegenüber Komplementärmedizin positiv beeinflusst (medical outcome hypothesis),
- inwieweit die Begegnung mit Schulmedizinern und Schulmedizinerinnen diesen Effekt hervorbringt (medical encounter hypothesis) und
- inwieweit „postmoderne Werte“ diesen Effekt hervorbringen (postmodern hypothesis).

Siahpush kommt erneut zu dem Ergebnis, dass nicht vorrangig Enttäuschungen über medizinische Behandlungsergebnisse, sondern über Begegnungen auslösend sein können: „People tend to favour alternatives because they think doctors have little respect for them, do not give them enough time, do not listen to them, act too authoritatively, and do not give them a chance to actively participate in the process of healing“ (Siahpush 1998). Und Siahpush sieht die Hypothese bestätigt, dass postmoderne Werte relevant sind: dies verbindet sich mit den Vorstellungen von Natürlichkeit versus Chemie, Gefahren durch Technologien und Kundenorientierung (consumerism).

Die Inanspruchnahme von Verfahren der Komplementärmedizin drückt nach gängiger Auffassung nicht allein die Suche nach einer konkreten, der konventionellen „Schulmedizin“ überlegenen Methode aus, sondern ist danach häufig vor allem auch ein Indikator für unzureichende Kommunikation zwischen den AnbieterInnen der traditionellen Medizin und ihren Patienten und Patientinnen. Forschung zur Komplementärmedizin, hier der Homöopathie, kann sich insofern nicht darauf beschränken, die „klassischen Fragen“ nach Gleichwertigkeit, Unter- oder Überlegenheit derartiger Verfahren in Studien zu untersuchen, sondern muss auch Beiträge dazu leisten, besser als bisher zu verstehen, welche unterschiedlichen Muster in der Kommunikation mit Therapeuten und Therapeutinnen patientenseitig erlebt werden. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass linguistische, diskursanalytische Studien plausibel machen, dass die stringente Art der schulmedizinischen Anamneseerhebung patientenrelevante Aspekte stark ausgrenzt und somit systematisch zu Kommunikationsstörungen in der therapeutischen Begegnung führen kann (Lalouschek 2002).

Nach den bisherigen qualitativen Erhebungen erscheint es aussichtsreich, aus einer weiteren qualitativen Studie zur Patientenperspektive mehr darüber zu erfahren, wie Patienten und Patientinnen die bislang schon als relevant definierten unspezifischen Elemente für das Entstehen einer heilsamen Arzt/Ärztin-Patienten/Patientinnen-Interaktion erleben. Dabei stellt sich dann vielleicht präziser als bisher die Frage, welche Effekte eher homöopathie-spezifisch und welche Effekte auch für die Homöopathie unspezifisch sind und von daher auch innerhalb anderer therapeutischer Settings – wie der Allgemeinmedizin – erbracht werden können.

### **3 Methodisches Vorgehen**

Die Auswahl der für ein Forschungsprojekt geeigneten Methoden ist eng verknüpft mit der Forschungsfrage. Im vorliegenden Projekt lautet die zentrale Forschungsfrage: „Wie erleben Patienten und Patientinnen ihre Versorgung durch homöopathisch tätige, niedergelassene Ärzte und Ärztinnen und welche Erfahrungen haben sie im Rahmen dieser Versorgung, auch im Vergleich zu so genannten konventionellen medizinischen Angeboten gemacht?“ Gerade bei chronischen Beschwerden bzw. Erkrankungen – so eine Vorannahme – kommt dem Bereich der Kommunikation und Interaktion zwischen Patienten/Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen eine wichtige Rolle im Versorgungsprozess zu. Insoweit ist ferner nach patientenseitigem Kommunikations- und Interaktionserleben zu fragen. In dem gewählten Forschungsdesign liegt das Interesse ausdrücklich nicht auf der Frage nach spezifischer Wirksamkeit homöopathischer Verfahren. Zielsetzung des Projektes ist es, weiterführende Erkenntnisse für die kommunikative und interaktive Gestaltung von Versorgungsprozessen – im Rahmen von Schulmedizin und Homöopathie – zu gewinnen.

Vor dem Hintergrund der Forschungsfragen und der Zielsetzung ist für das Projekt ein qualitatives Design gewählt worden. Mit qualitativen Methoden werden Phänomene sowie die Bedeutungen, die diese für die beteiligten Personen haben, untersucht. Insoweit ist qualitative Forschung geeignet für die Mikroebene sozialer Analysen und orientiert sich am interpretativen Paradigma. Damit einher geht das generelle Forschungsziel, soziale Wirklichkeiten nachvollziehen und verstehen zu wollen. Neben dem Prinzip der Offenheit als Grundlage qualitativer Forschung – in Abgrenzung zum Prinzip der Standardisierung bei quantitativer Forschung – sind demnach als weitere Kennzeichen Subjektorientierung, Alltagsorientierung und Kontextualität zu benennen. (Flick et al. 2000, Flick 2007/2002)

#### **3.1 Methoden der Erhebung und Auswertung**

Zum Erfassen der subjektiven Sichtweisen von Patienten und Patientinnen, die bei homöopathisch tätigen Ärzten/Ärztinnen in Behandlung sind, ist auf der Erhebungsebene die Methode der Befragung in Form von leitfadengestützten Experteninterviews nach Meuser und Nagel (2005) gewählt worden. Für die Auswertung ist eine textanalytische Methode, das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003), genutzt worden.

Der Begriff des Experteninterviews verdeutlicht, dass die für ein Interview angefragten Personen als Experten oder Expertinnen – z.B. bezogen auf ein Thema, einen Sachverhalt oder eine Personengruppe – betrachtet werden. Nach Meuser und Nagel ist ein Kennzeichen von Experten und Expertinnen – im Sinne der hier vorgestellten

Methodik – dass sie „selbst Teil des Handlungsfeldes sind“ (Meuser & Nagel 2005: 73) und nicht als Außenstehende auf das zu untersuchende Feld schauen. Als Basis für die Durchführung von Experteninterviews empfehlen Meuser und Nagel die Entwicklung eines Interviewleitfadens, der neben einer intensiven Vorbereitung der Interviewer und Interviewerinnen eine Konzentration auf die ausgewählten Themenspektren gewährleistet und damit zugleich – sprachlich wie inhaltlich – die Anerkennung der Befragten als Experten und Expertinnen sicherstellt (Meuser & Nagel 2005: 75). Methodisch handelt es sich damit um einen teilstrukturierten, halboffenen Interviewleitfaden (Mayring 2002: 66f.).

Der für die Durchführung der Interviews im Rahmen des Projektes „Perspektiven von Patientinnen und Patienten auf ihre Versorgung durch homöopathisch tätige Ärzte und Ärztinnen“ entwickelte Leitfaden<sup>1</sup> setzt sich zusammen aus einer Erzählaufforderung zur Gestaltung der Eröffnungssituation des Interviews und sich an die Einstiegs-erzählung anschließende Leitfragen. Mit der Verwendung einer Erzählaufforderung erfolgt eine Abweichung vom herkömmlichen Experteninterview in der Beschreibung von Meuser und Nagel (2005) und damit zugleich eine für qualitative Forschung charakteristische Kombination und Weiterentwicklung bestehender Methoden (Knoblauch 2008).

Die Erzählaufforderung zu Beginn des Interviewleitfadens lautet folgendermaßen: *„Ich möchte Sie bitten, sich zurück zu erinnern an Ihre ersten Erlebnisse mit homöopathisch-ärztlicher Behandlung; in welcher Lebenssituation Sie sich befunden haben und wie Ihr damaliger Weg zur Homöopathie verlaufen ist. Sie können sich für Ihre Erinnerungen gerne so viel Zeit nehmen wie Sie möchten, auch für Einzelheiten, denn für mich ist alles das interessant, was für Sie wichtig ist.“*

Der Interviewleitfaden umfasst Leitfragen zu den nachstehenden Themen: Erfahrungen mit homöopathischer Medizin/Aktuelle Einschätzungen, Homöopathische Medizin versus Schulmedizin, Behandlungsentscheidungen und Bedeutung von Krankheit und Gesundheit. Nach Durchführung von zwei Pre-Tests und einer sich daran anschließenden geringfügigen Modifikation des Leitfadens ist mit der Erhebung begonnen worden, die die Durchführung von insgesamt dreiundzwanzig Interviews mit sechsundzwanzig Patienten und Patientinnen umfasst. Drei Interviews sind mit jeweils zwei Interviewpartnern und -partnerinnen durchgeführt worden. Detaillierte Angaben zur Samplebildung finden sich in den Kapiteln 3.2 und 3.3.

Zur Realisierung der Interviews sind die Gesprächspartner und -partnerinnen an ihren jeweiligen Wohnorten aufgesucht worden. Nach einer schriftlichen Zustimmung (Einwilligungserklärung<sup>2</sup>) der Befragten zur Bandaufnahme und damit verbunden auch zur

---

<sup>1</sup> Der Leitfaden ist im Anhang des Abschlussberichtes abgebildet.

<sup>2</sup> Die Einwilligungserklärung ist im Anhang des Abschlussberichtes abgebildet.

methodisch geleiteten Auswertung der Interviewtexte sind die durchschnittlich sechzig Minuten dauernden Interviews durchgeführt worden. Die Befragten haben für ihre Teilnahme am Projekt eine finanzielle Aufwandsentschädigung erhalten.

Bezogen auf die Ebene der Auswertung ist für das Projekt die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2003) gewählt worden. Kennzeichnend für die qualitative Inhaltsanalyse sind nach Mayring das Verfahren der Zusammenfassung, das der Explikation und das der Strukturierung (Mayring 2003: 56ff.). Alle drei Verfahren sind beim Prozess der Auswertung zu berücksichtigen. Der Auswertungsprozess beginnt mit einer wortgenauen Transkription aller Interviews<sup>3</sup>. In einem nächsten Schritt werden die Interviews pseudonymisiert, d.h. alle im Text enthaltenen Hinweise auf die Interviewpartnerin/den Interviewpartner werden entfernt bzw. ersetzt (z.B. statt ‚wohnt in Bremen‘ ‚wohnt in J-Stadt‘), und kodiert. Im Rahmen des vorliegenden Projektes sind die Interviews mit „W1“ bis „W23“ kodiert worden. Zugleich ist jedem Interviewpartner und jeder Interviewpartnerin ein Buchstabe zugeordnet worden, wobei sich die alphabetische Vergabe der Buchstaben an der numerischen Reihenfolge der Interviews orientiert hat, d.h. W1 ist die Kodierung für das Interview mit Herrn A, W2 für das Interview mit Frau B usw.

Vom einzelnen Interview ausgehend, erfolgt dann im nächsten Schritt eine Paraphrasierung der einzelnen Interviewtexte. Durch verschiedene Schritte der Reduktion, z.B. Bündelung bei Überschneidungen, ergibt sich eine Zusammenfassung der Paraphrasen und damit des gesamten Interviewmaterials. Die Zusammenfassung entlang von Themenkomplexen führt zugleich zur Entstehung eines aus dem Material abgeleiteten Kategoriensystems, das es wiederum – in Verbindung mit Schritten der Explikation und der Strukturierung – entlang aller Interviews zu überprüfen gilt (Mayring 2003: 59ff.).

Ein Kategoriensystem kann auch von ‚außen‘, also entlang bereits vorliegender theoretischer Erkenntnisse an das Material herangetragen werden (Mayring 2003: 74f.). Forschungspraktisch ist in der Regel eine Parallelität beider Varianten zu erwarten, also eine Kombination aus einem aus dem Material zu entwickelnden und an das Material heranzutragenden Kategoriensystems. Eine solche Vorgehensweise ist auch in der vorliegenden Studie gewählt worden.

Die Auswertung der Interviews hat sowohl in Gruppen als auch in Einzelarbeit stattgefunden. Die Hälfte der Interviews konnte in einer Forschungswerkstatt<sup>4</sup> vorgestellt bzw.

---

<sup>3</sup> Eine Auflistung der im Projekt genutzten Transkriptionsnotationen befindet sich im Anhang.

<sup>4</sup> Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der AKG arbeiten in der Forschungswerkstatt des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen mit.

in einer speziell für das Projekt gebildeten Auswertungsgruppe<sup>5</sup> interpretiert werden. Die Interpretationsarbeit in Gruppen dient nicht zuletzt einer „argumentative(n) Interpretationsabsicherung“ (Mayring 2002: 145) wie auch einer „intersubjektive(n) Nachvollziehbarkeit“ (Steinke 2000: 324) und stellt somit ein Gütekriterium qualitativer Forschung dar. Die zweite Hälfte der Interviews ist von den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen im Projekt ausgewertet worden. Die Präsentation der Ergebnisse erfolgt in Form Interview übergreifender und thematisch zusammenfassender Illustrationen. Bezogen auf die gesamte Auswertung bleibt anzumerken, dass die Ergebnisse Einstellungen und Haltungen der Interviewpartner und –partnerinnen widerspiegeln. In Abgrenzung dazu ist es entlang der Interviews nicht möglich, Aussagen zur Ebene des konkreten Verhaltens zu machen – weder zu dem der Patienten und Patientinnen noch zu dem der Ärzte und Ärztinnen.

### 3.2 Samplebildung

Mit Beginn der Samplebildung stellt sich in einem ersten Schritt die Frage, wie die Erhebungsregion, in Abhängigkeit zu den Rahmenbedingungen des Projektes, definiert werden soll. Da die Untersuchung patientenseitiger Perspektiven auf ihre Versorgung durch homöopathisch tätige Ärzte und Ärztinnen keine spezifische Region nahelegt<sup>6</sup>, ist die Festlegung der Erhebungsregion zum einen auf der Basis von Informationsgesprächen mit Experten für das Thema homöopathisch-ärztlicher Versorgung und zum anderen auf der Grundlage von Absprachen zwischen den das Projekt fördernden Einrichtungen<sup>7</sup> erfolgt. So ist als Erhebungsregion für das Projekt ein im Bundesland Baden-Württemberg gelegenes Gebiet definiert worden, das sowohl großstädtische, städtische als auch ländliche Bezirke umschließt. Der Auswahlentscheidung inhärent ist die Vorannahme, dass eine Erhebungsregion mit differenter Besiedlungsstruktur die Aussicht auf Perspektivenvielfalt seitens der Interviewpartner und -partnerinnen erhöhen kann. Auf eine namentliche Benennung des ausgewählten Gebietes wird verzichtet, um die Anonymität der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner bestmöglich zu sichern.

Im Anschluss an die Definition der Erhebungsregion sind in einem zweiten Schritt einzelne Kriterien zur Gestaltung des Samples sowie damit verbundene Wege der Suche nach potentiellen Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen festzulegen. Im Sin-

---

<sup>5</sup> Im Rahmen des Projektes ist eine interdisziplinär zusammengesetzte Interpretationsgruppe, bestehend aus Forschern und Forscherinnen der Fachrichtungen Medizin, Gesundheitswissenschaften, Kulturwissenschaften, Public Health sowie Sozialpädagogik und Pädagogik gegründet worden.

<sup>6</sup> Beispiele für Forschungsprojekte, die spezifische Erhebungsregionen nahelegen, sind z.B. Projekte, denen ein regionaler Vergleich (z.B. Ost-West oder Nord-Süd) inhärent ist oder auch Projekte, die das Erfassen von Perspektiven genau beschriebener und definierter Personengruppen (z.B. Interviews mit Professoren und Professorinnen für Allgemeinmedizin in Deutschland) vorsehen.

<sup>7</sup> Das Projekt wird jeweils anteilig durch die AOK Baden-Württemberg und die Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (Bremen) gefördert.

ne einer möglichst vielfältigen Zusammensetzung des Samples ist im Projekt eine Berücksichtigung folgender Kriterien angestrebt worden: Durchführung von Interviews mit Männern und Frauen, die zum Zeitpunkt des Interviews aufgrund chronischer Beschwerden/Erkrankungen seit mindestens einem Jahr bei einem homöopathisch tätigen Arzt/bei einer homöopathisch tätigen Ärztin in Behandlung sind sowie Durchführung von Interviews mit Müttern und Vätern, deren Kinder seit mindestens einem Jahr in homöopathisch-ärztlicher Behandlung sind. Neben der Behandlungsdauer ist als weiteres Kriterium ein Mindestalter von achtzehn Jahren für die Teilnahme an einem Interview festgelegt worden. Angestrebt worden ist ferner eine möglichst große Altersheterogenität der am Projekt teilnehmenden Patienten und Patientinnen. Ein weiteres, für die Samplebildung zu berücksichtigendes Kriterium ist die jeweilige Versicherungsart, d.h. optimalerweise erreicht werden sollte eine Kombination aus Versicherten der AOK, Versicherten verschiedener Ersatzkrankenkassen sowie privat versicherten Interviewpartnern und -partnerinnen. Ein letztes, indirektes Auswahlkriterium bleibt zu benennen. Die an der Studie teilnehmenden Patienten und Patientinnen sollten bei Ärzten und Ärztinnen in Behandlung sein, die entweder über das vom Dt. Zentralverein homöopathischer Ärzte verliehene „Homöopathie-Diplom“ oder über die von den Ärztekammern verliehene Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ verfügen.

In Anlehnung an die vorab skizzierten Kriterien folgt nun eine Darlegung der im Projekt genutzten Wege der Suche nach Frauen und Männern, die an einem Interview interessiert sind. Die Suche ist begonnen worden mit einem kurzen Text zum Projekt in der Mitgliederzeitschrift „Bleib gesund“ der AOK Baden Württemberg:

*Welche Erfahrungen haben AOK-Versicherte mit der Behandlung bei homöopathisch tätigen Ärzten und Ärztinnen gemacht? Um dieser Frage nachzugehen, führt die Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung der Universität Bremen Interviews mit Versicherten durch. Wer Interesse hat, an dem Projekt teilzunehmen, sollte mindestens ein Jahr lang in Behandlung bei homöopathisch tätigen Ärzten gewesen sein. Die Interviews werden jeweils in den Wohnorten der Versicherten durchgeführt. Die Angaben aus den Interviews bleiben anonym. Interessierte können sich telefonisch oder per E-Mail melden bei (Angaben zur Erreichbarkeit der Projektmitarbeiterinnen).*

Die Suche nach Interviewpartnern und -partnerinnen hat ferner eine schriftliche Kontaktaufnahme zu homöopathisch tätigen, in der ausgewählten Erhebungsregion niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen der Gebiete Innere Medizin und Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendmedizin umfasst. Mit Hilfe der Suchfunktion auf der Internetseite des Dt. Zentralvereins homöopathischer Ärzte sind zunächst alle in der Erhebungsregion niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen mit den entsprechenden fachärztli-

chen Bezeichnungen herausgesucht worden. Da die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen im Verhältnis zur angestrebten Zahl an Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern als zu groß erschien, hat ein erneuter Auswahlprozess – entlang der Kriterien Geschlecht, Niederlassungsort innerhalb der Erhebungsregion sowie Praxisart (Einzel- bzw. Gemeinschaftspraxis, Kassen- bzw. Privatpraxis, Kassenpraxis Sonderverträge Homöopathie) – stattgefunden. Insgesamt sind zwanzig Ärzte und Ärztinnen angeschrieben worden. Das Anschreiben hat sich zusammengesetzt aus einer Erläuterung zum Projekt, aus einer Anzahl von zwanzig Briefen, die die Ärzte und Ärztinnen gebeten worden sind, der Reihe nach an ihre Patienten und Patientinnen weiterzugeben, sowie einem unterstützenden Begleitschreiben seitens des Dt. Zentralvereins homöopathischer Ärzte<sup>8</sup>. Die Briefe an die Patienten und Patientinnen haben eine Erläuterung zum Projekt umfasst, verbunden mit der Bitte, sich bei Interesse telefonisch oder per E-Mail mit den Projektmitarbeiterinnen in Verbindung zu setzen. Ca. sechs Wochen nach Versand des ersten Anschreibens ist den ausgewählten Ärzten und Ärztinnen ein Erinnerungsschreiben zugeschickt worden.

Im Bestreben um eine Berücksichtigung größtmöglicher Vielfalt sind im Prozess der Samplebildung weitere Wege der Suche nach Interviewpartnern und -partnerinnen genutzt worden. Anzeigen mit einer kurzen Projektbeschreibung sowie der Bitte, sich bei Interesse an die Projektmitarbeiterinnen zu wenden, sind in verschiedenen regionalen Tageszeitungen, in der Mitgliederzeitschrift des Bundesverbandes für Homöopathie e.V. (BPH) und in der Zeitschrift „Natur und Medizin“ der Carl und Veronika Carstens Stiftung veröffentlicht worden.

Alle Wege der Suche berücksichtigend, haben insgesamt achtundsechzig Personen – sechzig Frauen und acht Männer im Alter von zwanzig bis neunundsiebzig Jahren – ihr Interesse an einem Interview bekundet. Durchgeführt worden sind Interviews mit sechszwanzig Personen, einundzwanzig mit Frauen und fünf Interviews mit Männern. Drei der Interviews sind auf Wunsch der Interviewpartnerinnen und -partner nicht als Einzel- sondern als Gemeinschaftsinterviews, d.h. als Interviews mit heterosexuellen Paaren, gestaltet worden. Weiterführend zu beschreiben bleibt der Prozess der Auswahl von Interviewpartnern und -partnerinnen aus der Gruppe aller Interessierten. In einem ersten Schritt sind mit allen Personen, die an der Studie teilnehmen wollten, ausführliche telefonische Gespräche geführt worden, zum einen um das Projekt und die Rahmenbedingungen eines potentiellen Interviews zu beschreiben, die Projektmitarbeiterinnen vorzustellen sowie offene Fragen zu beantworten, zum anderen um einzelne, für die Samplebildung notwendige Informationen von den Gesprächspartnerinnen und -partnern zu erhalten. Die Angaben der Interessierten sind entlang einer

---

<sup>8</sup> Wir bedanken uns herzlich beim Ersten Vorsitzenden des Berufsverbandes homöopathischer Ärztinnen und Ärzte Baden-Württemberg e.V., Herrn Andreas Gärtner (Arzt für Allgemeinmedizin – Homöopathie), für seine Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu homöopathisch tätigen Ärzten und Ärztinnen in der Erhebungsregion.



Checkliste handschriftlich notiert und anschließend kodiert worden. Die Aufbewahrung der Kontaktdaten (Name, Anschrift, Telefonnummer und E-Mail) erfolgt getrennt von den mittels Checkliste erhobenen personenbezogenen Daten (Homöopathische Qualifikation des Arztes/der Ärztin, Modus der Krankenversicherung, Alter, wohnhaft in der Stadt/auf dem Land, beruflicher Status, familiäre Situation sowie Behandlungsgründe).<sup>9</sup> Die Datentrennung wie auch die handschriftliche Dokumentation stellen eine Facette dar aus dem Gesamtkonzept der AKG zu Ethik und Datenschutz im Kontext qualitativer Forschung (Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung 2009).

Im Rahmen des ersten Telefonates ist allen Interessierten zugesichert worden, dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Projekt weder an die behandelnden Ärzte/Ärztinnen noch an die jeweilige Krankenkasse Angaben über die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme weiterleiten. Auch jenseits dieser Angabe hat es zu keinem Zeitpunkt im Projekt einen Datenaustausch zwischen der AKG und den behandelnden Ärzten/Ärztinnen bzw. der jeweiligen Krankenkasse der Interviewpartnerinnen und -partner gegeben. Zum Abschluss des Telefonates ist in der Regel ein Zeitraum für einen erneuten Telefonkontakt verabredet worden. Auf diese Weise haben die Gesprächspartner und Gesprächspartnerinnen die Möglichkeit gehabt ihre potentielle Teilnahme am Projekt zu überdenken und auch die Projektmitarbeiterinnen hatten Zeit, um die erforderlichen Auswahlentscheidungen zu treffen. Im Rahmen des zweiten Telefonats sind dann Ort und Zeit des Interviews verabredet worden. Je nach Wunsch haben die Interviews entweder in der Wohnung der Interviewten oder in kleinen Konferenzräumen wohnortnah gelegener Hotels stattgefunden. Alle Interessierten, mit denen aus Gründen der Sampleauswahl keine Interviews durchgeführt werden konnten, sind telefonisch oder – sofern dies nicht möglich gewesen ist – per E-Mail – über diese Entscheidung informiert worden. Umgekehrt hat es auch Interessierte gegeben, die ihre Bereitschaft zum Interview mit dem zweiten Telefonat zurückgezogen haben. Ein Interview konnte nicht stattfinden, da der Interviewpartner zur verabredeten Zeit nicht am abgemachten Ort erschienen ist.

Von den insgesamt dreiundzwanzig Interviews konnten zweiundzwanzig im ausführlichen Auswertungsprozess berücksichtigt werden. Von einer vertieften Auswertung des verbleibenden Interviews ist aufgrund eines ‚extremen Interviewverlaufs‘ (Meuser & Nagel 2005: 78f.) abgesehen worden. Das Interview ist gekennzeichnet durch sehr kurze Antworten. Beispielhaft sei auf die folgend Sequenz hingewiesen, in der der Interviewpartner danach gefragt worden ist, wie er die zur ärztlich-homöopathischen Erstanamnese gehörenden Fragen erlebt hat. *„Ja war, war okay (lacht). War nicht irgendwie jetzt schlimm oder so.“* (W20/81-82) Das Interview ist im Sinne von Hintergrundwissen in die Arbeit im Forschungsprojekt eingeflossen.

---

<sup>9</sup> Eine Abbildung der Checkliste befindet sich im Anhang zum Abschlussbericht.

### Beschreibung des Samples

Auf der Grundlage der skizzierten Vorüberlegungen, der entwickelten Kriterien wie auch der durchgeführten Auswahlprozesse zeigt sich die Zusammensetzung des Samples für die Untersuchung patientenseitiger Perspektiven auf ihre Versorgung durch homöopathisch tätige Ärzte und Ärztinnen folgendermaßen:

Interviewt worden sind einundzwanzig Frauen im Alter von einunddreißig bis fünfundsiebzig Jahren und fünf Männer im Alter von neunundzwanzig bis fünfzig Jahren.

**Tabelle 1: Samplezusammenstellung**

Alter	18-30 Jahre	31-40 Jahre	41-50 Jahre	51-60 Jahre	61-70 Jahre	71-80 Jahre
Anzahl Frauen	0	6	8	5	1	1
Anzahl Männer	1	2	1	1	0	0

Zehn der interviewten Frauen und zwei der interviewten Männer leben in der Stadt, elf der Frauen und drei der Männer am Stadtrand bzw. in ländlicher Umgebung. In einer Partnerschaft leben sechzehn der einundzwanzig Frauen und vier der fünf Männer. Sechs Personen, fünf Frauen und ein Mann, leben alleine. Insgesamt dreizehn Frauen und drei Männer aus der Gruppe der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen haben Kinder, wobei die Kinder von drei Frauen bereits erwachsen sind, d.h. nicht mehr im Haushalt der Eltern leben. Die ärztliche Versorgung erwachsener Kinder ist in den Interviews nicht thematisiert worden. Bei zwei der zehn Frauen mit kleineren Kindern steht vorrangig die homöopathisch-ärztliche Versorgung der Kinder im Mittelpunkt der Interviews, die Frauen selbst sind nicht in homöopathisch-ärztlicher Versorgung. Während alle interviewten Männer in Vollzeit berufstätig sind, trifft dieses auf acht der einundzwanzig Frauen zu. Acht Frauen übernehmen Familienarbeit, drei von ihnen kombinieren die Familienarbeit mit einer Teilzeitberufstätigkeit. Eine der interviewten Frauen war zum Zeitpunkt des Interviews arbeitslos, vier waren im Ruhestand. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Art der Krankenversicherung der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen:

**Tabelle 2: Versicherungsstatus der interviewten Personen**

Krankenkasse/ Krankenversicherung	Frauen	Männer	Gesamt
AOK	12	4	16
Ersatzkrankenkassen	7	1	8
Private Krankenkasse	2	0	2
davon mit Zusatzversicherungen	2	0	2

Zwanzig der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen haben angegeben, dass sie selbst und/oder ihr Kind/ihre Kinder in homöopathisch-ärztlicher Versorgung bei einem Arzt/einer Ärztin sind, die über ein vom Dt. Zentralverein homöopathischer Ärzte verliehenes „Homöopathie-Diplom“ verfügen. Fünf Personen sind in Behandlung bei einem Arzt/einer Ärztin mit der von einer Ärztekammer verliehenen Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ und zwei bei einem Arzt/einer Ärztin mit der von einer Ärztekammer verliehenen Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“. Die Anzahl von siebenundzwanzig Ärzten und Ärztinnen (bei sechsundzwanzig Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen) ergibt sich, da bei einer Familie unterschiedliche Ärzte/Ärztinnen für die Versorgung der Kinder und der Erwachsenen aufgesucht werden. Entgegen der vorab beschriebenen Kriterien sind zwei Personen ins Sample aufgenommen worden, obwohl sie bei Ärzten/Ärztinnen mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ in Behandlung sind. Diese Entscheidung ist in Abwägung der verschiedenen Auswahlkriterien getroffen worden mit dem Ziel, die Altersheterogenität und die Breite des Krankheitspektrums zu erweitern. Das Krankheitspektrum reicht – bezogen auf die Interviewpartner und -partnerinnen sowie ihre Kinder – von Infekten, chronischen Atembeschwerden, Asthma, Neurodermitis und verschiedenen Allergien über Erschöpfung, Hyperaktivität, Rücken- und Kopfschmerzen bis hin zu bösartigen Tumoren und verschiedenen Autoimmunerkrankungen.

Die Beschreibung zur Samplebildung zeigt, dass es trotz (zeit)intensiver Suche nach Interviewpartnern und -partnerinnen nicht gelungen ist, alle definierten Kriterien zur Sampleauswahl zu berücksichtigen. Als besondere Schwierigkeit hat sich die Suche nach Männern erwiesen, die Interesse hatten, an einem Interview teilzunehmen. Statt einer gleich großen Anzahl von Frauen und Männern konnten letztlich nur fünf Männer – im Verhältnis zu einundzwanzig Frauen – interviewt werden. Für zukünftige Projekte zu erörtern bleibt, welche weiteren Wege der Suche nach Interviewpartnern und -partnerinnen denkbar sind, um eine größtmögliche Vielfalt bei der Samplebildung zu erreichen.

## **4 Ergebnisdarstellung**

Die Ergebnisdarstellung ist in drei Abschnitte unterteilt. Im ersten Teil (Kap. 4.1) werden Ergebnisse vorgestellt, die sich auf „das Besondere“ der Homöopathie, auf unterschiedliche Zugangswege und auf den Behandlungsrahmen beziehen. Der zweite Abschnitt (Kap. 4.2) umfasst Vorstellungen und Haltungen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner zu Heilung und Krankheit. Und im dritten Abschnitt (Kap. 4.3) wird das Thema „Schulmedizin und Homöopathie“ – unter besonderer Berücksichtigung von Aspekten der Kommunikation und Interaktion – erörtert.

### **4.1 Das Besondere der Homöopathie, Zugangswege und Behandlungsrahmen**

Das erste Kapitel des Abschlussberichtes beschäftigt sich mit den Zugangswegen zur homöopathischen Behandlung und dem aus Sicht unserer Interviewpartnerinnen Besonderem der Homöopathie – den von den Interviewpartnerinnen wahrgenommenen Wirkungen und Nebenwirkungen der Homöopathie und der Wahrnehmung der Homöopathie als Hilfe zur Selbsthilfe.

#### **4.1.1 Motive zum Aufsuchen einer homöopathischen Praxis**

Die Motive, die zum Aufsuchen einer homöopathisch arbeitenden Praxis führen, sind sehr unterschiedlich. Auf Grund des Textmaterials konnten bei unseren Interviewpartnern und -partnerinnen vier verschiedene Grundmotivationen zum Aufsuchen einer homöopathischen Praxis identifiziert werden:

4.1.1.1 Es liegen bereits Erfahrungen in der homöopathischen Behandlung von Seiten der Angehörigen, der Freunde oder der Arbeitsstelle vor, auf die bei Bedarf zurückgegriffen werden kann, so dass der Zugang bereits gebahnt ist.

4.1.1.2 Suche nach Alternativen zu dem negativ erlebten schulmedizinischen Setting. Unterschiedliche negative Erfahrungen im schulmedizinischen Setting, sei es in Bezug auf den fehlenden Behandlungserfolg, die starken Nebenwirkungen oder die fehlende Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patienten, führen zu einer Suche nach Alternativen.

4.1.1.3 Es wird von vornherein eine alternative Behandlung gesucht, wobei hierunter sowohl eine gute Arzt-Patienten-Beziehung, als auch der pflegliche Umgang mit dem Körper gemeint sein kann.

4.1.1.4 Der Zugang zur Homöopathie ist ausschließlich Zufall.

#### **4.1.1.1 Positive Erfahrungen in Familie, Freundeskreis oder der Arbeitsstelle**

Ein Zugang zur Homöopathie ist die Tradition oder die Erfahrung von Freunden oder Verwandten. Häufig liegen bereits positive Erfahrungen im Umgang mit homöopathisch arbeitenden Ärzten oder Heilpraktikerinnen vor, auf die unsere Interviewpartnerinnen aufbauen. Die aktive Entscheidung zur Homöopathie erfolgt im Laufe eigenständiger positiver Erfahrungen. Die erfolgreiche Behandlung der Kinder kann dazu führen, dass im Laufe der Zeit die gesamte Familie den Homöopathen zum hauptsächlichen Ansprechpartner wählt. So sucht zum Beispiel Frau B, angeregt durch die Erfahrungen der Mutter, die schon mehrere Jahre in homöopathischer Behandlung ist, mit dem Ziel der Behandlung ihres von einer Allergie betroffenen Sohnes eine homöopathische Ärztin auf. Die homöopathische Behandlung des Sohnes überzeugt Frau B; inzwischen ist die gesamte Familie in homöopathischer Behandlung. *„Also, ich muss dazu sagen, die erste Erfahrung mit Homöopathie war nicht speziell für mich, sondern ich kam zur Homöopathie über meine Mutter, meine Mutter praktiziert das schon seit Jahren. Und wir haben das damals aufgegriffen für meinen Mann und meinen Sohn, die beide hochgradig Allergiker sind. (...) Und bin dann eben einfach mal mit meiner Mutter mitgegangen.“* (W2/14-23) Auch berufliche Kontakte können den Zugang zur Homöopathie bahnen, für den man sich dann aber auf Grund einer persönlichen Erkrankung oder im Laufe der Behandlung noch bewusst entscheiden muss. *„Also das Interesse an der Homöopathie hat schon angefangen, als ich noch in der Apotheke geschafft hab. Da hatten mir 'n Arzt nebendran gehabt, der homöopathisch geschafft hat. Und für mich war das immer ganz erstaunlich, dass Leut mit Bluthochdruck komme sind und nur ihre Globuli abgeholt haben und net unsere teure Arzneimittel. Hat mir aber selber persönlich net berührt, aber einfach neugierig gemacht. Und selber zur Homöopathie bin ich dann durch unsern erste Sohn komme.“* (W4/8-12)

#### **4.1.1.2 Suche nach Alternativen zu dem negativ erlebten schulmedizinischen Setting**

Nach einer alternativen Behandlung zur Schulmedizin wird gesucht, wenn die schulmedizinischen Behandlungen als erfolglos oder der Umgang mit den Patienten als unbefriedigend wahrgenommen wurden. Welche Methode im Einzelnen eingesetzt wird, ist für die Patienten dabei weniger wichtig. Wichtiger ist die Haltung, die die Ärzte und Ärztinnen den Patienten gegenüber zum Ausdruck bringen, die von Respekt, Interesse und Aufmerksamkeit geprägt sein soll. Das jeweilige alternative Verfahren muss offen sein für das, was die Patienten erzählen. Auch unbefriedigte Bedürfnisse der Patienten nach angemessenen Informationen und dem Abwägen von Vor- und Nachteilen einer schulmedizinischen Intervention können Anlass für das Aufsuchen einer alternativen Behandlungsform sein. Wichtig ist außerdem, dass die Behandlung einen Ansatz beinhaltet, der die einzelnen Symptome in einen Zusammenhang bringen kann und ne-

benwirkungsarm ist. Diesen Anforderungen scheint das homöopathische Behandlungssetting zu entsprechen.

### **Suche nach Alternativen bei unbefriedigenden Behandlungsergebnissen**

Eine schulmedizinische Behandlung wird als erfolglos und unbefriedigend wahrgenommen, wenn die durch eine Erkrankung ausgelöste Symptomatik ohne spürbare Besserung anhält, wodurch die Lebensqualität maßgeblich leidet und zusätzlich die hohen Nebenwirkungen der Medikamente zum Tragen kommen. Dementsprechend gilt der Wunsch nach Verbesserung der Symptomatik, die damit einhergehende Steigerung der Lebensqualität und die Reduzierung bzw. Vermeidung der durch langfristige Medikamenteneinnahme erzeugten Nebenwirkungen als hauptsächliche Motivation zum Aufsuchen und Beibehalten eines homöopathischen Behandlungssettings. So leiden die Kinder von Frau D unter Neurodermitis und bekommen kortisonhaltige Cremes verordnet. Durch die Behandlungen ist die gesamte Familie hohen Belastungen ausgesetzt. Die Reduzierung der Neurodermitis durch die homöopathische Behandlung entlastet die Familiensituation. *„Der Sohn, der hat recht früh mit Neurodermitis angefangen. Und dann war halt ja, Kinderarzt hat halt gesagt auf Diät, mal austeste was er net verträgt. Und dann war das so, dass ich nur noch extra kocht hab, nur noch extra backe hab, nur noch mit Dinkelbrot und und und, ein Mordsaufwand. Und überall wo mir hingange sind, musst ich immer alles mitnehme, war Chaos, unheimlich anstrengend. Und hab dann über mei Tante von einem Arzt erfahre, der bei meiner Cousine homöopathisch behandelt hat. Die hat Hausstauballergie ket und hat da recht gute Erfolge ket. Und da bin ich mit dem Sohn dort hingange und es war dann so, dass durch die Behandlung des besser worde ist, aber net ausreichend. Also es war so, dass gewisse Sache vertrage worde sind, aber trotzdem war er net frei von Ausschläge und so. Aber ich war immerhin mit dem mal zufrieden so dass die Cortisontablette im Schrank bliebe sind vorerst.“ (W4/14-24)*

Allergien sind ein häufiger Anlass, einen Alternativmediziner aufzusuchen. Frau E (W5) möchte ihre Hochglanzzeitschriften wieder lesen und gibt sich deshalb mit dem klassischen Vermeidungskonzept der Schulmedizin nicht zufrieden. Frau U (W21) leidet unter Allergien und die Hilflosigkeit der Schulmedizin zwingt sie, sich eine Alternative zu suchen. *„(...), ich komme von, von 'ner extrem allergischen Neigung, die ganz früh vor allem im Heuschnupfen sich ausgetobt hat, aber sich dann im Laufe der Schulzeit immer mehr in Richtung Nahrungsmittelallergie entwickelt hat und da sind die Ärzte einfach ganz schnell am Ende. Da da ist im, selbst die sich Allergologen nennen haben nicht viel mehr in der Hand als beim Heuschnupfen die Desensibilisierung und bei Nahrungsmittelallergien das Meiden. Und das war bei mir so extrem viel, dass es, dass ich darüber gar nicht leben konnte. Und da liegt es dann, also man ist praktisch gezwungen oder ich war gezwungen in dem Moment nach irgend 'nem andern Ansatz zu suchen.“ (W21/12-25)*

Frau K fühlte sich mit dem Gesundheitsproblem ihrer Tochter überfordert und suchte Rat bei einem Kinderarzt. Die dortige medikamentöse Behandlung wurde allerdings von Frau K als unzureichend wahrgenommen. *„Und, und es lief ganz schlecht, weil ich einfach 'ne junge unerfahrene Mutter war, die schon gescheitert ist daran, (lacht) dass das Kind Verdauungsprobleme hatte und der Arzt mir überhaupt nicht helfen konnte, immer nur Mittel, Abführmittel verschrieben hat 'nem wie alt war sie da fünf Monate oder sechs Monate alter Säugling.“* (W10/21-26) Der Rat einer Freundin veranlasste Frau K, die Tochter alternativ behandeln zu lassen. Frau K fühlte sich dort gut aufgehoben und betreut. *„Die hat mich einfach sehr beruhigt und ernst genommen und hat, konnte mir gute Tipps geben.“* (W10/45-46)

### **Suche nach jemandem, der die eigenen Befindlichkeitsstörungen ernst nimmt**

Patienten berichten als eine Motivation für das Aufsuchen eines Alternativmediziners das Bedürfnis, in ihrem subjektiven Krankheitsempfinden ernst genommen zu werden. *„Und das dann eben auch noch zusammen mit den Schilddrüsenproblemen und so, also das. Es ging mir dann oft einfach nicht gut. Ich konnte nicht schlafen oder manchmal war es auch einfach so, wenn ich länger nichts gegessen hab, dass ich fast umgekippt bin. Also eher ich würde mal sagen, so Befindlichkeitsstörungen (lacht), die zum Teil heftig waren. Und die Schulmedizin, die hat halt gesagt ja, Blutuntersuchung ist alles okay, was wollen sie denn, sie sind doch gesund so ungefähr. Und das ist dann auch, ich find das schwierig, wenn man dann einfach sagt, ach sie sind doch gesund, wir finden halt nix. Und das fand ich also sehr gut, dass er das wirklich sehr ganzheitlich gesehen hat.“* (W11/55-78)

### **Suche nach Möglichkeiten, Vor- und Nachteile einer Intervention abwägen zu können**

In den Interviews ist die Rede von einer Suche nach Alternativen, wenn Bedürfnisse nach Einbeziehung und angemessenem Abwägen der Vor- und Nachteile unterschiedlicher Behandlungsalternativen nicht nachgekommen wird. Diese Erwartung zu erfüllen, scheint ein Anliegen zu sein, das an komplementärmedizinisch arbeitende Therapeuten gestellt wird. So wird viel Zeit und Kraft investiert, einen derartigen Therapeuten zu finden. Im folgenden Interviewausschnitt geht es um das Erleben eines Gesprächs mit einem schulmedizinisch tätigen Radiologen, das zum Auslöser für die Suche nach einem Radiologen mit homöopathischer Zusatzausbildung wird. *„Und da hab ich gesagt, ich möchte erst mal wissen, warum und ob das notwendig ist und was es überhaupt bewirkt. Daraufhin wurde er 'n bisschen ausfallend und hat denn gemeint tja sie wollen doch wieder gesund werden. Hab ich gesagt, ich bin doch aber gesund, ich fühle mich gut. Ja das das müssen sie jetzt machen, wer weiß was da noch alles ist, und wir wollen auf Nummer Sicher gehen. Und auf mein Sagen, auf Nummer Sicher kann niemand gehen, wurde er dann fast böse und hat dann gemeint, er verplempert seine*

*Zeit nur einmal mit mir und das sei jetzt. Ein zweites Mal, das kann er mir gleich sagen, gibt es diese Unterredung nicht mehr. Und dann war ich erst mal mit mir selber total entsetzt, weil so viel Fei\_Einfühlungsvermögen und und kann doch fast nicht sein, hab ich mir gedacht, dass es von einem Arzt mir entgegenkommt.“ (W8/155-168)*

### **Suche nach einer sanften, ganzheitlichen Behandlung, die die verschiedenen, einzelnen Symptome in einem Zusammenhang stellt**

Auch das Zusammenkommen mehrerer Probleme kann die Entscheidung für alternative Heilmethoden in die Wege leiten. So ist es mitunter keine explizite Entscheidung für die Homöopathie, sondern die Suche nach Alternativen auf der Basis der Erfahrungen mit der Schulmedizin. Wichtig dabei ist, dass Patienten und Patientinnen nach einer Passung für ihr Bedürfnis suchen, die verschiedenen gesundheitlichen Probleme nicht isoliert, sondern im Zusammenhang betrachtet zu sehen, wie hier am Beispiel von Frau W und Herrn V. *„Ich hatte starken Mundgeruch und stark übersäuerter Magen, Magenschmerzen, also diese ganzen Dinge, die damit zusammenhängen und er hat mir dann Tabletten verschrieben, die ich dann auch schön fleißig geschluckt hab. Bis es dann mit einem Mal klick gemacht hat und ich dann diese großen Tabletten, die jeden Morgen am Frühstückstisch lagen, nicht mehr sehen konnte. Da hab ich gesagt, so kann's ja nicht weitergehen. Und auch die Nachfrage bei dem Arzt in (unverständlich) den ich konsultiert hab, ob er nicht was anderes (unverständlich). War die lapidare Antwort, sie haben diese Schwachstelle und sie müssen damit leben. Und ich hab denn zu dieser, weil es natürlich auch zusammenhängt, zu dieser Gastritis hab ich eine sehr starke Parodontose.“ (W16/92-100)*

### **Vermeidung von Nebenwirkungen**

Es werden – insbesondere für Kinder – Behandlungsformen gesucht, die nicht mit starken Nebenwirkungen einhergehen. Die Erfahrungen starker Nebenwirkungen werden in der Behandlung von Allergien und Neurodermitis etc. gemacht, ohne dass es zu einer wesentlichen Verbesserung der Symptomatik kommt. So sollten zum Beispiel die nächtlichen kruppartigen Hustenanfälle des fünfjährigen Sohnes von Herrn A (W1) mit Kortison behandelt werden. Die Eltern lehnen diese Behandlung ab, sie suchen aktiv nach Alternativen. Die Frau von Herrn A besucht den Vortrag eines Homöopathen, der eine homöopathisch-ärztliche Praxis empfehlen kann. Das Kind wird erfolgreich homöopathisch behandelt, so dass sich in der Folge auch die Eltern für eine homöopathische Behandlung entscheiden.<sup>10</sup> Frau Bs Ehegatte ist Allergiker und hat jahrelang Medikamente eingenommen, die zu starken Nebenwirkungen geführt haben. Als ihr Sohn auch an Allergien erkrankt, hat sie den Wunsch, dass ihr Sohn anders behandelt wird

<sup>10</sup> Die Beschreibung gibt das Erleben der Eltern wieder. Es handelt sich nicht um eine Bewertung, was medizinisch richtig oder falsch ist (vgl. dazu auch Kap. 1).



als ihr Mann. Ihr Hauptziel ist es zu verhindern, dass ihr Sohn kontinuierlich nebenwirkungsreiche allopathische Mittel einnehmen muss. *„Und ich wollte meinem Sohn eigentlich ersparen dieses jahrelange chemische Schlucken von Anti-Allergikumsmitteln wie's mein Mann eben hinter sich hat, mit den dementsprechenden Nebenwirkungen auch.“* (W2/18-20)

Die als solche wahrgenommene Ungefährlichkeit der Homöopathie ist anziehend für alle, die mögliche Nebenwirkungen schulmedizinischer Behandlungen als beängstigend empfinden. *„Das ist ja eigentlich das Schöne bei der Homöopathie. Das Einzige was passieren kann, ist, dass es nicht wirkt. Mehr kann nicht passieren so. Was kann aber passieren, wenn ich sieben achtmal im Jahr Antibiotika schlucke, na ja die Nieren werden sich freuen und die Leber und sonstiges also, ist nicht ganz so gesund. Und deswegen haben wir gesagt, man probiert einfach mal und schaut, wie's wie's funktioniert, und ich bin froh und glücklich, dass wir den Schritt gemacht haben wirklich, also bin ich wirklich froh muss ich sagen (lacht).“* (W2/329-338)

#### **4.1.1.3 Suche nach einem anderen Behandlungskonzept**

Es werden auch von vornherein komplementärmedizinische Verfahren gesucht, um einen vorsichtigen Umgang mit dem Körper zu ermöglichen oder um eine grundlegend vertrauensvolle Beziehung zu der Ärztin/dem Arzt aufbauen zu können. Interviewpartnerinnen und -partner wählen die Homöopathie als ein Verfahren, das diesen Bedürfnissen gerecht wird.

Frau N entscheidet sich zum Beispiel dafür, ihre Tätigkeit als Krankenschwester in einer Klinik zu beenden, da sie so, wie sie bislang in der Klinik mit den Patienten umgehen musste, nicht weiter arbeiten will. *„Ich glaub, dass es bei mir eher schon vorher war, eh ich mich mit der Homöopathie auseinandergesetzt hab durch eigene Krankheitserlebnisse und die die Situation selber, Patient zu sein und einfach zu sehe, was hab ich als Profi in der Klinik mit meine Patient gemacht oder wie bin ich mit dene umgegang und was erleb ich jetzt selber auf der andren Seite als Patient, wie wird mit mir, wie wird mit mir umgegangen. Dass ich da schon ganz sehr kritisch geworden bin und wusste, ich möcht nicht mehr in 'ner Klinik arbeiten. Ich kann, ich möchte so nicht mehr mit Mensche umgehen müsse.“* (W13/837-843) Für die eigene Behandlung hat sie eine klare Vorstellung von dem, was sie sich für sich wünscht. Die Homöopathie ist für sie eine Möglichkeit, diesem Bedürfnis gerecht zu werden. *„Und die Homöopathie war dann, vielleicht einfach nur so 'ne Alternative oder so 'n Weg, den man stattdessen gehen könnte sich selber, dass ich mich selber anders seh', dass ich meinen Körper anders dem eine andre Wichtigkeit beimess, anders damit umgeh, schonender mit umgehen möchte, pfleglicher mit umgehen möchte (lacht) und da einfach au vielleicht eher 'n Weg dann entdeckt hab in der Homöopathie. Was was ich schon vorher wusste, was ich nicht mehr machen möchte, da 'ne Alternative dafür zu habe.“* (W13/847-858)

Frau U sucht gar nicht primär eine homöopathisch tätige Ärztin, sondern eine Ärztin oder einen Arzt, bei der oder dem sie sich wohl fühlt. *„Aber ich hab, ich finde auch es ist so, es ist mir so wichtig, dass ich bei einem Arzt oder einer Ärztin mich einfach auch gut aufgehoben fühle. Und deswegen kann ich auch nicht so mit jedem und ja heut schon gar nicht mehr. Aber selbst damals war das schon so, dass dass dass ich nach jemandem gesucht hab, wo es einfach auch die, wo die Chemie halt stimmt. Und und die Art die Dinge zu sehen und so. Also da da muss es schon 'ne ganze Menge passen. Und sie hat, diese Ärztin, hat mir dann vorgeschlagen, es halt mal mit der Homöopathie dann auch zu versuchen.“* (W21/63-74)

Es gibt auch Situationen, in denen eine schulmedizinische Behandlung als unumgänglich betrachtet wird, aber weder die schulmedizinische noch die komplementärmedizinische Behandlung eine infauste Diagnose aufheben kann. Dennoch wird eine zusätzliche homöopathische Behandlung gesucht, um die Nebenwirkungen durch die Chemotherapie und Bestrahlung zu minimieren. (Interview W10)

#### **4.1.1.4 Homöopathie als Zufallsentscheidung**

Beschrieben wird in den Interviews auch ein zufälliger Kontakt mit der Homöopathie. Die Interviewpartner und -partnerinnen scheinen überrascht zu sein von einer als hilfreich wahrgenommenen Wirkung, die dazu führt, sich bewusst für das Verfahren der Homöopathie zu entscheiden.

So kann es zum Beispiel sein, dass die Entscheidung für eine sympathische Ärztin getroffen wird, die eben zufällig homöopathisch arbeitet (Interview W21). Bei der Suche nach einer neuen Arztpraxis stellt die homöopathische Qualifikation des Arztes anfänglich kein Auswahlkriterium für Herrn Y (W22) dar. Er wird vom Arzt gefragt, ob er vorrangig homöopathisch oder schulmedizinisch behandelt werden möchte. Er entscheidet sich für den homöopathischen Behandlungsweg. Mit dieser Entscheidung ist er – sowohl auf der wahrgenommenen Wirkungs- als auch auf der Kostenebene – bis heute zufrieden. (Interview W22)

Frau O ist skeptisch gegenüber homöopathischen Behandlungen; eine Freundin hat offenbar vergeblich versucht, sie zu einer homöopathischen Behandlung zu überreden. Erst eine Urlaubsvertretung hat sie dann dazu gebracht, eine homöopathische Behandlung auszuprobieren. *„Und des war mein Sohn war fünf, also muss es 19XX sei\_ gewesen sein oder er war knapp fünf. Und zwar hatte er Neurodermitis. Und also auch sehr stark ausgeprägt an einem Arm, in der Armbeuge. Und da hat 'ne Freundin mich immer wieder drauf aufmerksam gemacht, geh doch mal zu dem Dr. A der ist sehr gut. Und ich konnt' mir das aber net so richtig vorstellen, dass man da was bewirken kann mit Homöopathie. Und sie hat mich also wirklich immer wieder hartnäckig bearbeitet. Und dann kam mir praktisch der Zufall zu Hilfe, dass unser Arzt im Urlaub war und der Dr. A hat immer die Vertretung gemacht für diesen Arzt über Jahre hinweg. Und so kam ich dann zu ihm.“* (W 14/10-20)

#### 4.1.2 Besonderheiten der Homöopathie: Wahrgenommene Wirksamkeit – Nicht-wirksamkeit – Nebenwirkungen

Die Wahrnehmungen von Wirksamkeit der Homöopathie sind ausgesprochen vielfältig. Sie reichen von Heilungsgeschichten, die sich ereignen, obwohl die Patienten und Patientinnen der Homöopathie sehr skeptisch gegenüber stehen bis hin zu dem Gefühl gut aufgehoben zu sein. In diesem Kapitel werden die Wahrnehmungen unserer Interviewpartnerinnen bezüglich der Wirksamkeit, der fehlenden Wirksamkeit, und der Nebenwirkungen diskutiert. Ferner werden die als Besonderheiten der Homöopathie wahrgenommenen Aspekte der detaillierten Anamnese, der individualisierten Therapie und der Homöopathie als Selbsthilfestrategie näher diskutiert. Einige Themen – wie zum Beispiel die Rolle der Anamnese und die Wahrnehmung der Homöopathie als Anregung zur Selbstheilung und die Teilnahme der Patienten und Patientinnen am Prozess der Mittelfindung – werden aus einer anderen Perspektive zu einem späteren Zeitpunkt im Bericht noch einmal aufgegriffen. Es wird der weiter zu führenden Diskussion überlassen, herauszuarbeiten, ob es Aspekte gibt, die ausschließlich im homöopathischen Setting „funktionieren“, oder ob es für eine angemessene Betreuung von Patienten und Patientinnen verallgemeinerbare Aspekte gibt, die auf andere Settings übertragbar sind und inwiefern sie es sein sollen.

##### 4.1.2.1 Breites Spektrum wahrgenommener Wirksamkeit

Das homöopathische Setting wird in zahlreichen unterschiedlichen Situationen als wirksam wahrgenommen: in akuten Situationen und für chronische Zustände, zur Milderung von Nebenwirkungen, zur Besänftigung von Angstzuständen, bei Grippe und Allergien oder chronischen Magenschleimhautentzündungen. Die Wirkung der Homöopathie wird als Anregung der Selbstheilungskräfte, als nachhaltige Heilung chronischer Beschwerden oder als quasi magische Wunderheilung interpretiert. Für andere Interviewpartnerinnen beschränkt sich die wahrgenommene Wirksamkeit darauf, sich gut aufgehoben zu fühlen. Dabei werden pragmatisch die vermeintlich beeinflussbaren Bereiche und die nicht beeinflussbar wahrgenommenen Bereichen nebeneinander akzeptiert.

Zur Bezeugung eigener Wirksamkeitswahrnehmungen werden gerne die überraschten Reaktionen der jeweiligen Fachärzte genutzt: *„Bei uns sind die Zahnärzte, also wenn wir wissen, wir haben 'ne größere Zahnbehandlung, dann nehmen wir vorher Arnika. Da gibt's so 'n bestimmten Plan wie man das einnehmen soll. Und wenn man dann zur Kontrolle zum Zahnarzt geht, die sind jedes Mal verwundert, dass da nichts geschwollen oder sonstige Sachen sind also. Und diesen Tipp mit Arnika, das hab ich also auch schon an Arbeitskollegen weitergegeben und so weiter, die auch ganz verblüfft waren dann, dass da bei ihnen keine Schwellung und nichts also aufgetreten ist. Also das ist ja. Soweit mit Arnika und ja.“* (W1/228-234)

Im folgenden Beispiel wird die Verbesserung der Lebensqualität eines von Neurodermitis betroffenen Kindes der erfolgreichen Behandlung des Homöopathen zugesprochen. Im schulmedizinischen Setting war die ganze Familie von ständigen Einschränkungen der Lebensqualität durch strenge Diätauflagen belastet, die an der konkreten Symptomatik aber nichts ändern konnten. *„Und der Arzt hat es denn geschafft, also dass die Neurodermitis abgeheilt ist. Und des war für uns, also es ist, weiß net, da geht man über so'n richtige Berg und es ist so, da fallet echt Steine vom Herze, wenn da 'e Kind auf einmal sich nicht mehr blutig kratzt, bis auf, also da hat echt fast de Knoche rausguckt, die hat sich richtige Löcher kratzt, des war schlimm.“* (W4/57-63)

Herr V, 41 Jahre alt, fühlt sich durch die homöopathische Behandlung von einer chronischen Magenschleimhautentzündung geheilt: *„Und hat mir daraufhin ja ganz lapidar für mich damals, drei kleine Kügelchen eines hochprozentigen Extraktes, ich weiß noch genau, das war Auster (lacht) und mir dann nur gesagt, mir würde in den nächsten ein bis drei Monaten könnte mit mir was passieren und. Es war es war ja wirklich auch so, also ich hab dann mein ganzes Krankheitsbild, ich hab's nicht für möglich gehalten, rückwärts wieder erlebt, indem sich der Körper im Grunde genommen befreit hat von vielen Sachen, im wahrsten Sinne des Wortes. Ich hab so was noch nie erlebt. (...) Also das war wirklich, ich hab nicht mehr dieses, diese Gastritisbeschwerden wie ich sie früher hatte.“* (W16/138-144) Herr V beschreibt, wie die Gabe der Globuli bei ihm das kurzfristige Wiederauftauchen verschiedener alter Symptome verursacht, die zwar als ziemlich heftig erlebt werden, aber nach kurzer Zeit wieder vollständig verschwinden. *„Herr V: Ja so vor allem, dass man, dass ich ins Büro gegangen bin, froh gelaunt nichts. Zwei Stunden saß im Büro und mir plötzlich schwarz vor Augen wurde, schlecht wurde, ich auf den Topf rennen musste und mich übergeben musste. Und 'ne halbe Stunde später war es wieder okay. (...) Ich hab mir das, also ich war nicht krank in der Zeit, sondern pumperlgesund. (...) Frau W: Einmal hast du ja auch so 'n so 'n Fieberschub gekriegt innerhalb von Stunden. Herr V: Ja ja. Also Fieber, Fieberschübe auch, da ging das also hoch und 39, 40 Grad, zwei, drei Stunden, weg. Also ganz verrückt.“* (W16/142-179). Durch eine vorherige Ankündigung der homöopathisch tätigen Ärztin, dass etwas passieren könne, werden diese Symptome vom Patienten im Rahmen der Behandlung als Hinweis auf die Wirksamkeit der Behandlung interpretiert und nicht als Nebenwirkung, was durch die kurzfristige und vorübergehende Qualität der Symptome nachvollziehbar werden kann (siehe hierzu auch Kapitel 4.2.2, Vorstellung von Heilung).

Eine andere Dimension der Wirksamkeit ist die Wahrnehmung von nachhaltiger Genesung. Die schulmedizinischen Interventionen werden im Erleben unserer Interviewpartner und -partnerinnen häufig mit Rückfällen und Verschlechterungen verbunden. *„Aber rein von dem was Sie jetzt mich abgefragt haben, von der Haltung, von dem wie ich mit Krankheit umgehe, wären die größten Ersparnisse mit Sicherheit viel mehr als sie sich des vorstellen. Weil sie eben tatsächlich nachhaltigere Wirkungen hat und*

*nicht ständig dauernd in Wieder- Wiederholungen kommen oder neu oder Rückfälle oder wieder Neues, sondern das tatsächlich des, also es ist schon meine Überzeugung, aber an meine Erfahrung.“ (W15/1495-1502)*

Frau Q, Arthrose-/Rheumapatientin, empfindet die Betreuung durch die Homöopathin als wohltuend. Von überwältigenden Wirkungen der Homöopathie berichtet sie hingegen nicht. *„Das (Problem der Zeit – Anmerk. d. Verf.) spielt für mich keine Rolle. Also dass das alles nicht schnell geht und wenn ich irgendwas habe, dass ich nicht, dass ich nicht hoffe, dass ich mir in vier Wochen dann dass alles weg ist. Das die Geduld, die hab ich. Ich denk einfach dieses nehmen und dabei gut betreut sein, hat sicher auch schon was, was hilft, denk ich mal einfach. Dass das was man immer der Homöopathie nachsagt, dass es Placebo sei. Aber dafür gibt's dann wieder genug Gegenbeispiele, wo das einfach richtig geholfen hat, wo man zugucken konnte, wie es geholfen hat. Und ob das bei mir 'ne Mischung ist oder nicht.“ (W17/634-641)*

#### **4.1.2.2 Scheinbar magische Wirkung**

Es werden verschiedene Wundergeschichten erzählt, in denen es zu Wirkungen der Arzneimittel zur großen Überraschung der Betroffenen kommt. Diese Wirksamkeitsgeschichten erstrecken sich von plötzlich verschwundenem Halsweh über das Nachlassen der Juckreize, Einschlafhilfen, Überwindung von schweren Allergien unterschiedlicher Art, von persistierenden Scharlanchfällen, der Beendigung jahrzehntelanger Durchfallerkrankungen bis hin zu Rückenbeschwerden und ADHS- Symptomaten.

Manchmal sind die Wirksamkeitswahrnehmungen in Schilderungen bedeutsamer ritueller Handlungen eingebettet. So werden dem Patienten die nach der Anamnese gefundenen Globuli sogleich in die Hand oder in einem Tütchen verpackt mit nach Hause gegeben. Die Globuli werden entweder sofort einmalig oder mit genauen Anweisungen versehen, einmal täglich oder mehrmals täglich, entweder im Munde zergehend oder im Wasserglas verrührt, eingenommen. Die Globuli können somit zu Trägern einer darin verpackten symbolhaften Botschaft, und in einem semiotischen Sinne zum Ausdruck des Gestus der Arzt-Patienten-Interaktion werden. So kann das Globulus quasi zum Bedeutungsträger der Botschaft des Arztes werden, die heißen könnte: „Ich habe dich erkannt, nimm die Globuli als Zeichen dieses Erkennens, es wird Dir besser gehen“.

Die Erzähler verwenden zur Darstellung ihrer Heilungsgeschichten Ausdrücke wie *„Das hat mich restlos überzeugt“ (W14/50)* oder Herr V erzählt: *„Und hab gesagt also, mehr als einen Versuch ist es nicht wert. Auch wenn ich jetzt ideell oder mich mit dem Thema noch nie auseinandergesetzt hatte. Und ich bin sozusagen wie ein Jünger bekehrt worden. Also das, ich hätt's wirklich nicht für möglich gehalten.“ (W16/128-132)* Mit dem von ihm verwendeten religiösen Vokabular deutet der Erzähler an, dass die Erfahrungen, die er mit der Homöopathie macht, einer Erschütterung seines bisherigen Weltbildes gleich kommen und ihm erlauben, auf einmal an Dinge zu glauben, die ihm

bislang unmöglich erschienen. Diese Ausdrücke machen deutlich, dass sich die Veränderungen, die die Patienten und Patientinnen wahrnehmen, entgegen den eigenen Zweifeln und ihrer Skepsis gegenüber der Wirksamkeit potenziertes Globuli ereignet haben und sich in ihr bisheriges Verständnis von dem was möglich ist und dem was nicht möglich ist, nicht einfügen.

Die Anamnese, das Vertrauensverhältnis zum Arzt/zur Ärztin, das Anamnesegespräch, die rituellen Handlungen sind Bausteine dieser nicht-spezifischen Therapieeffekte. Herr A schildert ein rituelles Erleben: Handlungen – wie hier die Verabreichung der Globuli – sind mit bestimmten Bedeutungsinhalten aufgeladen und entfalten möglicherweise so über ihre Bedeutung einen zur erlebten Wirksamkeit der verabreichten Globuli zusätzlichen Effekt: *„Und hat mir dann gleich in die Hand, wie es die Homöopathen machen, was gegeben und zuhause spürte ich schon, wie die Nase frei wird, wie da alles weggeht. Und mit 'm Kreislauf wurde es damals auch besser“* (W1/106-109).

In anderen Darstellungen werden die einzelnen Handlungsabläufe nicht detailliert beschrieben, so dass es unklar bleibt, ob eine derartige rituelle Handlung überhaupt stattgefunden hat. Im Gegenteil, es gibt durchaus Darstellungen, die auch dann von Wirkungen berichten, wenn der Erwartungshorizont einer Wirkung eigentlich widersprechen muss, da die Patienten angesichts ihrer Symptomatik eine homöopathische Behandlung nicht angemessen finden oder da die Erzähler der Homöopathie ausgesprochen skeptisch gegenüber stehen und an ihrer Wirksamkeit zweifeln.

Bei Frau P wirkt das Mittel, obwohl die Patientin verärgert ist, da sie sich durch die Verordnung eines als harmlos interpretierten Homöopathikums bei schlimmen Halsschmerzen nicht ernst genommen fühlt. *„Ich dachte, jetzt fahr ich da von A-Stadt aus, mir tut's weh, mir ging's schlecht einfach au. Also ich weiß nicht, ob ich sogar Fieber hatte 'n bisschen, aber jedenfalls war ich kaputt. Und dann sagt der, na ja das machen wir mit Acidum Nitricum. Also hat des quasi runtergehängt so, von seiner Art her. Und ich war wütend und da denk ich, jetzt ist Schluss aus. (...) Und hab nun in der Apotheke gedacht jetzt nimmschst glei fünf Tropfe. Egal ob's hilft oder net, i nehm's. Ich hab nicht dran geglaubt, ich dachte des hilft nix, der hat es nicht begriffen. Und bin auf die S-Bahn gelaufen und sitz in der S-Bahn und fahre zum Bahnhof, schmeiß noch mal fünf Tropfen ein unterwegs, kann man ja alle Viertelstunde nehmen, wenn's akut ist, und geh heim – also ich glaub ich hab sogar g'heult vor Wut, weil ich dachte – und bin dann ins Bett, weil ich ja wirklich krank war und wachte nach 'ner Stunde, anderthalb Stunden auf und das Ding war weg.“* (W15/302-315)

Im Gegensatz zu den anderen Geschichten wird hier ziemlich detailliert geschildert, in welchen Augenblicken welche Handlungen vollzogen werden, so dass der Eindruck entsteht, dass hier zwei Ebenen parallel ablaufen: Auf der einen Ebene wird die Behandlung durch den Arzt als unbefriedigend erlebt, auf der anderen Ebene werden aber immer wieder fast trotzig die Globuli geschluckt, so als ob ein Teil der Persönlichkeit sagt: *„Ich will jetzt aber die Wirksamkeit der Behandlung!“*

#### **4.1.2.3 Wahrgenommene Nichtwirksamkeit des homöopathischen Settings**

Grenzen der Wirksamkeit werden unterschiedlich geschildert. Zum einen gibt es unterschiedliche Vorstellungen, wann die Grenzen der Homöopathie erreicht sind und ein homöopathischer Behandlungsversuch gar nicht gemacht wird (Migräne, Hirntumor, Schuppenflechte, Diabetes mellitus). Andere Darstellungen schildern das detaillierte Aushandeln und Ringen um die Vermeidung von schulmedizinischen Interventionen (Bestrahlung im Anschluss an eine erfolgte Operation bei Schilddrüsenkrebs). In wieder anderen Schilderungen ist die behandelnde Homöopathin gerade zum Zeitpunkt, in der eine gynäkologische OP schulmedizinisch notwendig wird, nicht erreichbar, so dass für das Nachdenken über eventuelle Alternativen keine Ansprechpartnerin zur Verfügung steht. Eine weitere Grenze wird gesehen, wenn das geeignete Mittel nicht gefunden werden kann. Dann wählt die Mutter eines asthmakranken Kindes z.B. die schulmedizinische Behandlung, um der Tochter die Teilnahme am Sportunterricht zu ermöglichen. Weitere Formen der Schilderungen von Unwirksamkeit sind, dass Patientinnen nach den anfänglichen Eindrücken einer Wirksamkeit keine weiter gehenden Veränderungen wahrnehmen können und enttäuscht sind darüber, dass noch immer kein Mittel gegen ihre Allergie gefunden worden ist. Dann wird das homöopathische System als nicht ausgereift genug interpretiert. *„Wobei das, ich mein an der Grundüberzeugung, dass, dass es da 'ne andere Ebene gibt, die die da vielleicht von der Homöopathie angesprochen wird daran ändert es nichts. Aber es ändert so 'n bisschen meine Einstellung im Hinblick darauf, vielleicht ist es auch wie die Stecknadel im Heuhaufen, diese Suche nach dem richtigen homöopathischen Mittel und die die Arbeit die danach kommt und. Vielleicht ist es ja das richtige Mittel gewesen, aber dann danach fehlte irgendwie der zweite Schritt oder so. Also so 'n bisschen kommt mir die Homöopathie noch, obwohl sie schon wie 200, 350 Jahre oder so alt ist, kommt es mir so vor, als wär' das noch so 'n bisschen so 'n Suchen so.“* (W21/506-517)

Im Vergleich zu den „unerwünschten Unwirksamkeiten“ werden Unwirksamkeiten auch positiv interpretiert, da die Einnahme eines Mittels – gerade auch bei einer eigenständigen Einnahme – im Erleben der Interviewpartner und –partnerinnen häufig eben gar nichts bewirke und somit nicht schaden könne. Die Unterschiedlichkeit der Darstellungen machen deutlich, dass es ein verschiedenartiges Erleben von dem gibt, wo die Grenzen der homöopathischen Intervention liegen. Diese werden häufig interaktiv ausgehandelt und sind abhängig unter anderem

- von der Verfügbarkeit oder Erreichbarkeit der homöopathisch tätigen Ärzte/Ärztinnen,
- der Aufgeschlossenheit der Patientin/des Patienten und
- dem (fehlenden) Handlungsspielraum durch schulmedizinische Interventionen.

Die Interviewpartnerinnen hatten aber auch keine Probleme, die schulmedizinische Intervention mit einer homöopathischen zu kombinieren und somit die in ihrem Erleben optimalste Versorgung zu ermöglichen (vgl. dazu auch Kap. 4.3.2).

So konnte Frau P ihrer Meinung nach die häufig vorkommende Entstehung eines Tinnitus nach einem Hörsturz durch eine Mischung aus homöopathischer und schulmedizinischer Medikation verhindern. *„Und ich hatte diesen, des war, also ein Hörsturz in dem Sinne schon, es war 'n partieller Labyrinthausfall, also die quasi au 'n Hörsturz, aber hat sich nur aufs Labyrinth, also auf das Gleichgewichtsorgan geschlagen. Und ich hatte einen Schwindel, dass mich 's auf der Straße hingehauen hat, also ich musste hinlegen, bis des vorbei war. Und des kam immer wieder anfallsmäßig. Und sie schickte mich dann sehr kurz zum Neurologen und eben zu ihm, weil er, weil sie eben ihn kennt als Homöopath. (...) Und hat dann mit zwei Medikamenten, also ein durchblutungsfördernd, was die Schulmedizin au hat, das Tebonin, kennen wir ja, und dann die Cocculus D6. Und alle die ich um mich herum habe, die ähnlich solche, und ich hatte dann ein Jahr später so ne Art Tinnitus, also so 'n Dings-Geräusch und des ging denn mit Petroleum und des war innerhalb von zwei, ein Tag weg. Und ist nie mehr gekommen.“* (W15/337-361)

Frau D gibt der Tochter nach erfolgloser Suche nach dem richtigen Asthmamittel wieder schulmedizinische Präparate, um sie am Sportunterricht teilnehmen lassen zu können und ihre Lebensqualität nicht zu sehr einzuschränken: *„Ja es ist halt dann immer, dass er meint, jetzt probiere mir des Mittel noch aus. Und dann merk ich aber, man probiert dann noch mal 'n neues und noch mal 'n neues. Und dann zieht sich des doch noch mal 'n viertel, halbes Jahr oder Jahr oder noch länger. Und da sind für mich dann einfach Grenze erreicht wo ich sag, ich mache durch die Schulmedizin nix kaputt ja in dem Fall sondern einfach nur, dass die Tochter trotzdem ihre volle Lebensqualität hat und ich kann ja trotzdem parallel nebenher suche.“* (W4/642-672)

Frau L berichtet, wie begrenzt die Wirkungen der Homöopathie in Bezug auf ihren Diabetes mellitus sind, und wie sie ihre Erwartungen an die Homöopathie auf die Vermeidung von Folgeerkrankungen oder Befindlichkeitsstörungen reduziert: *„Und ich hab dann von beiden Seiten dann versucht, Schulmedizin und Naturheilverfahren, auch Homöopathie eben bei dem Diabetes die beiden Wege zu gehen. Mach's auch immer noch, aber ich habe jetzt bei meiner Erkrankung, hab ich die Erfahrung gemacht, dass Homöopathie da wenig wirkt. Es gibt Mittel, es gibt das Datisca Cannabina oder es gibt auch das (unverständlich), aber das wirkt vielleicht wenn man wirklich 'n Altersdiabetes hat. Bei mir wirkt es kaum. Also ich merke fast nichts davon. Ich hab halt 'n genetisch bedingten Diabetes und der ist auch recht schnell insulinpflichtig geworden. Und ich denke was, wo ich jetzt eher so versuche ist, durch die Homöopathie eben Folgeerkrankungen zu vermeiden oder evtl. wenn was kommt, dann eben auch zu behandeln. Und die Sachen, die ich so nehm', das ist dann eher so eben fürs Schla-*



*fen, für Kreislauf, so in die Richtung. Oder auch bei Reisekrankheit, da hab ich so meine Kügelchen.“ (W11/214-229)*

Eine andere Variante mit der ausbleibenden Wirkung umzugehen, wählt Frau I. Sie schiebt die Nichtwirkung der Tatsache zu, dass noch nicht das geeignete Mittel gefunden wurde: *„Und ich hab zwischendrin auch aufgehört, weil es einfach, weil weil es doch sehr erfolglos war, aber ohne dass ich dachte, Homöopathie ist nix, das hab ich nie gedacht, ich wusste nur, es ist eine sehr zähe Sache bei mir und ich muss einfach das mal stoppen. Ich hab nimmer die Energie auszuprobieren, was jetzt passt und was net. Ich hatte die, ich wollt nimmer telefonieren, ich wollt nimmer drüber sprechen. Hab ich relativ lang ausgesetzt, also schon ein paar Jahre. Und hab denn als es mir wieder ein bisschen besser ging also psychisch besser ging, dacht ich, jetzt kann ich's wieder angehen.“ (W9/426-435)*

Für Frau F ist die Homöopathie bei der Schuppenflechte an ihre Grenzen gekommen. Sie hat diese als Teil ihres Lebens akzeptiert und lässt ihre Beschwerden durch schulmedizinische Medikamente lindern: *„Und die Schuppenflechte behandle ich jetzt aber wirklich mit, also mit der Hautärztin ja. Da kommen mir jetzt net unbedingt weit. Wobei Schuppenflechte isch ja was, des kriegt man nie endgültig weg. Des kann man nur lindern.“ (W6/84-92)*

#### **4.1.2.4 Nebenwirkungen im Vergleich von Schulmedizin und Homöopathie**

Zwischen der pharmakologischen Wirkung schulmedizinischer Arzneimittel und der quasi Selbstheilungsanregung der Globuli wird von den Interviewpartnerinnen und -partnern streng unterschieden. Homöopathische Arzneimittel werden als weitgehend nebenwirkungsfrei wahrgenommen.

Nicht auftretende Nebenwirkungen werden als eindeutiger Vorteil homöopathischer Behandlungen insbesondere für die Behandlung von PatientInnen mit chronischen Erkrankungen und von Kindern betrachtet. *„Also der größte Vorteil für mich ist, dass die Medizin keine Nebenwirkungen hat. Und dass der Körper dazu angeleitet wird oder wie man jetzt sagen möchte, seine Selbstheilungskräfte zu mobilisieren. Des sind für mich die zwei allergrößten Vorteile.“ (W14/585-588)*

Erzählungen über Wirkungen der Globuli, die unerwünscht sind, scheinen eher der Bezeugung ihrer starken Wirkung zu dienen. Herr A berichtet gar von einer vom Homöopathen als Überdosierung interpretierten Nebenwirkung durch die Gabe von Arnika durch die Ehefrau: *„Und zwar hatt' ich mal 'nen Wadenbeinbruch. Und hatte da am linken Fuß, also die ganze Wade war blau. Des ist denn geschient worden nur und ist nicht operiert worden, weil des nicht nötig war. Und aber es war richtig, richtig dick blau. Und es war zurzeit, da war der Dr. X noch da, also der allererste Arzt. Und damals hat meine Frau denn, wo sie es gesehen hat mir gleich Arnika gegeben. Und es ist halt einfach nicht weggegangen. Meine Frau hat mir täglich Arnika gegeben, ist fast schlimmer geworden, als dass es besser wurde. Und denn sind wir also zum Dr. X und*

der hat denn gesagt, ja das sei schon 'ne Übermedikamentation von dem Arnika. Und hat es dann abgesetzt. Und denn ging das schlagartig weg, dieser Bluterguss.“ (W1/210-218) Diese negative Erfahrung mit Arnika wird sofort wieder mit positiven Erfahrungen mit Arnika bei Zahnarztbesuchen kontrastiert und so erzeugt die Darstellung den Eindruck einer Untermalung der wahrgenommenen Wirksamkeit.

Es wird aber auch von starken – insbesondere auch emotionalen – Reaktionen berichtet, die als Nebenwirkung interpretiert werden und zur Absetzung des Mittels führen. So berichtet Herr J: „Ich hatte mal Phosphor, glaub ich 'ne Hochpotenz und dann bin ich so dermaßen aggressiv geworden, (...) dass ich 's absetzen musste so. Da war mir klar, das geht nicht gut so, geht mir nicht gut. Und dann hab ich das in Absprache mit dem Homöopathen abgesetzt so. Man muss schon finde ich auch trotz allem sehr genau auf sich selber, auf sich selber hören. Und sich selber wahrnehmen und gucken.“ (W9/478-488)

Immer wieder begegnet uns in den Interviews eine mehr oder weniger intuitiv ausgeprägte Abwehr gegen medikamentöse Interventionen. Die Sorge um die Belastungen und Nebenwirkungen wird symbolhaft an Antibiotika und kortisonhaltigen Präparaten fest gemacht und scheint stellvertretend für schädliche Arzneimittelwirkungen zu stehen. Wie aus zahlreichen Patientenbefragungen bekannt ist, wird häufig das Defizit an Informationen über Handlungsoptionen und die Vor- und Nachteile einzelner Behandlungsoptionen beklagt (Hamann 2007). So mag dieses Informationsdefizit unter Umständen zu einem intuitiven Abwägen der Vor- und Nachteile medikamentöser Behandlungen führen. Dieses intuitive Abwägen scheint sowohl zu einem gesundheitserhaltenden Faktor werden zu können, als auch die eigene Lebensqualität - aus externer Perspektive betrachtet - stark einschränken zu können. Menschen, insbesondere mit chronischen Erkrankungen, versuchen, sich so vor möglicherweise vermeidbarer Überbelastung durch die langjährige Einnahme von Medikamenten zu schützen. Frau Z versteht die Vermeidung von nebenwirkungsreichen Medikamenten als ihren persönlichen Beitrag zu ihrer Gesunderhaltung: „Und bin also nach wie vor immer noch der Meinung, dass mit der Homöopathie und mit der Naturheilkunde doch viel zu mache ist. Und das es für mich au deshalb mehr von Nutze ist, weil ich ebe die ganze Nebenwirkungen, die 'n anderes Medikament hat, ebe nicht hab. Ich hab noch e gesunde Mage, ich hab noch die Leber, Niere, es funktioniert alles. Was vielleicht nicht der Fall wär', wenn ich anders reagiert hätte. Grad bei chronischer Krankheit mein ich sollte man mehr auf die Natur zurückgreife, um weitere Krankheite vermeide zu können.“ (W23/86-85)

Die Angst vor den Nebenwirkungen kann soweit gehen, dass sogar Einschränkungen der Lebensqualität in Kauf genommen werden. „Und jeder Arzt aber, selbst in der Uniklinik in F-Stadt, die hen denn gesagt het, wenn ich des so aushalte kann, also ich hab ja eigentlich immer Schmerze, ich nehm aber net unbedingt Schmerzmittel.

*Dann soll ich des so mache, denn sie bestätigen mir sehr wohl, dass die ganze Mittel horrende Nebewirkunge hen, die da in dene Basis sind. Des ist Gold oder irgend so 'n Impfstoff. Dann ist des Krebsmittel Methrax\_, Methrax\_, was weiß ich, ich weiß jetzt net wie das heißt. Und ich hab ehrlich gesagt Respekt davor. Ich hab Respekt davor, noch mehr zu bekomme als das ich jetzt hab. Mir reicht's eigentlich und ich will gucke, dass ich des halt irgendwie im Griff halte kann.“ (W23/238-249)*

#### **4.1.2.5 Die differenzierte Anamnese**

Der ausführlichen, differenzierten Anamnese wird eine eigenständige Wirksamkeit zugesprochen. Sie wird von den Patienten als grundsätzlich anders als die schulmedizinische Anamnese wahrgenommen. Aus der Perspektive der Patienten und Patientinnen wird die Anamnese als sehr umfassend wahrgenommen, ungewohnt viele Details erhebend, und Dinge in einen Zusammenhang stellend, die im schulmedizinischen Rahmen nicht in einen Zusammenhang gestellt werden. Zu dem gesamten Bild gehören neben den täglichen Lebensgewohnheiten auch sämtliche Beschwerden in ihren jeweiligen unterschiedlichen Modi und Wahrnehmungen sowie die sie begleitenden Modalitäten (was verschlechtert, was verbessert eine bestimmte Symptomatik). Emotionale Aspekte werden so zulässig und können angenommen werden. So ist es für Herrn A die Homöopathie, die ihm die Ängste vor der Operation nehmen konnte: *„Was auch noch gravierend war, war mit der Herz OP. Das war das mit der Frau Dr. Y. Weil ich hatte ja 'ne, denn wo es geheißen hat, das muss operiert werden, 'ne richtige Angst vor der Operation. Ich bin also, war total durch 'n Wind und. Und die Frau Dr. Y hat mir damals auch etwas gegeben homöopathisch und die, mir die Angst zu nehmen. Und ich bin also auch im Krankenhaus gewesen, die Patienten die mit mir im Raum gelegen sind, die haben alle gesagt, Mensch, dass du so ruhig sein kannst und. Auch des hat man mit der Homöopathie hinggebracht.“ (W1/179-188)*

Das Vorgehen für die Mittelfindung ist phänomenologisch, da es darum geht, wie sich die Symptome in der Wahrnehmung der Patienten darstellen. Dieses Training der Selbstwahrnehmung scheint in sich schon wieder als wirksam wahrgenommen zu werden, da die differenziertere Selbstwahrnehmung im Erleben der Interviewpartner und -partnerinnen zu einer stärkeren Beachtung der eigenen Befindlichkeit und Bedürfnisse führt. *„Ja. Ich bin jetzt halt schon aufmerksamer, ich beobachte mich selber schon aufmerksamer ja. Am Anfang, wenn ich gefragt wurde, dann dann konnt ich oft mal au keine Antwort geben, weil ich's einfach net beachtet hab ne. Aber jetzt ja es, also wenn ich jetzt meine Globuli einnehme und dann beobachte ich schon, was verändert sich bei mir. Was verbessert, was verschlechtert sich oder so. Also man geht schon aufmerksamer einfach ja mit sich selber um ne und. Wobei ich muss sagen also, seit ich bei ihr bin ja, mir geht's eigentlich relativ gut (lacht) gell.“ (W6/207-215)*

Das Erkennen von Zusammenhängen kann an und für sich schon als wohltuend bis heilsam wahrgenommen werden. So erscheint es für Frau M so, dass die Herstel-

lung eines Bedeutungszusammenhanges zwischen dem somatischen Symptom (Haarausfall) und dem psychischen Zustand (Belastung durch den Schlaganfall des Vaters) ein Verschwinden eines Symptomes ermöglicht, so als ob das Symptom mit dem Erkennen des Zusammenhanges seinen Dienst getan hat und somit verschwinden kann. Dieser Zusammenhang kann auch im Nachhinein als Erklärungsmodell von der Patientin konstruiert worden sein. Interessant erscheint die Möglichkeit, sehr differenzierte Zusammenhänge wahrnehmbar zu machen, ohne sie kausal miteinander verknüpfen zu müssen. Somit wäre das homöopathische Konzept in seiner differenzierten Wahrnehmung möglicherweise geeignet, einen semiotischen, also auf der Ebene von Zeichen und deren Bedeutungen vermittelten Zugang zu Zusammenhängen zwischen körperlichen und psychischen Symptomen herzustellen.

Die Anamnese kann aber in ihrem Umfang und in ihrer Tiefe durchaus auch psychische Aspekte in einer ungewohnt intensiven Art berühren. *„Also des ist schon, also wenn ich bei ihr bin, auch jetzt in den Folgegesprächen immer und da bin ich gut 'ne halbe, dreiviertel Stunde. So, gell und. Und bei dem Hauptgespräch, ich meine, wir haben ja dann zweimal durch des das man so Mentorin aufgesucht haben, haben mir des ja gemacht. Also des geht zwei, zweieinhalb Stunden so geht des. Also des ist schon das Hauptsächliche. Sie fragt auch alles durch und sie fragt auch dann immer noch, ob man seelische Belastungen hat oder ob man, ob irgendwas mit reinspielt, was jetzt vielleicht grad ja bestimmte Symptome hervorrufen könnten, z.B. Ausschlag oder, also so wenn man. Manchmal denk ich au immer, wenn ich zu ihr gehe, ich erwähn da so Sachen, die hätte ich beim Arzt gar nicht erwähnt gell, am Anfang. Das war ungewohnt am Anfang.“* (W6/171-184) Dabei wird sichtbar, dass die Anamnese auch und für sich schon eine Intervention darstellen und eine – nicht per se gewünschte oder geschätzte – Wirkung haben kann (vgl. dazu auch Kap. 4.3). Dazu Frau F, bei der die biographische Befragung zu Tränen geführt hat. *„(...) da wird au so viel ausgegraben aus der ja Kindheit, Jugendzeit und so. Also da bin ich wirklich mal in Tränen ausgebrochen. Da war mir's denn schon etwas, ja wie soll ich sage, es war mir denn peinlich gell. Es, es ist so ungewohnt gell, wenn wenn weint man schon mal gell so beim Arzt.“* (W6/191-195)

Für andere ermöglicht die ausführliche Anamnese und die erreichte differenzierte Wahrnehmung eine Erlösung von den Symptomen. Für diese Art der differenzierten Wahrnehmung scheint die homöopathische Anamnese hilfreich, aber keineswegs spezifisch homöopathisch sein zu müssen. So führt im Erleben von Frau P (W15) die ausführliche Anamnese dazu, dass die häufigen Ohnmachtsanfälle auf den erhöhten Kaffeekonsum zurückgeführt werden können und somit in kürzester Zeit nach Absetzen des Kaffeekonsums verschwinden.

Das Thema „Erstanamnese im Rahmen homöopathisch-ärztlicher Versorgung“ wird zu einem späteren Zeitpunkt im Bericht nochmals aufgegriffen (vgl. Kapitel 4.3.3.1, Gesprächskultur).

#### 4.1.2.6 Wahrnehmung einer individualisierten Therapie

Das Ziel der differenzierten Anamnese ist die Erhebung des jeweiligen Arzneimittelbildes. Dieses der Homöopathie eigene Vorgehen wird von den Patienten durchaus als eine Besonderheit der Homöopathie wahrgenommen. Auf der einen Seite führt es zum Teil zu Befremden, auf der anderen Seite fühlen sich Patienten dadurch auch in ihrer Individualität wahrgenommen: Es interessiert nicht nur der Schmerz, sondern die verschiedenen Qualitäten und Modalitäten des Schmerzes. Das Symptom kann eher auf der linken oder der rechten Körperhälfte erscheinen, der Husten kann eher flach oder keuchend, ein Schmerz drückend oder stechend, das Kind im Fieber durstig oder nicht durstig sein. Die detaillierte Symptomschilderung dient zunächst dem Auffinden des für den jeweiligen Patienten/die jeweilige Patientin richtigen Mittels: *„Alle Krankheiten, die man mal gehabt hat als Kind. Auch Befindlichkeiten, die fragt auch nach Befindlichkeiten. Warm, kalt, was einem lieber ist, was einem angenehmer ist. So Sachen, wo man immer denkt, alles kann man sagen. Die macht sich ja auch 'n Persönlichkeitsbild. Zu jedem Mittel gehört ja auch ein bestimmter Mensch in der Homöopathie. Da die fragt nicht, natürlich nach dem Intimleben, sondern um sowas geht's da nicht. Aber um sämtliche Befindlichkeiten im Leben eigentlich. Und und das gibt anscheinend 'n Gesamtbild. Es geht ja immer darum, das die dann 'n so'n Mittel finden, was genau auf diesenjenigen passt. Und das ist natürlich in der Homöopathie unheimlich schwierig, weil es da ja auch 'n paar tausend Mittel gibt. Und wenn man das gefunden hat, dann dann ist es wie im Lotto, wie 'n Sechser im Lotto. Dann kann man ganz viel wieder in, auf die Reihe bringen im menschlichen Körper. Und das ist eben immer der Versuch, dass man das immer versucht, dieses Mittel zu finden.“* (W17/133-149)

Die Individualität wird nicht ausschließlich über die detaillierte Erfassung der körperlichen Symptomatik hergestellt, es fließen auch die unterschiedlichen Lebensumstände und die verschiedenen Arten der Ausprägung einzelner Krankheitssymptome und das unterschiedliche persönliche Erleben des jeweiligen Zustandes mit ein: *„Und er macht es auch wieder zuerst vom Kind abhängig, in was für 'ner Verfassung ist des Kind, wie geht es au mit der Erkrankung selber um. Es gibt ja Kinder, die sehr hoch fiebern könne und trotzdem ansprechbar und einigermaßen ruhig dabei sind. Und es gibt Kinder, sehr hoch fiebern und fürchterlich fantasieren oder so, so sehr unruhig sind. Welche die trinken, welche die net trinken. Also da gibt's ja von Kind zu Kind so viel Variationen bei ein und demselben Symptom von irgend 'ner Erkrankung, dass er erst guckt, wie geht das Kind damit um. Dann wie geht die Mutter damit um (lacht), wie kann die damit umgehen. Und dann wird entschieden, was notwendig ist.“* (W13/290-301)

Obwohl immer wieder betont wird, dass die Symptombeschreibung so detailliert sein muss, um aus der Vielzahl der vorhandenen homöopathischen Mittel das richtige auswählen zu können, wird auch die Anwendung nicht-homöopathischer Methoden als geeignete Therapie akzeptiert. Frau Q: *„So wie ich merke, die Schulter meldet sich*

wieder, mach ich sofort Übungen, sofort. Und es ist ja eben das, die sollt man ja immer machen. Aber wenn's einem wieder gut geht, dann vergisst man ja so was gerne ne, dann macht man ja nichts. Und darum da, wenn sich die Sachen melden, dann werden sie sofort bearbeitet und dann mach ich meine Sachen wieder. Und das hoff ich, dass wir das dann so lange wie möglich alles hinauszögern können. Irgendwann werden mal die Tabletten kommen, aber aber noch nicht so bald.“ (W17/737-746)

Die oft nicht nachvollziehbar erscheinenden detaillierten Fragen, die anscheinend so gar nichts mit den Beschwerden zu tun haben, werden im Verlaufe der Vertrautheit mit den Besonderheiten der Homöopathie zunehmend angenommen: „Ja es war alles a bissle neu. Und ein homöopathischer Arzt stellt jetzt andere Fragen. Der hat dann z.B. beim Sohn wissen wollen, hat er denn eher Durst oder hängt er nachts 'n Fuß aus 'm Bett. Da hab ich gedacht, hoppla, was hat denn jetzt bitte 'n Fuß der aus dem Bett hängt (lacht) mit so 'ner Erkrankung zu tun. Also er hat ganz ungewöhnliche Fragen gestellt für mein Empfinden. Inzwischen weiß ich natürlich, dass ein bestimmtes Krankheitsbild, oder ja sagen wir mal einer hat Schnupfen, den einen kratzt 's im Hals, dem anderen rennt dauernd die Nase also. Oder eben er fühlt sich heiß oder hat 'ne knallrote Backe. Da spielen Dinge 'ne Rolle, die in 'ner normalen Behandlung absolut net von Belang sind.“ (W14/113-124)

In anderen Beispielen wird zwar durchaus deutlich, dass Menschen mit einem identischen Grippemittel behandelt werden, aber diese Tatsache scheint dem von Patienten ersehnten Gefühl eines individuellen Vorgehens durch die homöopathische Anamnese und der darauf basierenden Mittelauswahl keinen Abbruch zu tun.

#### **4.1.2.7 Anregung zur Selbsthilfe**

In den Interviews äußern Patienten das Bedürfnis, selbständig etwas für ihre Gesundheit tun zu wollen. Sie erbitten und wünschen sich Anregungen von ihren behandelnden Ärzten. Die Homöopathie wird als ein Verfahren wahrgenommen, welches nachvollziehbar und erlernbar ist, so dass auch Laien es mit der Zeit selbständig für den Eigenbedarf in begrenztem Maße und mit Rückversicherung beim behandelnden Arzt einsetzen können. Je nachdem, wie sehr sich die InterviewpartnerInnen nun mit dem Verfahren identifizieren konnten (oder sich dafür interessieren), haben sie sich mehr oder weniger umfangreiches eigenes Wissen angeeignet, welches sie in unterschiedlichem Maße dazu befähigt, selbständig zu handeln. Dabei erleben PatientInnen es durchaus, dass sie von ihren Therapeuten zur eigenen Anwendung der Mittel ermutigt werden, aber wenn sie sich in ihrer Mittelwahl irren, gerne auch wieder ärztlichen Rat in Anspruch nehmen können. So berichtet Frau X: „Gut, ich probier normalerweise erst mal daheim. Schau, ich hab ja au e Büchle, wo mir alles aufschreibt, was ich da so ab und zu immer krieg von de Kinder oder au von uns, wenn man, wenn man was ham. Und da steht dann ja alles drauf was, für was was alles ist. Und des tu ich dann erst mal durchschaue, ob ich irgendwas find, wo die Symptome zutreffen, was im Moment

da sind. Und dann probier ich das. Und wenn's dann aber gar net ein\_ anschlägt, dann geh ich halt doch zum Arzt.“ (W22/672-679)

Für Frau G war es eine besonders angenehme Erfahrung, der eigenen Mutter helfen zu können. Ihr gelingt es, der eigenen Mutter durch Gabe von Globuli soweit behilflich sein zu können, dass diese meint, das Jucken der Schuppenflechte damit beeinflusst zu haben: „Meine Mama auch sie Aha-Effekt hatte mit Globulis, dass ich ihr helfen konnte mit 'ner Röschenflechte, wo sie gejuckt und gekratzt hat so furchtbar und sie war noch bei ihrem Hausarzt und der meinte, nee das kann nicht sein, das ist nicht die Psyche. Meine Mutter hatte zu dem Zeitpunkt ziemlich viel Stress gehabt. Nee nee, schmieren sie mal das drauf. Und es wurde und wurde nicht besser. Und dann meint ich du, ich hab was, probier mal die Kügelchen aus. Und meine Mama war sehr skeptisch dem gegenüber. Und zwei Stunden später hat nichts mehr gejuckt. Und dann meinte sie, ja gut. Und dann hab ich gesagt hab, gehst aber trotzdem noch hin und lässt des abklären, net das es was anderes ist. Jetzt ist der Juckreiz zu mindestens weg, aber es kann ja auch noch irgendwas anderes sein und.“ (W7/97-111)

Frau L kann einer Bekannten helfen und erlebt diese Erfahrung eigener Kompetenz und die Möglichkeit, jemandem helfen zu können, als sehr beglückend: „Und meine Bekannte ist während dem Essen oder nach 'm Essen ist umgekippt auf der Bank beim Sitzen. Also es ist ihr einfach schlecht geworden, sie hat die Augen verdreht, war ganz kreidebleich im Gesicht und ist umgekippt. Und dann haben die auch, muss, ja was machen, Notarzt gerufen und so, der kam auch. Und dann haben die eigentlich gesagt, ja sie merken nichts ist, nur der Blutdruck ist 'n bisschen niedrig. Und ich hab vorher gezögert und dachte, ob ich ihr was geben soll. Ich hab halt auch so für 'n Kreislauf immer was dabei. Und hab aber, ich wusste ja nicht was es ist und ich wollte ja auch nichts verkehrt machen. Und als sie dann wieder so bei sich war und der Notarzt dann so unverrichteter Dinge auch wieder abgezogen ist. Und dann hab ich sie gefragt, ob sie das Veratrum haben möchte, wo ich immer den Eindruck hab, weil ich ein bisschen niedrigen Blutdruck hab, dass das da auch immer sehr gut hilft. Und dann sagte sie ja, sie mag, also sie fand das auch gut mit der Homöopathie und dann hab ich ihr eine Tablette gegeben. Und das war richtig zu sehen, so die hat das dann gelutscht und so fünf, zehn Minuten später hat sie auf einmal wieder Farbe im Gesicht gehabt. Und das fand ich also ganz toll. Und ich hab denn auch noch mal gefragt, möchtest du noch mal 'ne Tablette und dann sagte sie ja. Und dann hat sie noch einmal eine gelutscht und ist nicht heimgegangen, die war den ganzen Abend da und es ging ihr gut. Und dann wollte sie natürlich wissen, was war des, ich möcht das auch haben (lacht). Und die andere Bekannte auch beim Sport, so 'ne große schlanke Frau, die auch halt niedrigen Blutdruck hat, die wollt des auch wissen. Und ich dachte dann hup toll (lacht). Wenn was so gut wirkt und das denn auch noch ohne Nebenwirkungen. Also das hat mich sehr gefreut. Auch dann so, dass ich dann eben auch so so hilfreich sein konnte.

*(...) Ich hab so meine Kügelchen und die kauf ich mir immer wieder nach. Und wenn die halt bei 'nem anderen auch gut wirken und dann um so besser.“ (W11/160-199)*

Für Frau W ist es vor allem eine Stärkung ihres Selbstbewusstseins und ihrer Befähigung zur eigenständigen und selbstverantworteten Behandlung, wenn die Ärztin sie beauftragt, selber zu entscheiden, wann sie meint, Globuli einnehmen zu müssen. Auch eine mögliche Nichtwirkung wird vorweg genommen und dann nicht dem Patienten oder der Patientin zugeschoben. In diesem Fall müsse halt eine neue Erhebung und ggf. Korrektur stattfinden. *„Und sie gibt dann dann ein kleines Döschen mit mit noch Globulis und sagt also, wenn sie das Gefühl haben, sie brauchen noch mal 'ne Gabe, dann nehmen sie des und wenn's gut ist, dann ist gut, dann ist umso besser. Und wenn's nicht wirkt, dann müssen wir sowieso noch mal drüber sprechen.“ (W16/888-892)*

Frau R, 75 Jahre alt, hat ihre eigene Hausapotheke, die im Laufe der Jahre angewachsen ist: *„Nein, Tropfe oder Tablette, das ist halt so ich mein, ich hab mindestens fünf Schächtele in der Tasch, weil die sind alle gleich groß. Weil meistens sind sie von der gleiche Firma. Und denn sehen sie alle gleich aus. Sie kriege sie net auseinander, die die die sind gleich groß und sind alle weiß. Und deswege muss des Zeug halt noch jedes in eine einzelne Schachtel sein. Da hab ich lauter solche Döschen in der Handtasche.“ (W18/676-682)* Diese Hausapotheke setzt sie scheinbar auch gerne selbstständig ein, beispielsweise im Falle von beginnenden Erkältungen: *„Wenn ich anfang' Niesen irgendwo 'n paar Mal hinter einander, dann nehm' ich mal gleich ein paar so Phosphoricum Kügelchen und dann hab ich meistens die Erkältung gleich wieder im Griff.“ (W18/689-691)*

Für Frau Q, 66 Jahre alt, besteht die Selbsthilfe darin, hin und wieder in einer Naturheilkundezeitschrift zu blättern, sich dort Anregungen zu holen, die dann mit den Nachbarinnen ausgetauscht werden. *„Ach das war 'ne Nachbarin. Die hat mich damit geworben und da bin ich dann ja, die hat mir dann zuerst immer das Heft geliehen, wenn das kam. Und dann hab ich gesagt, das könnt ich mir doch eigentlich auch mal selber zulegen, weil da sind Sachen drin, die man, heut kann man alles im Internet angucken, aber manchmal ist es doch noch gut, wenn man das so durchblättert und denkt, ah da war doch mal was mit, so mit Fersensporn oder so, da hab ich doch mal was gelesen. Und dann holt man sich das wieder raus und ja. Und ja das ist so so, ich bin da so langsam rangeführt worden.“ (W17/82-91)*

Die gezeigten Beispiele verdeutlichen, dass Selbsthilfe hier einhergeht mit einem Beitrag zur Stärkung des Selbstwertgefühls und der Handlungsfähigkeit, welche an und für sich schon wieder salutogene Auswirkungen haben kann.



## **4.2 Vorstellungen und Haltungen zu Krankheit und Heilung**

Obwohl die InterviewpartnerInnen nicht explizit nach ihren Vorstellungen zu Krankheit und Heilung gefragt wurden, gab es zahlreiche Äußerungen zu diesen Themen. Um später feststellen zu können, ob und inwieweit die Haltungen und Einstellungen zu Krankheit und Heilung die Beziehungen zu Ärztinnen und Ärzten und die Ansprüche an eine medizinische Behandlung beeinflussen, wurden die zu diesem Bereich gemachten Äußerungen im folgenden Kapitel zusammengestellt. Zunächst werden die Aspekte „Vorstellungen von Krankheit“ (Kap. 4.2.1) und „Vorstellungen von Heilung“ (Kap. 4.2.2) dargestellt. Veränderungen dieser Einstellungen, die sich im Laufe der homöopathischen Behandlung ergeben haben und die von den InterviewpartnerInnen ausdrücklich der Homöopathie zugeschrieben werden, finden sich in Kap. 4.2.3. In Kapitel 4.2.4 wird das Aufeinandertreffen von Laien- und professionellen Konzepten von Krankheit thematisiert. Die vier genannten Aspekte ergaben sich aus der inhaltsanalytischen Strukturierung des Materials.

### **4.2.1 Vorstellungen von Krankheit**

Da das Studiensample ausschließlich aus Personen besteht, die bereits länger in homöopathisch-ärztlicher Behandlung sind, ist nicht auszumachen, inwieweit die in den Interviews gefundenen Vorstellungen von Krankheit durch die Beschäftigung mit der Homöopathie zustande gekommen sind oder ob sie schon früher in dieser Form vorhanden waren. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die homöopathische Behandlung diese Vorstellungen beeinflusst hat.

#### **4.2.1.1 Krankheit als individuelles Phänomen**

Von verschiedenen InterviewpartnerInnen wird Krankheit als individuelles Phänomen dargestellt. Die Vorstellungen davon, was die Individualität von Krankheit ausmacht, betreffen hauptsächlich die Symptompräsentation und die psychische Verfassung.

#### **Individuelle Symptompräsentation und -schilderung**

Die Individualität der Symptompräsentation wird beispielsweise in Schilderungen davon deutlich, wie unterschiedlich die Bandbreite von Verhaltensweisen bei ein und derselben Symptomatik sein kann. Frau N hat während ihrer Tätigkeit bei einem homöopathisch arbeitenden Kinderarzt viele verschiedene Kinder erlebt, die auf dasselbe Symptom sehr unterschiedlich reagiert haben. Diese Unterschiedlichkeit ist ihr noch sehr eindringlich in Erinnerung: *„Es gibt ja Kinder, die sehr hoch fiebern könne und trotzdem ansprechbar und einigermaßen ruhig dabei sind. Und es gibt Kinder, sehr hoch fiebern und fürchterlich fantasieren oder so, so sehr unruhig sind. Welche die trinken, welche die net trinken. Also da gibt's ja von Kind zu Kind so viel Variationen bei*

*ein und demselben Symptom (...).*“ (W13/292-298) Die detailgenaue Schilderung macht deutlich, dass die Interviewpartnerin der Symptompräsentation große Bedeutung beimisst. Sie geht davon aus, dass jedes Kind auf seine ihm eigene Weise unter einem Symptom leidet, das eine reagiert bei Fieber mit Fieberphantasien, das andere ist eher ruhig usw.

Auch Frau P betont die Bedeutsamkeit der detaillierten Darstellung der Symptome. Ihre Erfahrung ist, dass, je genauer sie ihre Symptome schildern kann, es für die Ärztin umso leichter ist, auf Anhieb das richtige Mittel bestimmen zu können: *„Also dass sie, weil die Medikamentenfindung schwierig ist. Es ist net, ich hab Kopfweh und krieg Aspirin oder Ibuprofen oder sonst was, sondern für dieses Kopfweh so blöd es klingt, (unverständlich) kann ich ja selber machen, aber wenn ich im linken Auge, also wenn sich in einem Auge 's Kopfweh festsetzt und des links ist, dann ist es (Präparatname, unverständl. Anm.d.Verf.in) und des stimmt, haut hin. Und wenn's des nicht ist, es gibt verschiedene Kopfwehmittel, aber ich muss ganz genau wissen, wo 's Kopfweh eigentlich von hinten nach vorne gestiegen ist oder ob's in der Stirn ist oder ob ich's Gefühl hab, es dreht mir der Kopf.“* (W15/487-497)

### **Individuelle psychische Verfassung**

Der Gemütsverfassung wird im Zusammenhang mit einer Erkrankung ebenfalls große Bedeutung beigemessen. Frau P beschreibt sich selber als jemanden, der stark psychosomatisch reagiert. Die Psyche spielt ihrer Meinung nach bei ihren Erkrankungen auch immer eine Rolle und sie berichtet von verschiedenen Erfahrungen damit, dass eine (homöopathische) Therapie gerade deshalb erfolgreich war, weil die psychische Dimension berücksichtigt worden ist: *„(...) die Homöopathie hat es ja, dass sie auf der einen Seite genau auf die Symptome losgeht, (...), aber dass sie gleichzeitig guckt, wie ist die Gesamtgemütslage, das in Zusammenhang bringt. Und des stimmt einfach.“* (W15/207-214) Eine andere Studienteilnehmerin schildert, dass sie wegen Haarausfalls mehrere Ärzte konsultierte, die ihr jedoch nicht helfen konnten. Erst als sie zu einer Homöopathin (Heilpraktikerin) ging, mit der sie über den Schlaganfall ihres Vaters sprechen konnte und über die psychische Belastung, die dieses Ereignis für sie bedeutete, konnte ihr geholfen werden: *„Und wir haben dann sicher auch im Gespräch gesp\_ darüber gesprochen, dass mein Vater 'n Schlaganfall hatte und dass das einfach die ganze Stresssituation des ausgelöst hat. Deswegen die au\_ die Blutwerte auch nicht stimmen, weil einfach mein ganzer Körper wie in so 'm Schockzustand war. Und aber der Haarausfall war weg. Und das war einfach 'n schönes Erlebnis, dass man einfach mit so 'm Kügelchen, es war zwar dann 'ne hohe Potenz, aber des wieder in Griff bekommt und 'ne Besserung erkennbar ist“* (W12/33-60).

Die Bedeutsamkeit psychischer Faktoren wird jedoch auch in Frage gestellt und unter Vorbehalt betrachtet. So schildert Frau D, dass sie manchmal regelrecht enttäuscht war, wenn sie mit körperlichen Beschwerden zu ihrer Ärztin gegangen war und

von der Ärztin hauptsächlich zu ihrer seelischen Befindlichkeit befragt wurde: *„Also enttäuscht war ich insofern manchmal schon, dass ich grade des Psychische für mich manchmal als damaliger noch homöopathischer Laie zu arg angesproche worde ist, wo ich immer denkt hab, was macht das jetzt wieder aus, wenn ich mal mein, dass, wenn man schüchtern ist oder so was und so so Sache. Was spielt des jetzt da für Rolle. Und man denkt, jetzt hat er wieder vor allem mein Wesen, mei Psyche durchlöchert und ich bin eigentlich wegen meine Finger komme. Und des war so die Unzufriedenheit, wo ich manchmal rauskomme bin und dann im Auto gesesse bin, warum warst du jetzt eigentlich dort, ja. Und dann kommts aber im Nachhinein, das war einfach nötig für das Mittel zu finde. Und des zu verstehe, einfach dass da so viel, das war für mich, wo ich einfach lerne musst, wo die Unzufriedenheit manchmal echt genagt hat.“* (W4/353-367) Auch wenn sie sich im Laufe der Zeit an diese Fragen gewöhnt hat, ist ihr diese große Nähe anscheinend ein bisschen zuviel. So spricht Frau D an anderer Stelle in diesem Zusammenhang von einem „Striptease“ (W4/321-322), so ausgezogen fühlt sie sich. Auch Frau B empfindet die Einbeziehung der Psyche als verunsichernd. Sie akzeptiert diesen Aspekt, weil die homöopathische Therapie letztendlich gewirkt hat. Die Benennung negativer Charaktereigenschaften, wie sie im Rahmen der Mittelbestimmung manchmal vorkommt, ist ihr jedoch unangenehm. Deshalb formuliert sie vorsichtig Zweifel an dem Zusammenhang von Charaktereigenschaften und homöopathischem Mittel. *„Und genauso ist es anscheinend wohl auch in der Homöopathie, dass es, dass von den von den Charaktereigenschaften wohl auch irgendwie auf die Pflanzen, aus die dann diese Homöopathie, dieses homöopathische Mittel erstellt wird, Rückschlüsse drauf zu führen sind. Also ein, ein Mensch irgendwie, der vielleicht 'n bisschen widerspenstig oder so was ist, der schlägt vielleicht auf 'n Mittel der Distel sehr gut an, weil die auch ziemlich ne, wenn man sie anfasst pieksig und so. So hat sie mir das damals erklärt. So ganz nachvollziehen konnte ich's immer noch nicht (lacht), aber es hat geholfen und damit ist es für mich dann auch gut.“* (W2/542-553)

#### **4.2.1.2 Krankheit als sinnstiftendes Element**

Für einige InterviewpartnerInnen, vor allem diejenigen, die von chronischen Krankheiten betroffen waren, war die Konstruktion einer Sinnhaftigkeit der Erkrankung von Bedeutung. Dabei kann zwischen zwei verschiedene Herleitungen des Krankheitssinns – die sich jedoch nicht gegenseitig ausschließen – unterschieden werden. Zum einen findet sich die Auffassung, dass eine Krankheit neben den negativen auch positive Aspekte hat, indem sie zu höheren Einsichten verhilft, weil sie z.B. Anlass bietet über die „wahren“ Werte des Lebens nachzudenken. Zum anderen gibt es die Auffassung, dass eine Krankheit auf nicht wahrgenommene seelische Bedürfnisse aufmerksam machen will. Der Körper wird quasi als Sprachrohr der Seele verstanden und eine Krankheit weist darauf hin, dass die Seele vernachlässigt worden ist.

### Krankheit als Hinweis, Werte und Lebensziele zu überprüfen

Frau H und Herr A fassen ihre schwere Erkrankung als Wink des Schicksals auf, das sie darauf hinweisen will, dass die eigene Lebensplanung neu überdacht werden soll, weil möglicherweise falsche Ziele verfolgt worden sind. So bekommt die Krankheit einen Sinn, sie wird als Mitteilung verstanden, als Hinweis, etwas ändern zu müssen. Die Veränderungen, die eine intensive Auseinandersetzung mit den eigenen Werten und Zielen mit sich bringt, werden als positiv und bereichernd empfunden, so dass die Belastungen und Einschränkungen, die durch die schwere Erkrankung vorhanden sind, zumindest teilweise ausgeglichen werden.

Frau H hat nach der Diagnose einer schweren Krankheit ihr Leben aktiver in die eigenen Hände genommen. Sie verstand die Krankheit als Herausforderung, die sie angenommen hat. Der Gegensatz zwischen Krankheit und Gesundheit hat sich für sie während der Auseinandersetzung mit der Erkrankung mehr und mehr aufgelöst, so dass sie die Erkrankung jetzt als normalen Teil des Lebens versteht. *„Ja Krankheit wird ja immer so als irgendwas abgestempelt, etwas was man nicht haben möchte in unserem System, genauso wie alt sein, das will man auch nicht haben, gebrechlich sein, das will man auch nicht haben. Also am besten weg, weg damit. Nur, wenn ich es jetzt philosophisch sehe, wo fängt Krankheit an? Und was ist Krankheit eigentlich? Für mich, ich hatte es vorhin schon mal Ihnen gegenüber erwähnt, war diese Krankheit auch eine Herausforderung. Eine Herausforderung an das Leben. Einfach auch mal drüber nachzudenken, was bedeutet denn Leben überhaupt. Und für mich war die Krankheit auch die Chance, mein Leben total zu verändern und über dieses Nachdenken über das Leben auch mein Leben so zu leben, dass es total lebenswert ist. Und dass es wahnsinnig Spaß macht, auch mit der Krankheit zu leben. Aber ich spür die Krankheit ja auch gar nicht, sie ist in meinem Bewusstsein normal gar nicht da. Ich hab zwar meine Tees, die ich mir abkochen muss, aber das in dem Moment denk ich nicht an Krankheit, sondern ich denk, ich tue mir jetzt was Gutes, ich koch mir jetzt hier meine Rezeption, die ich wieder verschrieben gekriegt hab, ja. Also mein Leben ist so was von bewusst geworden, dass ich mich morgens freue, wenn ich aufstehe, dass ich mich freue, wenn mich die Sonne an der Nase kitzelt, dass ich mich freue auf mein Trimmrad zu steigen, meine halbe Stunde Trimbewegung zu machen (lacht), schwimmen zu gehen, jede Bewegung, alles auszukosten, mich an der Natur erfreue (...).“* (W8/784-832)

Ähnlich hat auch Herr A seine Krankheit interpretiert. Sie hat ihm deutlich gemacht, wie schnell das Leben vorbei sein kann und wie kostbar jeder Tag ist. Er ist dankbar und zufrieden, dass er seine schwere Herzerkrankung überlebt hat und er misst seitdem seiner Familie eine größere Bedeutung bei, als zuvor. Menschliche Nähe und Zufriedenheit mit dem, was er hat, haben einen größeren Stellenwert bekommen: *„Gut die Herzbehandlung hat für mich im heutigen Leben ja 'n großen Punkt an Erfahrung gebracht. Also nach der Herzoperation ist man zufriedener, insgesamt. Wenn*

*man sieht, dass das Leben sehr schnell vorbei sein kann. Ich hab also während der Herzoperation etliche Leute sterben sehen, während ich auf der Intensiv war. Und wenn man das, das ist so gravierende Erfahrungen sind und man wird da, denk ich mal, wenn man so 'n Erlebnis hatte, denk mal, man wird einfach zufriedener. Man setzt seine eigenen Forderungen oder die man an sich stellt, ziemlich zurück. Und sagt, man kann auch zufrieden sein mit dem, was man jetzt hat. Vor allem denk ich mal, ist seit dieser Herzoperation für mich auch sehr wichtig geworden die Familie. Die Zeit mit der Familie ist auch sehr wichtig geworden durch diese Herzoperation. Weil wie gesagt, man weiß nicht wie lange das Ganze geht oder. Es kann sehr schnell vorbeigehen. Ich hatte Glück. Ich denk mal, das hat so sein müssen.“ (W1/806-822)*

### **Krankheit als Sprachrohr der Seele**

Verschiedentlich wurde die Auffassung vertreten, dass Erkrankungen auf nicht beachtete Bedürfnisse der Seele zurückzuführen sind. So wird zum einen die Krankheit erklärbar, denn es gibt einen feststellbaren Grund dafür, man ist also nicht „einfach so“ krank geworden, zum anderen ist damit auch die Therapie zu einem Teil klar: eine größere Achtsamkeit den eigenen seelischen Bedürfnissen gegenüber, ein schonenderer Umgang mit sich selbst. Beispielsweise führt Frau H ihre Erkrankung auf eine psychische Überlastung zurück: *„Gut. Die Schilddrüsenerkrankung, hab ich mir gedacht, kommt ja auch nicht einfach nur so. Als sonst immer sehr gesunder Mensch wird denn schon irgendwo im Kopf auch was in Bewegung gesetzt und gefragt, ja warum jetzt gerade da. Und da kam ich also ganz schnell da drauf, dass es eigentlich auch was mit meiner entsprechenden Lebenssituation oder damaligen Lebenssituation zu tun hatte.“* (W8/254-260) Frau H hatte kurz vor der Diagnosestellung einer schweren Krankheit eine sehr belastende Lebensphase hinter sich gebracht. In dieser Zeit ist sie an die Grenzen ihrer Kräfte gekommen: *„Es war irgendwo 'ne Nummer zu groß für mich. Und ich hatte damals niemanden. Ich hab also versucht immer nur mich auf mich selber zu besinnen und das auch selber auf die Reihe zu kriegen. Aber vielleicht hätte ich mich jemandem anvertrauen sollen. Aber das war so glaub ich die, die Zeit wo diese, wo ich dem Krebs auch 'ne Möglichkeit geben konnte, dass er entstehen kann und wachsen kann.“* (W8/337-343) Diese Überlastung ohne eine Kompensationsmöglichkeit hat ihrer Meinung nach dazu geführt, dass die Krebskrankheit entstehen konnte.

Einen ähnlichen Ansatz vertritt Frau M. Sie hat von ihrer Ärztin gesagt bekommen, dass ihre Müdigkeit und Schlappeheit damit zusammenhängt, dass sie sich zuviel zugemutet und damit der Krankheit einen größeren Spielraum gegeben habe. Frau M: *„Ich hab meine, meine Ärztin vor kurzem auch gefragt: „Wieso hab ich diesen Virus?“ Da sagt sie: „Was macht dieser Virus denn?“ „Das macht einen schlapp, müde.“ Da sagt sie: „Sie muten sich zuviel zu, der Körper reagiert jetzt.“* (W12/313-317)

Auf die Frage danach, inwiefern ihr das Sprechen über psychische Aspekte mit dem Arzt wichtig sei, antwortete Frau O: *„Ganz wichtig, weil ich denke, wenn jetzt grad*

*'n Kind sich seelisch net wohl fühlt, dann frag ich mich, ob das eben net auch körperliche Auswirkungen haben kann bzw. bei unserm Sohn, woher kamen die Hautprobleme also. Man sagt ja auch, es geht einem was unter die Haut. Also ich denk schon, dass das ganz eng mitnander zusammenhängt und deswegen ist mir des wichtig, wenn ich seh' dass die Kinder seelisch net ganz im Lot sind und ich hab da, also bin praktisch am Ende mit meinem Latein, dann möcht ich auch mit so etwas zu dem Arzt gehen dürfen und net nur, wenn man ganz offensichtlich irgendwelche gesundheitlichen Probleme hat.“ (W14/629-643)* Um zu verhindern, dass aus psychischen Belastungen oder Problemen somatische Erkrankungen werden, ist es Frau O wichtig, auch mit nicht-medizinischen Fragen einen Arzt konsultieren zu können. Er könne ihr dabei helfen, psychische Probleme rechtzeitig zu erkennen, bevor sie sich in körperlichen Erkrankungen manifestieren würden.

Für Frau Z ist es wichtig, psychische Belastungen möglichst gering zu halten, da sich ihrer Ansicht nach körperliche Symptome sonst verstärken: *„Also des ist wohl au, also ich merk's bei mir arg, wenn 's so stressbedingt, da bricht des schon mal stärker aus dann. Wenn ich mein innere Ausgleich hab, mein Seelefriede, dann geht's mir au viel besser. Also ich denk, dass da schon e Stück weit Psychosomatik mit e Rolle spielt.“ (W23/229-232)*

#### **4.2.1.3 Vereinbarkeit von Krankheit und Gesundheit**

Bei InterviewpartnerInnen mit chronischen Erkrankungen war die Heilung von der Erkrankung durchaus als Wunsch vorhanden. Doch auch wenn diese Wunschvorstellung vorhanden war, so waren die InterviewpartnerInnen doch so realistisch, zu wissen, dass manche Krankheiten nicht heilbar sind. Statt einer Heilung wurde ein besseres Leben mit der Erkrankung angestrebt. Krankheit wird dabei nicht als Gegensatz von Gesundheit erlebt, sondern beides kann gleichzeitig vorhanden sein. So hebt Frau H die Dichotomie Krankheit – Gesundheit auf, indem sie sich wünscht *„dass ich weiterhin mit meiner Krankheit so gesund bleib“ (W8/854-855)*. Eine Krankheit haben und sich gesund fühlen stellt für sie keinen unvereinbaren Widerspruch dar. Ähnlich formuliert es Frau Z, die an einer chronisch progredienten Krankheit leidet: *„Heute, ich weiß, es ist schlechter worde. Aber ich fühl mich trotzdem noch gut.“ (W23/1048-1049)* Auch in der Äußerung von Frau P wird deutlich, dass es nicht nur um das Erreichen einer objektiv sichtbaren Gesundheit geht, sondern auch andere Lösungen denkbar sind und als erstrebenswert empfunden werden: *„Also und da denk ich, hat die Medizin ganz starke, also die, mit der kann man lernen au mit Leiden sag ich mal, mit diesen Beschwerden, weil man kriegt sie in die Balance.“ (W15/1064-1066)*

Krankheit und Gesundheit werden von diesen Interviewpartnerinnen nicht als unvereinbare Gegensätze gesehen. Im Gegenteil, sie können nebeneinander existieren und mal wiegt die eine, mal die andere im Alltag schwerer. Welcher Zustand stärker ins Bewusstsein oder ins Empfinden rückt, hängt von den Begleitumständen ab. Es gibt

Situationen, in denen Krankheit als nicht so schlimm oder einschränkend empfunden wird. Treten zusätzliche Belastungen auf, wie z.B. als stresshaft empfundene Situationen, geht die Balance verloren und die Erkrankung tritt wieder mehr in den Vordergrund.

#### **4.2.2 Vorstellungen von Heilung**

In Bezug auf die Vorstellungen von Heilung gelten die Einschränkungen, wie sie in Kapitel 4.2.1 bereits genannt wurden. Auch hier lässt sich nicht sagen, inwieweit die gefundenen Vorstellungen und Einstellungen Resultat der homöopathischen Behandlung sind oder bereits vorhanden waren, bevor die homöopathische Therapie begann.

Es finden sich Äußerungen, in denen zwischen der Beseitigung von Symptomen und der tatsächlichen (= endgültigen) Heilung einer Erkrankung differenziert wird. Krankheiten sollten geheilt werden, ein bloßes Unterdrücken der Symptome wird als nicht ausreichend empfunden, da angenommen wird, dass die Erkrankung dann immer wieder auftritt. Heilen wird als aktiver Prozess verstanden (Kap. 4.2.2.1): einmal als Körperaktivität in dem der Körper sich selber heilt, aber auch als Aktivität der Betroffenen durch frühzeitige Intervention, Reduzieren von Be- und Überlastungen, Selbstdisziplin und Krankheitsarbeit sowie als Teamwork von Arzt/Ärztin und PatientInnen. Welchen Stellenwert in Zusammenhang mit dem Heilungsprozess die dafür benötigte Zeit hat, wird in Kapitel 4.2.2.2 erörtert.

##### **4.2.2.1 Heilung als Aktivität**

###### **Heilung durch Aktivierung der Selbstheilungskräfte**

Im Interviewmaterial findet sich die Annahme, dass der Körper über Selbstheilungskräfte verfügt. Krankheit wird so verstanden, dass hier die Selbstheilungskräfte des Körpers nicht gereicht haben oder er nicht in der Lage war, diese eigenständig zu aktivieren. Eine Therapie sollte sich deswegen an dieser Ressource orientieren und dazu dienen, diese Selbstheilungskräfte anzuregen. Eine erfolgreiche Heilung ist demzufolge nur möglich, wenn der Körper darin unterstützt wird, seinen eigenen Weg durch die Krankheit zu finden. Gemäß diesen Vorstellungen müssen Krankheiten also durchlebt werden. Ein „Gesundmachen“ von außen durch eine Abkürzung dieses Prozesses mit chemischen Arzneimitteln wird dagegen als kontraproduktiv empfunden. Von den homöopathischen Arzneimitteln wird angenommen, dass sie die Selbstheilungskräfte in Gang setzen. *„Die Selbstheilungskräfte werden tausendmal mehr mobilisiert. Also da bin ich ganz sicher. In der Schulmedizin, also es liegt dran, 70% macht der Mensch selber. Egal was er einnimmt. Aber des zu mobilisieren hat die Medizin jedenfalls mehr viel mehr Möglichkeiten als die Schulmedizin. Die deckelt, gibt und sagt (unverständlich) währenddessen diese Art Medizin hat im Grunde ja, strengt der ihren Körper an, dass er diese Heilung vollbringt. Und deswegen ist in meinen Augen auch nachhaltiger.“*

*Also dieses, was sie hören bei diesen Leuten, die bei Grippe, also bei grippalen Infekten, ihre Schnupfenmittel einnehmen, dann setzen sie es ab und dann kriegen sie es noch mal und noch mal. Und bei der Homöopathie hab ich Eindruck, wenn es wirklich richtig kuriert ist, dann ist's weg. Also es fördert im Grund den Widerstand mit, also ist so meine Erfahrung.“ (W15/1175-1189) Für Frau P beinhaltet das Selbstheilungsgeschehen nicht nur die Heilung von der aktuellen Erkrankung, sondern darüber hinaus geht der Körper gestärkt aus der Auseinandersetzung mit der Krankheit hervor.*

Ähnlich sieht es auch Interviewpartnerin Frau D. Sie empfindet die Wirkung herkömmlicher Arzneimittel als Unterdrücken von Symptomen, aber nicht als Heilung. Eine solche Therapie kann ihrer Meinung nach nicht erfolgreich sein, weil die Krankheit immer wieder auftritt, solange nur die Symptome „platt gemacht“ werden und der Körper nicht angeregt wird, etwas selber zu tun. *„Und ich hab dann aber einfach gemerkt, dass ich bei viele Dinge in 'ner Sackgasse gelandet bin. Dass die Arznei, die mir kriegt hen immer die Symptome zwar behandelt hat, aber net den Körper geheilt hat oder net den Körper nix net geheilt, ja, net angeregt hat selber was zu tun. Sondern da ist immer irgendwas unterdrückt worde oder das Mittel hat gemacht, dass sich beim Husten der Schleim löst, aber der Körper war total inaktiv. Und dann ist immer wieder komme, immer wieder komme. Und des ist grad bei so chronische Sache 'n absoluter Teufelskreis mit Neurodermitis oder sonst was. Weil man immer nur die Symptome platt macht. Und des ist das Tolle an der Homöopathie, dass da der Körper angeregt wird, selber dagegen zu gehe. Und aktiviert wird, gegen die Krankheit anzugehe und dann entweder des ganz ausheile kann oder immer wieder Hilfe braucht, dass er des heilt. Aber des ist einfach der Unterschied von der Schulmedizin, die behandelt Symptome, macht platt. Und Homöopathie, die regt an zum selber heile, dass der Körper aktiv wird. Wobei Schulmedizin des jetzt für mich die Arzneimittel sind, ja. Weil Schulmedizin, die Untersuchungen gehört ja au zur Schulmedizin dazu. Und des ist, und die Arzneimittel, die gebe werde, die machen die ganze Symptome platt. Oder behandeln Symptome, aber machen de Körper, legen den im Grund ziemlich lahm.“ (W4/512-533)*

Eine andere Interviewpartnerin betrachtete die Selbstheilungsthese – obwohl sie weiterhin an ihr festhält – auch unter einem kritischen Blickwinkel. Frau M hat während eines Auslandsaufenthalts festgestellt, dass ihre Umgehensweise mit der Erkrankung ihres Kindes dort auf großes Unverständnis stieß. Die X-LandbewohnerInnen<sup>11</sup> waren verwundert bis entsetzt darüber, dass sie ihr Kind fiebern ließ, statt mit Medikamenten Abhilfe zu schaffen. Im Rückblick stellt sie einen Zusammenhang zwischen der Grundstimmung der X-LandbewohnerInnen und deren Vermeidungsstrategie im Hinblick auf körperliches Leiden her und scheint sich zu fragen, ob die „deutsche“ Umgangsweise vielleicht zu weniger Lebensfreude beiträgt: *„Also ich bin oft in X-Land (europ. Ausland, Anm. d. Verf.in), wenn da die Kinder 38 Temperatur haben, dann werden schon Fie-*

<sup>11</sup> Aus Gründen der Anonymisierung wurde der Ländername in X-Land verändert.



berzäpfchen gegeben. Mein Kind hat fast 40 Fieber gehabt und ich hab noch nichts gegeben, weil ich einfach den gesamten Zustand beobachtet hab. Ist der da oder ist der weg. Und da bin ich schon angeguckt worden, „wie kannst du deinem Kind so 40 Fieber und des leidet doch“. Da sag ich: „Die leidet nicht“, also ich hab halt da\_, wenn der Körper mit Fieber regiert, dann ist das ja positiv. Und die X-Landbewohner: „Oh nee, das arme Kind, gleich damit das Fieber weg ist.“ Und da denk ich auch was ist, was ist richtig. Ich weiß es nicht, aber vielleicht sind deswegen die X-Landbewohner alle so toll drauf ne (lacht), weil, weil sie nie irgendwie 'n Schmerz oder 'n Leiden durchgemacht haben. Und die Deutschen sind ja immer die Starken und da muss man durch. Kam mir dann auch schon der Gedanke.“ (W12/635-649)

### **Frühzeitiges Einsetzen der (Selbst-)Behandlung**

Ein Vermeiden von Erkrankungen kann nach Ansicht von Frau P durch frühzeitiges eigenes Reagieren erreicht werden. Sie hat im Falle drohender Erkältungskrankheiten gute Erfahrungen damit gemacht, möglichst rasch ein homöopathisches Mittel einzunehmen: „*Prophylaktisch geht's gut. Wenn ich jetzt heimkomme und ich hab da, spitzt sich was zu, ich frier. Und ich hab mich da irgendwo (...), es kratzt scho bissel im Hals, so wie so 'n Infekt anfängt. Und dann schmeiß ich Aconit D30 ein, alle zwei Stund fünf Kügele und es ist ausgestanden.*“ (W15/766-770) )Weitere Ausführungen zum Thema Selbstbehandlung finden sich in Kapitel 4.1.2.)

Eine erhöhte Achtsamkeit gegenüber psychischen Belastungen und eine entsprechende Berücksichtigung bzw. frühzeitige Intervention werden von Frau O als krankheitsverhindernd betrachtet. Sie setzt die Hautprobleme ihres Sohnes – er hatte eine Allergie, die in ihrem Erleben erfolgreich homöopathisch behandelt werden konnte – in Zusammenhang mit psychischen Disbalancen. Von einer rechtzeitigen Intervention verspricht sie sich, eine körperliche Manifestierung verhindern zu können: „*(...) ich denke, wenn jetzt grad 'n Kind sich seelisch net wohl fühlt, dann frag ich mich, ob das eben net auch körperliche Auswirkungen haben kann bzw. bei unserm Sohn, woher kamen die Hautprobleme also. Man sagt ja auch, es geht einem was unter die Haut. Also ich denk schon, dass das ganz eng mitnander zusammenhängt und deswegen ist mir des wichtig, wenn ich seh' dass die Kinder seelisch net ganz im Lot sind und ich hab da, also bin praktisch am Ende mit meinem Latein, dann möcht ich auch mit so etwas zu dem Arzt gehen dürfen und net nur, wenn man ganz offensichtlich irgendwelche gesundheitlichen Probleme hat.*“ (W14/633-643)

### **Selbstdisziplin und Krankheitsarbeit**

Frau L ist Diabetikerin. Wenn sie sich etwas wünschen könnte, dann, dass ihre Erkrankung geheilt werden könnte. Sie ist jedoch realistisch genug, zu wissen, dass das nicht passieren wird. Für sie ist klar: „*Einmal Diabetes, immer Diabetes.*“ (W11/767) Sie leidet unter der Erkrankung und unter den Anforderungen, die diese an sie stellt: „*(...),*

*wie gesagt ich find Diabetes ist 'ne sehr große Bürde. Also schon das tägliche. Also angefangen von Diät und immer Messen und Spritzen, was beides. Gut das, ich möcht mich nicht beklagen, das geht, aber, ohne Insulin wär' ich wahrscheinlich schon längst tot. Aber es ist es ist doch immer wieder das Messen und Spritzen tut halt manchmal auch weh und manchmal hab ich auch überhaupt keine Lust, wenn ich dann morgens denke, oh jetzt vorm Frühstück, bevor ich frühstücken darf, muss ich jetzt erst mal messen und spritzen (lacht). Und dann mach ich sehr viel, auch jetzt wie gesagt, heute Abend wieder Sport und ernähre mich auch vollwertig.“ (W11/649-659) Frau L möchte durch ihre Disziplin Folgeerkrankungen vermeiden. Sie hofft, dies durch eine Kombination aus schulmedizinischer und naturheilkundlicher Behandlung in Verbindung mit spezifischen Maßnahmen zur Ernährung und Bewegung erreichen zu können: „Wobei ich halt versuche halt durch meinen Lebensstil, also ich versuch halt möglichst viel zu machen, dass es eben nicht zu Folgeerkrankungen kommt.“ (W11/775-777)*

Frau Q hat Arthrose und möchte die regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln so lange wie möglich hinauszögern, um Schäden an anderen Organen durch die Schmerzmittel zu vermeiden. Sie hat die Erfahrung gemacht, dass bestimmte Bewegungsübungen im Falle von Schulterschmerzen hilfreich sind und wendet diese jedes Mal an, wenn sie wieder Schmerzen in den Schultern hat: „So wie ich merke, die Schulter meldet sich wieder, mach ich sofort Übungen, sofort. Und es ist ja eben das, die sollt man ja immer machen. Aber wenn's einem wieder gut geht, dann vergisst man ja so was gerne ne, dann macht man ja nichts. Und darum da, wenn sich die Sachen melden, dann werden sie sofort bearbeitet und dann mach ich meine Sachen wieder. Und das hoff ich, dass wir das dann so lange wie möglich alles hinauszögern können.“ (W17/737-744)

Der Wunsch, Einfluss auf Entstehung oder Verlauf einer Erkrankung nehmen zu können, besteht vor allem dann, wenn es sich um eine schwere oder chronische Erkrankung handelt. Zwar ist auch bei akuten oder leichteren Erkrankungen, wie z.B. einer Erkältung, eine Verbesserung oder Erleichterung wünschenswert, aber eine leichte Erkrankung bietet eher die Möglichkeit, gelassen mit ihr umzugehen. Bei schweren oder chronischen Erkrankungen ist es dagegen wichtig, einen Punkt zu haben, an dem man aktiv werden kann. Lässt sich kein Ansatzpunkt für eine als sinnvoll empfundene Aktivität ausmachen, kann dies nur schwer ertragen werden: „Und das wär' genau das, also wenn ich damit klar, also wenn ich sagen könnte okay keine Milch, keine Hefe, kein Weizen meinetwegen, da kann ich mit leben, das geht. Aber wenn es sich immer wieder verändert und und mal schlimmer mal besser wird und so nicht greifbar ist, damit geht's eigentlich, das geht eigentlich nicht. Ich muss, aber es geht eigentlich nicht.“ (W21/1098-1102)

## Heilung als Teamwork

In den Interviews ist die Rede davon dass der Genesungsprozess als Teamwork verstanden wird. ÄrztInnen und PatientInnen kommen dabei verschiedene Aufgaben zu: die PatientInnen müssen sich möglichst genau beobachten und diese Beobachtungen dem Arzt oder der Ärztin ebenso genau schildern. *„Denn nur wenn ich mein Leiden und meine Schmerzen und des richtig schildere, dann haut des Medikament hin“ (W15/105-107).* Der Arzt oder die Ärztin hat die Aufgabe, anhand der Schilderungen das richtige Medikament zu finden. Heilung wird als aktiver Prozess, den man gemeinsam in Gang setzt, verstanden. *„Wenn sie dann immer ihren dicken Wälzer raussucht und dann die die Symptome dann abfragt und, ‚ah nee, dann ist es doch nicht des‘, dann paar Seiten weiter: ‚Des?‘, ich sag ‚ja‘, und dann: ‚Die linke Körperhälfte, die rechte Körperhälfte eher, des und des‘, sag ich: ‚Eher links‘, ‚Ah okay.‘ Das ist dann so 'n so'n abarbeiten dann auch der verschiedenen Sachen, weil sie dann auch nicht immer sofort weiß, das ist das und das, weil es gibt ja so viele Mittel.“ (W16/902-910)*

Die Verantwortung für die Heilung liegt nicht nur beim Arzt, sondern auch bei den PatientInnen. Die Ärztin von Herrn V hat ihm „beigebracht“, auf sich selber zu achten und sich insgesamt mit gesunden Lebensweisen zu beschäftigen: *„Und das hat unsre Hausärztin -oder mir zumindest – beigebracht, hören sie in sich selber rein, machen sie sich Gedanken über sich selber. Das fängt beim Sport, Essen alles an. Und was man ihr dann weitergibt und erklärt und sagt, daraus kann sie gewisse Schlüsse ziehen, aber sie kann natürlich nicht alles im Grunde genommen erkennen. Also man muss sehr viel für sich selber auch tun. Man kann es nicht abladen auf die andere Seite und sagen, jetzt geh ich zum Arzt und der muss schon wissen, was gemacht werden muss, ja.“ (W16/549-558)* Frau F sieht sogar einen „Teilschuld“ an eventuellem Therapieversagen auf der PatientInnenseite. Wenn es an Offenheit der PatientIn mangelt, zu wenige Einzelheiten erzählt wurden oder nicht ausreichend beobachtet wurde, ist es dem Arzt / der Ärztin auch nicht möglich, das richtige Mittel zu finden: *„Und von daher, also wenn der Patient net mitmacht, dann dann wird's schon relativ schwierig ja“ (W6/455-456).*

### 4.2.2.2 Heilung braucht Zeit

Eng verknüpft mit dem Aspekt des Durchlebens von Erkrankungen ist das Thema „Zeit“. Eine Heilung, die darauf basiert, dass der Körper seine Selbstheilungskräfte aktiviert und eine Krankheit aus eigener Kraft heilt, so die Einschätzung von InterviewpartnerInnen, benötigt Zeit. Diese Zeit muss ihm gegeben werden, weil ansonsten nicht nur die aktuelle Erkrankung langwieriger ist, sondern darüber hinaus die Konstitution so geschwächt wird, so dass zum einen Rückfälle auftreten können und zum anderen dauerhafte Beeinträchtigungen bleiben: *„Und ich hatte bei meinem Mann das beobachtet, er er hatte 'ne Lungenentzündung und war damit ziemlich lange krank. Und dann gab's eben auch dann die ständigen Nachfragen vom Büro du musst du musst du*

*musst kommen. Und unsre Hausärztin hat auch gesagt, also wenn sie unbedingt ins Büro wollen, ich kann sie nicht zuhause festbinden, aber sie müssten eigentlich noch ein, zwei Wochen zuhause bleiben. Und da hatte sie Recht. Und was das Fazit ist, die Lungenentzündung ist nicht richtig ausgeheilt und jetzt ist 'ne chronische Bronchitis quasi draus geworden. Immer wenn irgendwie 'ne Erkältung kommt, kommt gleich das Thema mit der Bronchitis. Und das ist einfach nicht richtig ausgeheilt (...).“ (W16/1107-1120) Was auf den ersten Blick als die längerfristige Therapie erscheint, ist damit im Endeffekt deutlich schneller, weil Rückfälle auf diese Weise vermieden werden: „Da sieht man dann auch, dass der Körper Selbstheilungskräfte hat, aber die muss er dann auch entfalten können und die müssen wirken können und das das dauert dann einfach seine Zeit. Und die muss man ihm auch lassen und. Ich seh' dann auch bei andern immer wieder das Problem, also bei mir war das früher auch so, aber mittlerweile bin ich da auch rigoroser und vertrete das auch gegenüber meinem Arbeitgeber, weil wenn ich dann mit 'ner Grippe krank bin und ich geh' zu früh ins Büro, hatt' ich das schon zwei, drei Mal, dass mich's dann wieder auf die Nase gehauen hat. Dann war ich im Endeffekt quasi drei Wochen nicht brauchbar und wenn ich das auskurriere, dann bin ich 'ne Woche zuhause und geh dann wieder ins Büro, kann dann aber wieder arbeiten. Und das ist eigentlich die die sinnvollere Lösung, aber das wird eben nicht goutiert. Man kann sich die Auszeit net nehmen. Das ist denk ich auch 'ne Krux von von unserem gesellschaftlichen System, dass man immer funktionieren muss.“ (W16/1120-1136)*

Es gibt aber auch die Ansicht, dass, wenn das „richtige“ Mittel gefunden ist, die Heilung „ruck-zuck“ vonstatten geht: „Und da hab ich ein Mittel gefunde, hab's im gebe und dann hat des ruck-zuck wirkt, ja“ (W4/451-453). Im Zusammenhang mit solchen raschen Heilungserfolgen wird die These von den Selbstheilungskräften nicht vertreten.

#### **4.2.3 Veränderungen in der Einstellung zu Krankheit durch Homöopathie**

Von verschiedenen InterviewpartnerInnen wurde geschildert, dass sich der Umgang mit und die Einstellung zu Krankheit durch die homöopathische Behandlung verändert haben. Es scheint so, dass Krankheiten zum einen nicht mehr als so bedrohlich empfunden werden. Zum Teil ist diese Haltung sicher auf die als erfolgreich wahrgenommene Behandlung zurückzuführen, zum Teil aber auch auf eine neu gefundene Einstellung, die Krankheit nicht mehr als unbedingt zu vermeidende Katastrophe ansieht: Frau O: „Und ich sehe manches jetzt doch mit etwas mehr Gelassenheit und jeder fliegt mal hin und jeder ist mal krank“ (W14/727). Das Erleben, dass der Körper Krankheiten auch selber heilen kann, wenn man ihm die Zeit dazu lässt und ihn gegebenenfalls noch ein bisschen (homöopathisch) unterstützt, scheint Krankheitsängste abzubauen. Frau P berichtete von verschiedenen Begebenheiten, bei denen ihr eigenes Gefühl nicht mit der schulmedizinischen Diagnose übereinstimmte. Sie hatte sich in diesen Situationen zunächst (wenn auch widerstrebend) auf die schulmedizinische Be-

handlung eingelassen, sich aber dann doch wieder auf ihr Gefühl und gegen den schulmedizinischen Rat entschieden. Der jeweils positive Ausgang der Situationen hat sie darin bestärkt, dass sie ihrer eigenen Einschätzung vertrauen kann. Sie vertraut ihrem eigenen Gefühl mittlerweile so sehr, dass sie annimmt, sich in zukünftigen Situationen schneller gegen einen ärztlichen Rat durchsetzen zu können: *„Ich hab nicht mehr diese Ängste, dass wieder was könnt. Also ich (unverständlich) könnt (ihn?) auch ohne ärztlichen Rat unterschreiben.“* (W15/1268-1269) Herr V spricht von einer größeren Gelassenheit im Umgang mit Erkrankungen und einem größeren Vertrauen in sich selber bzw. den eigenen Körper: *„Ja, das Stichwort kann ich im Grunde aufnehmen, diese Gelassenheit ja. Das heißt, dass ich, wenn ich jetzt, ich arbeite immer gern mit Bildern, das kommt wahrscheinlich daher, dass ich Architekt bin. Wenn sie 'n Schnupfen haben, dass sie den Schnupfen nicht unterdrücken mit Medikamenten im Grunde nicht die Nasenschleimhäute zumachen oder sonst irgend so, sondern einfach sagen, ich hab den Schnupfen, es ist Teil meines Körpers, der Körper muss sich dagegen wehren, er muss sich regenerieren. Dann hab ich diesen Schnupfen. Und das ist dieses Thema Gelassenheit ja dann. Dann dann läuft der und fließt der und das ist dann so 'n Prozess. Und wenn ich diesen Prozess durch hab, dann ja dann hab ich ihn durch. Und der Körper fühlt sich dann wieder besser an. Dass ich nicht dem künstlich im Grunde genommen irgend 'ne Schranke einbaue in den Körper, 'ne chemische Schranke die, ja, unnatürlich ist. Und der mir das dann vielleicht im Grunde genommen erleichtert für'n paar Stunden oder für den Moment oder für den Monat, aber dass im Grunde genommen dann wieder wieder auftritt wieder auftritt und ich dann wieder dagegen puffer mit mit (unverständlich) Weg. Und das mein ich mit Gelassenheit in dem Zusammenhang, dass man stärker auf den Körper hört und den Körper machen lässt oder sich machen lässt, sich die Zeit lässt. Zeit ist dann in dem Zusammenhang auch 'n Stichwort.“* (W16/1055-1077)

Eine Mutter von zwei Kindern schildert, dass sich ihr Vertrauen in die eigene Fähigkeit, ihre Kinder angemessen zu betreuen, erhöht hat. Frau O war durch einen früheren Kinderarzt sehr verunsichert worden, so dass sie ihrer eigenen Urteilskraft und Handlungsfähigkeit nicht mehr vertraute. Der aktuelle (homöopathisch arbeitende) Kinderarzt hat ihr dabei geholfen, dieses Vertrauen wiederzufinden. Sie beschrieb im Interview diesen Arzt als sehr ruhig und gelassen, auch der Umgang dort sei *„viel legerer. Und dadurch fühlt man sich automatisch irgendwie net so krank, wie wenn da so'n Theater drum gemacht wird“*. (Frau O, W14/797-799) Durch die entdramatisierende Art des Arztes sowie des gesamten Praxissettings reduzierten sich ihre Ängste, etwas falsch zu machen. Die Aufforderung des Arztes, kleinere Blessuren auch einmal selber zu behandeln, hat ihr weitere Sicherheit gegeben, so dass sie jetzt viel entspannter mit Erkrankungen der Kinder umgehen kann: *„Der frühere Arzt ist sehr gewissenhaft gewesen, der war sag ich jetzt mal in der Hinsicht das andre Extrem, dass er wirklich nach jedem Pups gekuckt hat. Und da bin ich mit schweißnassen Händen in die Praxis*

*und hab gedacht oh Gott was hast du jetzt wieder falsch gemacht, das arme Kind und haben sie mir Vorwürfe gemacht, weil der Sohn einmal gespuckt hat und ich net sofort gekommen bin. Und der Sohn war als Säugling schon mal in der Klinik wegen nem Brechdurchfall. Also ich hab auch gewusst, ab wann's kritisch wird. Und ich hab irgendwo 'n bissle dann das Vertrauen verloren, dass ich das selber noch bei einschätzen kann. Ich war nervös, ich hab gedacht, schnell zum Doktor och Gott, der hat sich 's Knie aufgeschlagen. Das hat einmal ganz blöd ausgesehen und dann sind mir sofort zum Arzt. Na hab ich gedacht, hätt's doch einfach 'n bissle an der Luft trocknen lassen, dann wär' das schön verkrustet. Und des hat mich richtig verrückt gemacht, dieses übertriebene. Weil ich hab eigentlich als Mutter doch 'n ganz ordentlichen Instinkt, ab wann's pressiert, ab wann man mit seinem Kind zum Arzt muss und inzwischen sehe ich das etwas lockerer und – deutlich lockerer – und ich trau mir eben auch zu, dass ich bei 'ner Erkrankung erst mal selber in meinem Buch nachguck', was passt. Und inzwischen kommt es recht häufig vor, dass der Arzt dann sagt, Mensch, haben sie genau das richtige (unverständlich). Und das hat mich bestärkt. Und ich sehe manches jetzt doch mit etwas mehr Gelassenheit und jeder fliegt mal hin und jeder ist mal krank. Und des sollte eigentlich auch kein Problem sein.“ (W14/701-727)<sup>12</sup>*

Die Möglichkeit, Erkrankungen zunächst auch eigenständige behandeln zu können, ohne Sanktionen befürchten zu müssen („(...) wenn's eben nicht hinhaut, dann ist, das ist das Tolle, dann kann ich wieder fragen. Es ist nicht 'n Abbruch. Man muss net sage, bin ich dumm gewesen oder sonst wo, sondern sag jetzt müssen wir einfach gucke, wechsle, könnt's des net sei.“ (W15/786-789)) erhöht die Autonomie und das Selbstvertrauen: Frau N: „Ich bin dadurch einfach au, ich bin sehr viel selbständiger, autonomer (lacht) wenn's um medizinische Sache geht. Und des das find ich au einfach wichtig, dass ich dass ich weiß, was passiert au mit meinem Körper selber was. Ich hab Einfluss drauf.“ (W13/997-1001)

Ein anderer Aspekt, der sich für einige Interviewpartner und –partnerinnen verändert hat, ist die intensivere Beschäftigung mit sich selber. Die Fragen, die homöopathische Ärztinnen und Ärzte gewöhnlich stellen, konnten von vielen zu Beginn gar nicht beantwortet werden. Diese neue Methode, sich mit dem eigenen Körper und der Psyche zu beschäftigen, wurde jedoch meist schnell erlernt und übernommen. Die intensivere Beschäftigung mit sich selber vermittelt das Gefühl, an der Behandlung mitbeteiligt zu sein, denn je genauer die Beschwerden geschildert werden können, desto eher findet die Ärztin/der Arzt das „richtige“ Mittel. Darüber hinaus führt die intensivere Beschäftigung auch zu einer erhöhten Achtsamkeit sich selber gegenüber: „Also ich hab so 'n Gefühl, dass diese Medizin vielleicht ein blödes Wort, aber einen achtsamer macht, für die Gesundheit selber zu sorgen. Also des wie ich es jetzt einfach erleb mit, wie ich, ich hab ja Homöopathie neben der Schulmedizin erlebt in meinem ganzen Be-

<sup>12</sup> Weiteres zum Thema Entängstigung, s. Kap. 4.3.3.2. Siehe auch Kap.4.2.2 zum Thema Homöopathie als Hilfe zur Selbsthilfe.

*ruf nix anders als als des. Selbst wenn es jetzt net in meinem eigenen Körper ist. Aber allein wie wir auch mit den, in der Klinik mit Patienten umgehen, hat die, hat der homöopathische Blick 'n andern, er ist achtsamer. Beim andern geht es einfach schneller. Und die Erwartungshaltung, es muss gleich funktionieren ist so groß, dass sehr vieles deshalb au in der Schulmedizin nicht greift, weil es eben nicht au so nicht geht. Weil der Mensch kein Automat ist, sondern Mensch. Und in der Art von Medizin das merk ich jetzt au mit den Menschen wo ich zu tun hab, wenn sie in in solche Kliniken au gehen, wo mehr Homöopathie gemacht wird, es ist einfach so, es ist 'n achtsamerer Umgang. Ich kann's nicht anders sagen.“ (W15/1225-1241)*

Frau P formuliert dagegen, dass ein Zuviel an Selbstbeobachtung sich auch negativ auswirken kann. Sie empfindet die detailfixierte Beobachtung der eigenen Person als „hysterisch“. Sie kommt in der Abwägung dieses negativen Aspekts mit dem Nutzen allerdings zu dem Fazit, dass diese genaue Selbstbeobachtung einen Sinn hat und ihr letztendlich zugute kommt. Dennoch lässt sich ihre Aussage auch als möglicher Hinweis auf die Gefahren von homöopathischen Anamnese- und Behandlungsritualen verstehen: *„Aber früher hätt' ich mich als absolut hysterisch eingestuft, also mit dieser Beobachtung. Kann es aber gut wegdenken, weil ich weiß es hat 'n Sinn und es hat au was für sich.“ (W15/229-231)*

#### **4.2.4 Kranksein versus Krankheit**

Die Schilderungen der Interviewpartnerinnen weisen darauf hin, dass sie zwischen dem eigenen Krankheitsempfinden und der Zuschreibung einer Krankheit oder pathologischen Veränderung von außen (i.d. Regel durch den Arzt/die Ärztin) unterscheiden. Ihre hauptsächliche Bezugsgröße ist das eigene Gefühl von Krank- bzw. Gesundsein. Dies führt jedoch immer dann zu Problemen, wenn das eigene Empfinden nicht mit „objektiv“ feststellbaren Befunden übereinstimmt. In Bezug auf diese Nicht-Übereinstimmung lassen sich hier zwei verschiedene Konstellationen ausmachen: Zum einen ein Gefühl von Kranksein, das jedoch nicht über medizinische Befunde bestätigt wird, zum anderen das Vorliegen einer Abweichung von medizinischen/gesundheitlichen Normen (Krankheit), die keine Entsprechung im eigenen Erleben finden. Beide Situationen führen zu Irritationen: wer sich krank fühlt, möchte behandelt werden und reagiert konsterniert, wenn sein Krankheitsempfinden nicht ernst genommen wird. Wer sich gesund fühlt, ist verunsichert durch eine Diagnose, die er oder sie überhaupt nicht nachempfinden kann. An den Äußerungen einiger InterviewpartnerInnen lässt sich darstellen, was diese Nicht-Übereinstimmung bewirkt und wie Patientinnen oder Patienten mit diesem Problem umgehen.

Es gibt jedoch auch den Fall, dass ein Krankheitsgefühl mit einer vorhandenen Krankheit korreliert. Doch auch in dieser Situation kann es noch zu Problemen kommen, nämlich dann, wenn Uneinigkeit zwischen Behandler/in und Behandelte(r)/Behandeltem über die Art der zu ergreifenden Maßnahmen herrscht. Da dies eng

mit den Vorstellungen von Heilung verknüpft ist, wird dieser Themenbereich in diesem Kapitel nur angerissen, Einzelheiten zum Thema Heilung finden sich in Kapitel 4.2.2.

Die im Kapitel 4.2.4 verwendeten Termini sind folgendermaßen zu verstehen: Unter Krankheit wird eine von außen herangetragene Deutung verstanden, unter Kranksein, individuell wahrgenommene Missempfindungen, während Erkrankung als Oberbegriff fungiert.

#### **4.2.4.1 Kranksein ohne Krankheit**

Fühlen Patienten sich krank, werden aber mit diesem Gefühl vom jeweiligen Arzt nicht ernst genommen, kann das zu einer Suche nach einem Arzt oder einer Ärztin, der – bzw. die – diesen Anspruch erfüllt führen. Interviewpartnerin Frau B schildert, dass die Allergie ihres Kindes von verschiedenen Ärzten nicht ernst genommen und behandelt worden sei. Daraufhin wechselte sie so lange den Arzt, bis sie einen fand, der sich mit der Krankheit des Kindes ihrer Ansicht nach ernsthaft beschäftigte. Was jedoch auch deutlich wird, ist, dass ihr dies nicht leicht gefallen ist und sie es als sehr anstrengend erlebte, da sie in diesem Zusammenhang von „Martyrium“ spricht. Dieses findet erst ein Ende als sie zu einer Homöopathin kommt, bei der sie das Gefühl hat, dass sie das Leiden des Kindes (und der Mutter) ernst nimmt und entsprechend handelt. Dabei steht weniger die erfolgreiche Beseitigung der Symptome im Vordergrund als zunächst einmal das Ernstnehmen der Beschwerden und eine konsequente Abklärung der Ursachen für die Symptome des Kindes: *„Also wir haben am Anfang da wirklich 'n Martyrium durch von Kinderärzten und ja=a das ist normal, so oft krank und so oft mit den Atemwegen, das Immunsystem muss ja erst lernen und überhaupt. Also es hat sich am Anfang überhaupt keiner die Mühe gemacht mal nachzuschauen, ob es irgendwas anderes ist als so dieses, ja das ist normal ne. Und ich bin halt immer wirklich jemand, der alles mögliche durchleuchten will, weil ich mich im Leben nicht damit zufrieden gebe zu sagen, ja das ist normal, das ist halt so. Weil wenn ich sehe, dass mein Kind fast das ganze Jahr mit knallroten Augen triefend und tränend durch die Gegend läuft und keinen Spaß mehr eigentlich hat, dann ist mir das natürlich nicht so angenehm, da will ich gucken, wo das herkommt. Und da hat man dann wie gesagt Allergietests gemacht, und es kam dann eben raus, dass er auf Gräser und Pollen und Tierhaare und alles Mögliche allergisch ist und.“* (W2/42-57)

Nachdem geklärt ist, was die Ursache für die häufigen Krankheiten und Beschwerden des Kindes ist, kann sich die Mutter auch mit einem nur teilweisen Therapieerfolg zufrieden geben: *„ (...) er hat nach wie vor seine Symptome, das ist ganz klar, aber sie sind wesentlich geringer als zur Anfangszeit“* (W2/40-42). Für sie ist klar, dass diese Allergie nicht komplett zu beseitigen ist, sie ist jedoch mit der eingetretenen Verbesserung schon zufrieden. Inwieweit tatsächlich eine Verbesserung eingetreten ist oder ob sich die Interviewpartnerin alleine schon durch die größere Beachtung, die ihr Anliegen fand, besser mit der Allergie ihres Sohnes arrangieren kann, ist im Rahmen



der hier vorliegenden Studie nicht zu klären. Es gibt allerdings Hinweise, dass – jenseits einer möglicherweise bestehenden Wirksamkeit der homöopathischen Behandlung – noch andere Aspekte für die Zufriedenheit ausschlaggebend sind: *„Und man fühlt sich bei ihr wirklich aufgehoben, also man man man hat wirklich das Gefühl, dass sie einen rundum betreut, so wie sich das eigentlich gehört“* (W2/182-184). Auch andere InterviewpartnerInnen äußerten sich in ähnlicher Weise.

Noch deutlicher wird der Wunsch nach Behandlung des „Krankseins“ in den Äußerungen von Frau P. Frau P hat als Jugendliche erfahren müssen, dass ein Umstand, der sie sehr beeinträchtigte und sorgte (sie fiel häufig ohne erklärlichen Grund in Ohnmacht), von schulmedizinisch ausgerichteten Ärzten nicht ernst genommen und nicht für behandlungsbedürftig erachtet wurde. Erst als sie zu einer homöopathisch ausgerichteten Ärztin kam, hatte sie das Gefühl, die Ursache ihrer Beschwerden sei gefunden worden. Ihr konnte durch eine einfache, nicht-medizinische (weder allo- noch homöopathische) Maßnahme geholfen werden. Die empfundene Wirksamkeit dieser Maßnahme, vor allem aber die Art der Behandlung, hat dazu geführt, dass Frau P dann bei der homöopathischen Ärztin blieb: *„Weil ich dachte, ich geh nicht mehr zurück. Denn es hat mich, ich war ja damals 16, 17. Es hat mich au genervt. Also dieses, des ging mindestens 'n paar Wochen, also des also und diese Behandlung hat mir, au wie der (alte Arzt, Anm. d. Verf.in) mit mir umgeht, als ob, wie wenn ich 'n Schuss weg hätte. Und des hat, dann bin ich bei ihr (der homöopathischen Ärztin, Anm. d. Verf.in) geblieben.“* (W15/58-63)

Frau P schätzt sich selber als „psychosomatisch“ ein. Sie vermutet, dass sich Störungen in ihrer seelischen Befindlichkeit körperlich bemerkbar machen. *„Und vor allem was ich schätz ist des, weil ich es selber au merke, es gehört vielleicht zu meiner Schwäche, zu meiner Stärke, ich bin halt jemand, der au sehr stark psychosomatisch reagiert, d.h. wenn es mir nicht gut geht, also des tobt sich immer irgendwo aus“* (W15/203-207). Diese seelischen Störungen bemerkt sie sehr wohl, findet damit aber bei Schulmedizinerinnen anscheinend kein Gehör. Bei diesen muss sie erst etwas produzieren, was den schulmedizinischen Kriterien entspricht, damit sie ernst genommen wird: *„Und dann muss ich was produzieren, dass mein guter Doktor mir glaubt, dass ich was hab“* (W15/ 234-235).

Die Erfahrung hat Frau P gezeigt, dass ihr eigenes Krankheitsgefühl als Indikation für eine Behandlung nicht ausreicht, wenn es zu diesem keine „passende“ Krankheit gibt. Daher sieht sie sich gezwungen, etwas zu produzieren, das in das Krankheitskonzept des Arztes passt, damit ihre Beschwerden ernst genommen und behandelt werden. Bei ihren homöopathischen Ärztinnen und Ärzten hat sie dieses Gefühl nicht: *„Und des fällt bei der Homöopathie eigentlich flach. Sie müssen überhaupt nix produzieren, weil der des dafür sich interessiert.“* (W15/234-237) Frau P macht deutlich, dass für sie der entscheidende Unterschied zwischen einer Konsultation bei einem allopathischen und einer bei einem homöopathischen Arzt darin liegt, dass sie im zweiten Fall

ihre Beschwerden oder Befindlichkeitsstörungen nicht zuerst im Hinblick auf ihre Entsprechung zu vorhandenen Krankheitsbildern überprüfen muss, sondern, wenn sie Unterstützung braucht, ihre Ärztin in Anspruch nehmen kann: *„Ich komm ohne Probleme in allem vorbei“* (W15/196).

Ähnlich wie Frau P sieht auch Frau O eine unnötige Hürde darin, eine „handfeste“ Erkrankung vorweisen zu müssen, die den Arztbesuch quasi legitimiert: Frau O: *„(...) wenn ich seh' dass die Kinder seelisch net ganz im Lot sind und ich hab da, also bin praktisch am Ende mit meinem Latein, dann möcht ich auch mit so etwas zu dem Arzt gehen dürfen und net nur, wenn man ganz offensichtlich irgendwelche gesundheitlichen Probleme hat“* (W14/640-644). Sie ist sehr froh, dass es beim homöopathischen Arzt anders zugeht und sie ihn auch wegen nicht-medizinischer Fragen konsultieren kann: *„Also ich hab mich auch an den Arzt gewendet wenn die Kinder meinetwegen mal Schwierigkeiten in der Schule hatten, sehr niedergeschlagen immer waren. Oder meine Tochter hatte mal 'ne Phase, wo sie sehr ausgeprägte Ängste hatte, dass wir sterben könnten und sie allein ist. Und dann hat er, also auch Zeit gehabt für'n Gespräch und hat das auch dann mit Kügelchen noch behandelt. Und so finde ich ist es doch 'ne ganz runde Sache.“* (W14/620-627) Deutlich wird hier auch, dass es auf diese Weise den Patienten leichter gemacht wird, über ihre tatsächlichen Beschwerden zu reden, da sie diese nicht einem bestimmten Krankheitsbild anpassen müssen, sondern das, was sie beschäftigt oder belastet der Ärztin/dem Arzt offen und unkategorisiert sagen können.

Der hier herausgestellte Vorteil der homöopathischen Behandlung birgt allerdings auch die Gefahr, die Grenze zwischen „normal“ und behandlungsbedürftig immer weiter zu verschieben und so Lebensfragen, Erziehungsfragen oder krisenhafte Situationen zu medizinischen Problemen zu machen (s. dazu Kap. 4.3).

#### **4.2.4.2 Krankheit ohne Kranksein**

Patienten möchten, dass ihr Krankheitsgefühl, ihre Befindlichkeitsstörung oder Probleme, die sie in Zusammenhang mit ihrer Gesundheit bringen, beachtet und ernst genommen werden. Dies ist auch der Fall, wenn von „außen“ eine Krankheit diagnostiziert wird, es aber kein eigenes Empfinden gibt, das mit dieser Krankheit korrespondiert. Während im Falle des Nicht-Behandelt-Werdens PatientInnen versuchen müssen, ihre Belange durchzusetzen und um eine Behandlung kämpfen müssen, ist in diesem Fall zunächst nicht klar, wie es weitergehen sollte. Ist es wichtiger, beim eigenen Gefühl zu bleiben und sich einer Behandlung zu verweigern oder ist es notwendig, sich auf eine Behandlung einzulassen?

Frau Z hat aufgrund ihrer langjährigen chronischen Erkrankung die Strategie entwickelt, Symptome nicht zu dramatisieren und ihnen generell keine große Beachtung zu schenken. Die diagnostizierten Krankheiten haben mit ihrem eigenen Lebensgefühl nicht viel zu tun und es ist für sie schwer vorstellbar, dass eine Erkrankung vor-

handen sein soll, obwohl sie selber nichts davon spürt. Bei einer plötzlich aufgetretenen Herzattacke werden ihr Verhaltensvorschriften und Behandlungsangebote gemacht, deren Notwendigkeit sie nicht nachvollziehen kann. *„(...) Au mal für's Herz han ich mal was kriegt so bissle. Da hen sie sogar Infarktverdacht ket einmal. Da durft ich net fliege und alles. Hab ich gesagt: „Wie was ist jetzt los, ich föhl mich doch aber gar net schlecht.“ „Ja des muss jetzt erst alles abklärt werde.“ (W23/765-769)*

Im Fall von Frau P hat ein solcher Widerspruch zwischen Empfinden und Diagnose dazu geführt, dass das Körpergefühl zunächst mit dem klinischen Befund in Übereinstimmung gebracht wurde. Sie spürte plötzlich etwas, weil sie wusste, dass ein Befund vorlag: *„ (...) und 'n Tag später hatt's mir wieder druckt. Ja da hab ich gemerkt, jo-oo, jetzt wo des (des = du es, Anm. d. Verf.in) weißt.“ (W15/1312-1313)* Ein paar Tage später findet sie jedoch zu ihrem Vertrauen in die eigene Empfindung zurück und sagt alle vom Arzt angeratenen weiteren Untersuchungen ab: *„Und er sagt, das gefällt ihm gar nicht und rumenum. Und da hab ich gesagt, ich spür da nix. Ich hab da nix. Sagt er ja (unverständlich) rumenum und hat mir sofort, wie's so ist, zum Computertomograph die Überweisung gegeben ne, da ist 'ne Verschattung. (...) Und dann hab ich denkt ach und dann hat's drei Tag druckt. Und denn hab ich mehr für mich beschlossen, was hat des eigentlich für 'ne Konsequenz, eigentlich hat's keine, ich hab eigentlich nix also um (unverständlich). Und denn war der Druck wieder weg und ich bin au nicht da hin. Die haben dann noch mal angerufen, hab ich gesagt, ich komm, komm nicht. Und denn war des. Ich hab abgesagt, aber die wollten halt drauf bestehen, dass ich da komme. Haben mir Angst gemacht. Und ich hab gesagt nein, brauch ich nicht. Und jetzt ist des Ding weg.“ (W15/1295-1325)* Frau P hat sich auf ihr Gefühl verlassen und *„jetzt ist das Ding weg“*. Die Verschattung, die auf dem Ultraschallbild zu sehen gewesen war, ist verschwunden. Sie interpretiert diesen Ausgang für sich so, dass das eigene Gefühl verlässlicher ist, als eine medizinische Diagnostik.

Frau H wurde wegen eines Karzinoms behandelt. Im Rahmen einer Nachsorgeuntersuchung wurde ihr standardgemäß vorgeschlagen, vorsorglich eine Strahlentherapie zu machen. Obwohl sie dieser Idee ablehnend gegenüber stand, da sie sich zu diesem Zeitpunkt gesund und auf dem Weg der Besserung fühlte, ließ sie sich auf den Vorschlag des Arztes ein, sich bei einem Facharzt über Sinn und Zweck dieser Behandlung sowie die Vor- und Nachteile aufklären zu lassen, um danach dann die endgültige Entscheidung zu treffen. Der Facharzt zu dem sie überwiesen wurde, hatte sich – im Erleben von Frau H – weder auf das Gespräch noch auf die Patientin vorbereitet und schien auch nicht willens, sie über die Notwendigkeit einer Strahlentherapie aufzuklären. Die Problematik der Situation war ihm offensichtlich in keiner Weise bewusst. *„Und da hab ich gesagt, ich möchte erst mal wissen, warum und ob das notwendig ist und was es überhaupt bewirkt. Daraufhin wurde er 'n bisschen ausfallend und hat denn gemeint tja sie wollen doch wieder gesund werden. Hab ich gesagt, ich bin doch aber gesund, ich föhle mich gut. Ja, das das müssen sie jetzt machen, wer weiß was da*

*noch alles ist, und wir wollen auf Nummer Sicher gehen. Und auf mein Sagen, auf Nummer Sicher kann niemand gehen, wurde er dann fast böse und hat dann gemeint, er verplempert seine Zeit nur einmal mit mir und das sei jetzt.“ (W8/155-164)* Der fehlende Respekt vor dieser von Frau H explizit gemachten Problematik führte dazu, dass Frau H ohne die geplante Aufklärung erhalten zu haben, die Praxis wieder verließ.

Auch Frau P ist davon überzeugt, dass es keine absolute Sicherheit gibt. Im Gegenteil, ihrer Meinung nach ist die permanente Suche nach Krankheiten selbst eine Krankheitsursache. *„Ja. Die ganze Vorsorgehysterie, dass wir alles in Griff kriegen können. Ich bin mir nicht im klaren welche, des was man jetzt so alles gut gemeint hat, es wird der Tag kommen und man sagt, man hat die Leute eigentlich durch die ganze Krebs- und alles Vorsorge verrückt gemacht, dass sie bald krank werden dran. Und dieses dauernd Risiko berechnen und machen und einen ständig, also ich hab's eben mit meiner Frauen\_ FrauenarztKiste denn miterlebt also, da war ich denn wieder zwischendrin au schulmedizinisch, dies, was ich vorher meinte mit Hochdramatisierung. Und was noch alles kommt. Und wenn ich mich verweigere, dass ich des nicht will, dann muss ich sofort unterschreiben.“ (W15/1251-1261)*

Die oben genannten Beispiele zeigen, dass die Vorstellungen davon, was Prävention ist, zwischen PatientInnen und SchulmedizinerInnen sehr unterschiedlich sind. Im Gegensatz zu der oben geschilderten schulmedizinischen Form von Prävention als Suche nach bzw. Orientierung an (potentiellen) Abweichungen von Normwerten, wägen manche PatientInnen die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen in Relation zu ihrem Krankheitsgefühl ab. Es ist augenscheinlich, dass diese Differenz zu Diskrepanzen und auch Gefühlen der Unzufriedenheit (vermutlich nicht nur) auf Seiten der Patienten und Patientinnen führen dürfte.

#### **4.2.4.3 Krankheit und Kranksein**

Auch wenn es eine Übereinstimmung von Krankheit und Kranksein gibt, können dennoch Differenzen auftreten, wenn es keine Einigkeit über das therapeutische Vorgehen gibt. Herr V formuliert, dass er sich mit seinem Anliegen von seinem damaligen Arzt abgelehnt fühlte: *„Da hab ich gesagt, so kann's ja nicht weitergehen. Und auch die Nachfrage bei dem Arzt in (unverständlich) den ich konsultiert hab, ob er nicht was anderes (unverständlich). War die lapidare Antwort, sie haben diese Schwachstelle und sie müssen damit leben.“ (W16/109-113)* Hintergrund war, dass Herr V aufgrund einer chronischen Gastritis täglich mehrmals Medikamente einnehmen musste. Dieser Zwang, täglich Medikamente nehmen zu müssen, hat ihn sehr belastet und er wollte sie schließlich nicht mehr: *„Bis es dann mit einem Mal klick gemacht hat und ich dann diese großen Tabletten, die jeden Morgen am Frühstückstisch lagen, nicht mehr sehen konnte“ (W16/107-113).* Es ging also im Fall von Herrn V darum, dass die aus Sicht des Arztes alternativlose Behandlung für ihn keine dauerhafte Lösung bot, sondern ihn einschränkte und belastete. Das Nicht-Eingehen des Arztes auf diesen Appell bewirkte,

---

dass Herr V sich umorientierte und so zu der homöopathisch arbeitenden Ärztin kam, bei der seine Frau bereits in Behandlung war. Bei dieser Ärztin hatte er das Gefühl, mit seinem Anliegen verstanden zu werden. Darüber hinaus hat die Ärztin seine Beschwerden verringern können: *„(...) und ja die hat's wirklich in den Griff bekommen oder ich selber. Also das war wirklich, ich hab nicht mehr dieses, diese Gastritisbeschwerden wie ich sie früher hatte.“* (W16/185-187)

Eine andere Interviewpartnerin schildert, dass sie – obwohl über ihre Krankheit informiert – sich mit der verordneten Cortisontherapie nicht „anfreunden“ mochte und die Einnahme zunächst hinauszögerte, bevor sie sie dann ganz abbrach: *„Ich hab wegen e Nesselsucht mal e bissle Cortison ganz, wirklich niedrig dosiert. Aber es war für mich eine, ich hab's eine Woche naus zögert, bis ich überhaupt die Tablette geschluckt hab, ich konnt 's nicht. Ich bin verlacht worde. Ich sag es tut mir leid, denn dann lachet halt, ich schaff's halt net.“* (W23/321-325)

Eine Übereinstimmung zwischen den beiden Konzepten Kranksein und Krankheit bedeutet demnach nicht zwangsläufig, dass auch Einigkeit im Hinblick auf die Therapie besteht. Um diese zu erzielen, sind weitere Abstimmungsprozesse nötig (s. Kap. 4.3).

### 4.3 Schulmedizin und Homöopathie

Im Mittelpunkt des folgenden Kapitels steht eine Auseinandersetzung mit der Frage, wie Patienten und Patientinnen ihre ärztliche Versorgung erleben. Vorgegeben durch die Struktur des Leitfadens sind die interviewten Patienten und Patientinnen gebeten worden, ihr Versorgungserleben im Vergleich von homöopathisch tätigen Ärzten und Ärztinnen mit jenen, deren Schwerpunkt in der Vorhaltung konventioneller medizinischer Angebote liegt, zu beschreiben. Ein wesentlicher Schwerpunkt der den Interviews entnommenen Ausführungen bezieht sich auf den Bereich der Kommunikation und Interaktion zwischen Patienten/Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen, dem eine Schlüsselrolle im Versorgungsprozess zukommt. Thematisch wird dieser Schwerpunkt mit zwei Abschnitten des folgenden Textes aufgegriffen, wobei es zum einen um kritische Ausführungen zu (Kap. 4.3.1) sowie Erwartungen an (Kap. 4.3.3.1) ärztliche Versorgung geht. Bedingt durch das Studiendesign wie auch die damit verbundene Sampleauswahl (vgl. Kap. 3) ist es nahe liegend, dass die Interviewpartnerinnen und -partner kritische Erlebnisse ärztlicher Versorgung vornehmlich im Bereich schulmedizinischer Versorgung verorten und die daraus abgeleiteten Erwartungen im Bereich homöopathisch-ärztlicher Versorgung verwirklicht sehen. Dieser scheinbare Dualismus aus negativem und positivem Erleben birgt – bei weiterer Betrachtung der Interviews – vielfältige Facetten in sich. Alle Interviewpartner und -partnerinnen haben sich für eine homöopathisch (bzw. naturheilkundlich) orientierte *ärztliche* Versorgung entschieden. Ausführlich ist in den Interviews die Rede von Verknüpfungen schulmedizinischer und homöopathisch-ärztlicher Versorgungsangebote bei gleichzeitiger Abgrenzung von einer Versorgung durch Heilpraktiker/Heilpraktikerinnen. Auch diese Einschätzung ergibt sich aus den für die Studie definierten Ein- und Ausschlusskriterien bezüglich der Samplebildung. Bedeutsam erscheint dabei der Modus der Verknüpfung, d.h. auf welche Art und Weise verbinden Patienten und Patientinnen schulmedizinische und homöopathisch-ärztliche Versorgungsangebote. Eine Erörterung dieses Themenfeldes geschieht in Kapitel 4.3.2, gefolgt von Ausführungen zu Erwartungen an ärztliche Versorgung auf diagnostischer und therapeutischer Ebene (Kap. 4.3.3.2). Aufgegriffen werden in diesem Kontext ferner Überlegungen zu Prozessen der Entscheidungsfindung.

#### 4.3.1 Kritik an ärztlicher Versorgung aus Perspektive von Patienten und Patientinnen

Das Kapitel „Kritik an ärztlicher Versorgung aus Perspektive von Patienten und Patientinnen“ gliedert sich in einzelne Unterabschnitte zu den Themen „Verhältnis von Wartezeit und Konsultationszeit“, „Fehlende Beachtung“ und „Fehlende Anhörung“, „Fehlende bis unangemessene Vermittlung ärztlicher Informationen“, „Fehlende Anerken-

nung von Krankheitsbelastung und Krankheitsarbeit<sup>13</sup>, „Fehlende ärztliche Begleitung“ sowie „Beförderung von Angst und Unsicherheit“.

### **Verhältnis von Wartezeit und Konsultationszeit**

Kritisch reflektiert wird in den Interviews das Verhältnis von Wartezeit und Konsultationszeit. So komme es im Rahmen schulmedizinischer Versorgung vor, dass eine als sehr kurz erlebte Konsultationszeit auf eine als sehr lang erlebte Wartezeit folgt. Dadurch entsteht ein Gefühl von „Massenabfertigung“ ohne Berücksichtigung individueller Begebenheiten, Erwartungen oder Wünsche. *„Und dann hab ich da (beim Hautarzt, Anmerk. d. Verf.in) 'n Termin gehabt, halbe Stunde gewartet und bin dann auch aufgerufen worden. Und das war so 'ne richtige Sprechstunde, also so 'ne so 'ne Massenabfertigung. Also so nach zwei Minuten war ich wieder draußen, wusste nicht mehr als vorher und hab mich also so richtig abgefertigt gefühlt (lacht). Ich hab das dann abends meinem Mann erzählt und der sagte, da gehst du nicht mehr hin, hab ich gesagt nö (lacht). (unverständlich), ich bin doch keine Nummer, und ich will mich auch nicht abfertigen lassen. Für'n Auto, für 'ne Inspektion nimmt man sich mehr Zeit und die Ärzte dann zwei Minuten. Also das war schon heftig.“* (W11/463-474)

Im Mittelpunkt der Kritik steht ein quasi standardisiertes ärztliches Vorgehen, dass ärztliches Interesse an den Belangen der Patientin vermissen lässt. Diese Kritik kommt auch in anderen Interviewsequenzen zum Ausdruck. *„Also ich hab gewechselt, weil's Massenabfertigung war. Reinkomme, Erkältung, okay Erkältung gibt's das. Wie schon gesagt und der Homöopath will dann wirklich wisse sehr grüner Sekret, gelb oder was weiß ich. Des ist 'n Schulmediziner egal, es gibt halt was, des knallt man drauf und gut ist es. Und zack rein, wie schon gesagt, man sagt Erkältung und da hat man das Rezept in der Hand und geht wieder raus.“* (W22/544-550) Und in einem weiteren Interview heißt es: *„Also ich erleb 's manchmal, dass mich Ärzte überhaupt net richtig angucke, mich irgendwie gar net richtig wahrnehme egal ob ich jetzt als Begleitperson oder als Betroffener selber da bin, sondern wirklich so in ihrem Trubel drin sind, so in ihrem Ablauf schon bei de nächste Patient oder ich weiß net, bei irgendwas schon wieder. Dass ich so in Druck bin, dass ich gar net meine Frage überhaupt stelle kann oder wirklich wenn ich keinen Zettel, keinen Spickzettel, dann 'nen Teil vergess zu fragen, dann steh ich vor der Tür, der hat mich schon längst verabschiedet, und ich wollt eigentlich noch (lacht).“* (W13/726-736)

Eine als lang erlebte Wartezeit im Verhältnis zu einer als kurz erlebten Konsultationszeit beinhaltet aus Perspektive der interviewten Patienten und

<sup>13</sup> Gerade im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen soll der Begriff „Krankheitsarbeit“ verdeutlichen, welche Anstrengungen einher gehen können mit dem Bemühen, einer Verschlechterung der bio-psycho-sozialen Situation vorzubeugen. Hinzu kommt eine durch Krankheit u.U. entstehende Notwendigkeit zur Bewältigung unabwendbarer Veränderungen des Lebensstils (z.B. nicht mehr im bisherigen Beruf arbeiten zu können). Ferner umfasst Krankheitsarbeit auch das Bestreben nach Genesung bzw. nach Verbesserung der bio-psycho-sozialen Situation.

Patientinnen eine doppelte Konfliktlage. Die fast selbstverständlich anmutende Notwendigkeit, auf eine Begegnung mit dem Arzt/der Ärztin warten zu müssen, missachtet die Kostbarkeit der – im menschlichen Alltag ohnehin oft als knapp erlebten – (Lebens)Zeit der Patienten und Patientinnen. Das Erleben fehlender Wertschätzung wird verstärkt durch eine inhaltlich unbefriedigend gestaltete und als kurz empfundene Konsultationszeit, in der ärztliche Zugewandtheit, Interesse, individuelle Wahrnehmung des Einzelnen sowie damit verbundene Möglichkeiten der Formulierung und Berücksichtigung unterschiedlicher patientenseitiger Belange vermisst werden. *„Irgendwie ist Zeit für mich auch was, was Kostbares“* (W11/515-516), sagt eine der Interviewpartnerinnen. Diese Kostbarkeit wird doppelt angegriffen: durch lange Aufenthalte im Wartezimmer und durch unbefriedigende Begegnungen im ärztlichen Sprechzimmer.

Gleichwohl zu bedenken bleibt, dass eine als kurz empfundene Konsultationszeit nicht per se einhergeht mit einem Erleben fehlender ärztlicher Zugewandtheit und Wertschätzung. *„Gut ich mein der Zeitfaktor, ob ich jetzt im, beim Schulmediziner vielleicht im Warte\_ schlechtes Timing haben, im Wartezimmer 'a Stund sitz und dann nachher in fünf Minute fertig bin. Wenn ich krank bin und geh zum Arzt, dann weiß ich, ich muss einfach Zeit mitbringe. Wichtig ist mir, dass mir egal wie lang der Besuch jetzt beim Arzt eigentlich selber dauert. Und wenn der nur fünf oder zehn Minute dauert, dass das es einfach 'n Erfolg hat.“* (W5/562-568) Sofern das Konsultationsergebnis als erfolgreich erlebt wird, erscheinen lange Wartezeiten im Verhältnis zu kurzen Konsultationszeiten als weniger problematisch. Auch auf Unterschiede zwischen verschiedenen schulmedizinischen Praxen wird in den Interviews hingewiesen. So heißt es in einem der Interviews zum Beispiel: *„Es gibt große Unterschiede. Also mein Diabetologe nimmt sich auch Zeit und auch der Hausarzt.“* (W11/474-475)

### **Fehlende Be-Achtung**

In der Erwartung, ein Gespräch über mögliche Vor- und Nachteile einer Strahlentherapie zu führen, sucht Frau H einen Radiologen auf. Das folgende Zitat gibt wieder, wie sie den Beginn der Konsultation beim Radiologen erlebt hat. *„Ja ich hab mir dann also wie gesagt 'nen Termin geben lassen, bin denn da hin. Und der Kollege hat meine Krankenakte erst dann da in die Hand bekommen, als ich vor ihm saß. Hat sich die Akte erst da durchgelesen, ich musste mir also 'ne halbe Stunde fast über mich ergehen lassen, bis er sich das alles so zurechtgelegt hatte. Und ohne mich anzuschauen meinte er: ‚So und wann fangen wir mit der Strahlentherapie an?‘“* (W8/148-154) Im Erleben der Patientin scheinen verschiedene Facetten fehlender Be-Achtung bzw. erlebter Missachtung auf: Der Arzt befasst sich erst in Anwesenheit der Patientin mit ihrer Krankengeschichte, d.h. er hat sich nicht durch vorheriges Lesen der Krankenakte auf das Gespräch vorbereitet, vermisst wird ein Blickkontakt des Arztes mit der Patientin,



statt des erwarteten abwägenden Gespräches folgt eine ärztliche Mitteilung zur weiteren Vorgehensweise.

Fehlende Aufmerksamkeit und Wertschätzung kritisiert auch Herr J, der sich im Rahmen des Interviews an Begegnungen mit verschiedenen Hausärzten erinnert. „(...), *ich kann nur beim alten Hausarzt einfach bleiben, der, der mich eigentlich jedes Mal dasselbe gefragt hat, mich beim Gespräch eigentlich nicht angeguckt hat, sondern ständig mit seinem Mac beschäftigt war, um die richtigen Tasten zu treffen um das rein zu treffen, was er mich fragt, ohne mich dabei anzugucken so. Und wenn mich der Arzt jedes Mal dasselbe fragt also fragt ob, ich war bestimmt da auch fünfzehn Mal und auch nicht in so wahnsinnigen Abständen, wenn er jedes Mal fragt, was für eine Arbeit, Beruf ich ausübe, dann denk ich mir okay, vielleicht kann er sich nicht merken oder aber es ist einfach, es findet keine Begegnung statt mit 'm Arzt.*“ (W9/1024-1035) Im Erleben des Patienten kommt es nicht zur Interaktion, was zum einen erkennbar wird am fehlenden Blickkontakt, zum anderen dadurch hervorgerufen wird, dass der Arzt seine Aufmerksamkeit vornehmlich auf den Computer richtet.

Neben der Problematik zu starker Fokussierung ärztlicher Aufmerksamkeit auf den Computer verbindet Frau R mit dem Einsatz dieses technischen Hilfsmittels ferner die Vorstellung standardisiert vorgegebener Behandlungswege. „*Oder ist vielleicht au einfacher, sagen wir mal vielleicht ich denk, dass die Schulmedizin für mache Ärzte au viel einfacher ist, vermutlich stehen sie im Computer drin für was sie genommen werden müsset. Und nachdem die Homöopathie doch e bissle mehr Engagement vom Arzt fordert, weil ja immer drauf steht, auf jedem Medikament, dass kein spezifische, steht ja nicht drauf, für was es ist, das muss ja immer der Arzt entscheiden je nach der Persönlichkeit von dem Patienten, was er dem verschreiben will. Ich denke es ist sicher komplizierter für'n Arzt, wenn er sich mit Homöopathie abgibt, wie wenn er sich mit Schulmedizin. Ich denk, dass den die Schulmedizin von dene Pharmafirmen mehr oder weniger wie man auf schwäbisch sagen würde, vorgekaut wird, denk ich so. Denn ich seh des ja wenn ich schon mal irgendwo war beim Spezialisten, da tippt der was ein und da kommt da raus, was er da dafür nehmen will.*“ (W18/813-828) Medikamentöse schulmedizinische und homöopathische Therapien werden kontrastiert auf der Ebene wahrgenommener Standardisierung. Im Rahmen schulmedizinischer Vorgehensweisen wird eine monokausale Beziehung zwischen Erkrankungen auf der einen und vorgehaltenen Medikamenten auf der anderen Seite erlebt. Diese Monokausalität erlaube eine computergestützte Systematisierung, auf die Ärzte und Ärztinnen zugreifen könnten. Medikamentöse homöopathische Therapien seien hingegen weniger bzw. nicht standardisiert, da es keine entsprechende Monokausalität gebe. Im Vergleich der beiden Vorgehensweisen wird eine schulmedizinische Herangehensweise nicht nur als standardisiert sondern auch als verdinglicht erlebt, wobei der Computer zur Kommunikations- und Verständnisbarriere generiert. Weder geht es um die Individualität des Patienten/der Patientin noch um die des Arztes/der

Ärztin, vielmehr scheint der Computer quasi eigenständig die weitere Handlung vorzugeben und damit zugleich die Autonomie der beteiligten Akteure/Akteurinnen zu begrenzen. Anders ausgedrückt: Der Computer entwickelt sich zu einem Instrument, das letzte Individualität ‚raubt‘ und letzte Geheimnisse ärztlichen Vorgehens ‚entzaubert‘. Vor diesem Hintergrund erscheint Homöopathie als eine Form des Protestes gegen Computer ‚gesteuerte‘ Versorgungsprozesse.<sup>14</sup>

### **Fehlende An-Hörung**

Sowohl bezogen auf den Bereich der Versorgung von Kindern als auch der Versorgung Erwachsener ist den Interviews die Kritik zu entnehmen, dass es weder Zeit noch Raum gebe, um das patientenseitige Anliegen im Rahmen der Konsultation dialogisch zu entfalten. Eine fehlende ärztliche Wahrnehmung des patientenseitigen Erlebens von Beschwerden und Krankheit laufe wiederum Gefahr sich zu verbinden mit als vor-schnell und unpassend empfundenen ärztlichen Therapieempfehlungen. *„Der Arzt an sich war mir so schon sympathisch. Das Problem war halt einfach nur, dass als sich dann eben raus kristallisierte, dass mein Kind häufigst Infekt Infekte hat Bronchialinfekte hat, dass man das eben nur auf diese Schiene na ja das ist normal, das Immunsystem muss ja was lernen und das ist nicht, da ist nichts Schlimmes bei und überhaupt nicht geschaut hat okay, könnt 's vielleicht doch was anderes sein ne, könnt 's vielleicht doch sein, zumal man die Familiengeschichte drum rum auch 'n bisschen kannte ja, also der Vater hochgradig Allergiker, der Onkel hochgradig Allergiker. Da kommt es auch schon aus dem Familienzweig ja und es ist zwar wohl wissenschaftlich noch nicht bewiesen, aber sie sind ja wohl am annehmen, dass Allergien doch auch erblich bedingt sind so. Und wenn ich weiß, ich hab da jemanden in der Familie, wo der ganze Zweig mit so was zu kämpfen hat, dann wär' es vielleicht mal sinnvoll, das abzuklären und nicht einfach nur zu sagen na ja das ist normal und noch 'n Antibiotika und noch 'n Antibiotika und noch 'n An\_. Also wir haben zum Schluss, da war er zwei Jahre alt, ich glaub drei oder viermal im Jahr Antibiotika genommen. Und das ist nicht das Gelbe vom Ei, wirklich nicht also. Und das ist so dieses, ich denke heute noch schlimmer als wie früher, dieses sich überhaupt keine Zeit nehmen.“* (W2/298-320)

Und in einem anderen Interview heißt es: *„Also was ich so erlebt hab, wenn wenn wir jetzt schon gelegentlich bei irgend 'ner Vertretung waren oder so (in einer kinderärztlichen Praxis, Anmerk. d. Verf.in), das war halt immer ganz schnell diagnostiziert und dann ganz schnell irgendwelche Mittel aufgeschrieben, die meistens übers Ziel raus schießen find ich.“* (W10/17/560-563)

Erlebt und beschrieben wird eine als zu kurz und wenig gründlich empfundene Anamnese und Diagnostik, ohne Berücksichtigung individueller Begebenheiten wie

<sup>14</sup> Vertiefte Ausführungen zum Thema „Individualität bei der homöopathischen Medikamentenauswahl“ sind im Kapitel 4.1.2 enthalten.

z.B. familiärer Konstellationen, die zu erfassen eines Dialogs bedurft hätten. Die Qualität der sich anschließenden ärztlichen Empfehlungen – explizit die Verordnung nebenwirkungsreicher Medikamente – wird angezweifelt (vgl. dazu auch Kap. 4.1.2).

Neben den beiden vorab skizzierten, exemplarisch ausgewählten Zitaten, die sich auf kinderärztliche Versorgung beziehen, liegt der folgenden Interviewsequenz die Konsultation einer Erwachsenen bei einem Facharzt zugrunde. *„Und und der Facharzt, zu den er mir geschickt hat, der der sagt denn: ‚Entweder Sie Sie nehmen das oder Sie Sie bleibe fort‘ ja. Und hat eigent\_ überhaupt mich net zu Wort komme lasse, meine Gedanke oder meine Meinung. Der wollte das gar net anhöre. Der hat nur gesagt, ich bin der Arzt und ich weiß es. Und mit so e Art kann ich schlecht umgehe (lacht). Und des ist halt bei meiner Ärztin muss ich sage ganz anders also.“* (W19/101-108) Mit ihren Ausführungen verweist Frau S auf den – aus ihrer Perspektive – nicht gelungenen Prozess der Entscheidungsfindung, die therapeutischen Empfehlungen sind jenseits ihrer Krankheitseindrücke allein aus ärztlicher Perspektive definiert und festgelegt worden.

### **Fehlende bis unangemessene Vermittlung ärztlicher Informationen**

Neben dem Bedürfnis von den behandelnden Ärzten/Ärztinnen angehört zu werden, ist ebenso ein patientenseitiges Anliegen nach ärztlichen Informationen zu berücksichtigen. Zu unterscheiden ist zwischen Kritik an der Art und Weise übermittelter Informationen und Kritik an fehlender, d.h. nicht selbstverständlich übermittelter Informationen. *„Da sag ich, könnten sie das vielleicht auch so erklären, das ich's verstehe. Und dann kommt eher so 'ne Babysprache. Also das war, das war richtig heftig. Und zu dem bin ich auch nimmer gegangen.“* (W12/769-773)

Und in dem Interview mit Frau N heißt es: *„Dass ich ernst genommen werd, dass ich, so diese Rede von de mündige Patienten ist leider halt bei viele Ärzte immer noch nur die Rede davon. Also ich fühl mich net immer als mündiger Patient oder au als Begleitperson, obwohl viele wisse – also wenn ich mit meiner Mutter z.B. unterwegs bin – viele wissen, dass ich Krankenschwester bin und gewisse Ahnung hat und man mit mir au anders rede kann, trotzdem noch 'n ganz großes Stück Überheblichkeit da ist oder, was ich sag ist richtig und ist in Ordnung und des mache mir so. Und des reicht mir eigentlich nimmer. Schon lang nimmer, ich will schon 'ne Erklärung dafür habe, warum soll ich jetzt diese oder jene zusätzliche Untersuchung machen lasse oder diese oder jene Behandlung angehe, was hat des für'n, also wozu ist des gut. Ich lass mir net mehr einfach nur 'n Rezept in die Hand drücke oder 'n Überweisungsschein, ich möcht da gern nachfrage könne.“* (W13/755-770) Frau N vermisst eine selbstverständliche und umfassende ärztliche Informationen über empfohlene diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen, um auf der Basis dieser Informationen teilzuhaben an der Entscheidung über den weiteren Versorgungsweg. Einer partizipativen Entscheidungsfindung stehe ferner entgegen, wenn aus professionell bedingten Informationsdifferen-

zen zwischen Patienten/Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen eine scheinbar nicht zu hinterfragende ärztliche Entscheidungshoheit abgeleitet werde. Notwendig bleibe, so Frau N, gewünschte bzw. benötigte ärztliche Informationen als Patientin oder Angehörige aktiv selber einzufordern.

Neben fehlenden Informationen über empfohlene diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden ferner mangelnde Auskünfte über lebensweltbezogene Folgen medizinischer Eingriffe erörtert. *„Weil dann auch nur dieser urologische Aspekt im im Vordergrund stand (im Hinblick auf die Entfernung einer Niere, Anmerk. d. Verf.in), und ich des dann durch gestanden hab, aber dass die Folge dann jetzt, womit ich jetzt schon seit Jahren kämpfe, Rückenbeschwerden sind, weil einfach das Gleichgewicht fehlt und die die Muskelstränge durchtrennt sind und diese ganzen Sachen. Das hat mir auch keiner erzählt vorher. Und des sind einfach so Dinge, man muss es eigentlich ganzheitlich sehen. Und wenn des damals schon auch mehr im Bewusstsein gewesen wär' von mir, dann hätt' ich vieles abbiegen können, was, worunter ich jetzt heute leide. Und das ärgert mich in gewisser Art und Weise und.“* (W16/416-427) Die fehlenden Informationen über potentielle Folgen des operativen Eingriffs, so Frau W, habe ihr die Möglichkeit genommen, frühzeitig angemessen zu intervenieren bzw. *„vieles abbiegen (zu) können“*.

### **Fehlende Anerkennung von Krankheitsbelastung und Krankheitsarbeit**

Kritisch erörtert wird in den Interviews eine fehlende ärztliche Anerkennung patientenseitiger Krankheitsbelastung und Krankheitsarbeit. So zeigt das folgende Zitat beispielsweise die Schilderung wiederholter Krankheitsbelastung, die – aus Perspektive der Patientin – vom Arzt nicht angemessen aufgegriffen worden ist. *„Und des war 'ne schwierige Zeit. Also das ging 'ne Woche mal wieder gut, aber dann ging ich zu dem andern Arzt und der hat gesagt, so der Abstrich hat ergeben, sie haben wieder einen Infekt. Oh nee und da war ich wirklich dann so frustriert. Und des hat der überhaupt net verstanden. Des hat mich noch am meisten gewundert. Der hat dann gesagt, was ist nur in ihrer Familie los, dass sie dauernd krank sind. Was soll denn da los sein, gar nix. Ich bin genervt, wenn ich im Bett lieg und Kinder im Alter von vier und eineinhalb müssen den ganzen Tag fernsehen, damit ich's halbwegs mit denen aushalte. Da war ich genervt, ganz einfach. Das war's (lacht).“* (W14/153-164)

Die fehlende Anerkennung der mit der Erkrankung einhergehenden Belastung wird verstärkt durch die als Unterstellung empfundene Frage nach familiären Ereignissen als Ursache der wiederholten Erkrankung. Vielleicht gedacht im Sinne einer Kontexterweiterung, hat die Patientin die vom Arzt formulierte Frage als geschlossen erlebt (d.h. mit der Frage ist bereits eine Antwort mittransportiert worden), was zu einer Verstärkung empfundener Nichtwahrnehmung ihrer Belastung beigetragen hat.

Aufgrund einer Krebserkrankung ist Frau H vor mehreren Monaten operiert worden. Entsprechend der ärztlichen Empfehlung lässt sie einige Zeit später eine Kontrolluntersuchung machen, deren Ergebnisse im Rahmen einer ärztlichen Konsultation besprochen werden. *„Und denn kam ich zum Gespräch zu diesem Chefarzt. Und er sagte, er fing nicht mit der guten Nachricht an, sondern sagte zu mir, holte tief Luft und sagte: ‚Ach Frau H, da ist noch was, was unbedingt gemacht werden muss, und ich möchte nicht, dass Sie jetzt im Internet nachgucken, ich möchte nicht, dass Sie in Schulbüchern nachgucken, ich möchte nur, dass Sie das tun‘. Hm=hm, dann hab ich gesagt ja, ich hätte ganz gern gewusst, was ich tun soll. Ja er sieht die Sache nicht ganz abgeheilt. Und dann habe ich gesagt ja, aus welchem Grund, wir haben doch, grade haben sie doch gesagt, das ist alles o.B. und sie haben mir die Röntgenbilder gezeigt, das war doch, da ist doch nichts. Denn meinte er ja, ihr Tumormarker ist noch nicht auf Null. Und denn auf meine Frage ja, der Tumormarker kommt ja von 250 und ist jetzt irgendwo bei 50. Ich sagte, ich hab doch da 'ne ganz tolle Sache schon geschafft und den Rest würde ich auch noch schaffen. Warum muss der jetzt unbedingt auf Null sein und wieso überhaupt Tumormarker, bei jedem gesunden Menschen kann es 'nen Tumormarker geben. Ja aber das sind ja nicht sie und ich möchte gerne, dass sie strahlenbehandelt werden.“* (W8/125-144) Die als fehlend erlebte Anerkennung bereits geleisteter Krankheitsarbeit (*„Ich sagte, ich hab doch da 'ne ganz tolle Sache schon geschafft und den Rest würde ich auch noch schaffen.“*) ist verflochten mit der Aufforderung des Arztes an die Patientin, sich nicht eigenständig an anderer Stelle über Behandlungsmethoden kundig zu machen sondern seiner ärztlichen Empfehlung fraglos zu folgen. Die Aufforderung des Arztes sich nicht selbst zu informieren, wird als Herabsetzung der eigenen Person erlebt und führt zur Entwicklung von Skepsis. Zusammenfassend lässt sich von einer fehlenden Passung von Interaktions- und Bedürfnisstrukturen sprechen. Auf Seiten der Patientin wird eine Einbeziehung in die Gestaltung des Entscheidungsprozesses vermisst.

### **Fehlende ärztliche Begleitung**

Im Verlauf des Interviews schildert Frau K ihre Erinnerungen an die mehrere Jahre zurückliegende Zeit palliativer Versorgung ihrer Tochter. *„Dann sind wir dort noch mal allein hin (Frau K und ihr Mann sind ohne die schwer erkrankte Tochter zu einem Gespräch ins Krankenhaus gefahren, Anmerk. d. Verf.in) und haben da mit der Oberärztin gesprochen. Da sagt die, ja sie denkt jetzt ist es vorbei, jetzt können sie nix mehr machen, austherapiert. Und dann war nix mehr. Dann hat, hat nie wieder auch nur irgendein Arzt mal angerufen oder so also (lacht). Die Akte war denn quasi geschlossen und wir waren eben hier und dann hat nach vier Monaten mal 'ne Krankenschwester angerufen, weil die so 'n ambulanten onkologischen Dienst aufgebaut haben wo diese, wo die so rum fahren und dann hat sie gesagt, ja sie machen das jetzt und wie's denn geht und so. Und dann denkt man ach, was ist das eigentlich hier also (lacht). Da kräht kein*

*Hahn mehr danach. Ich mein wir hätten auch mit unserm Kind wer weiß was machen können ja aber. Also das fand ich schon 'n bisschen komisch.“ (W10/604-617) Nach wie vor begleitet von Irritation, erinnert sich Frau K, dass die onkologisch ärztliche Versorgung und Begleitung ihres Kindes wie auch der ganzen Familie mit abnehmenden Heilungschancen und Beginn der palliativen Krankheitsphase abbrach. Die Familie wird in dieser Phase – so das Erleben von Frau K – von der Schulmedizin alleine gelassen und muss sich eigenständig einen ambulanten Versorgungskontext aufbauen.*

Ein weiteres Beispiel für eine fehlende ärztliche Begleitung ist dem Interview mit Frau H zu entnehmen. *„Und ohne mich anzuschauen meinte er: ‚So und wann fangen wir mit der Strahlentherapie an?‘ Und da hab ich gesagt, ich möchte erst mal wissen, warum und ob das notwendig ist und was es überhaupt bewirkt. Daraufhin wurde er 'n bisschen ausfallend und hat denn gemeint tja sie wollen doch wieder gesund werden. Hab ich gesagt, ich bin doch aber gesund, ich fühle mich gut. Ja das das müssen sie jetzt machen, wer weiß was da noch alles ist, und wir wollen auf Nummer Sicher gehen. Und auf mein Sagen, auf Nummer Sicher kann niemand gehen, wurde er dann fast böse und hat dann gemeint, er verplempert seine Zeit nur einmal mit mir und das sei jetzt. Ein zweites Mal, das kann er mir gleich sagen, gibt es diese Unterredung nicht mehr. Und dann war ich erst mal mit mir selber total entsetzt, weil so viel Fei\_Einfühlungsvermögen und und kann doch fast nicht sein, hab ich mir gedacht, dass es von einem Arzt mir entgegenkommt. Und bis dahin hat er mir noch nicht ein einziges Mal in die Augen gesehen bei dem Gespräch ne. Nur auf dieses Blatt oder irgendwo anders hin und. Und denn hab ich gesagt, ja meinte er denn noch, es wird alles genau vermessen und dann, ach ja, und dann legte er mir noch ein Papier vor über die ganzen Nebenwirkungen, die auftreten können. Und das soll ich jetzt durchlesen und dann unterschreiben. Und dann hab ich ihm das Papier zurückgegeben und hab gesagt, ich unterschreibe nicht. Und war aber, muss gestehen, fix und fertig. Und denn sagte er, so dann wär' ja unsre Unterredung damit beendet. Und dann ließ er mich da alleine mit meinem Schicksal, Schicksal. Und denn hab ich mir in dem Moment gedacht, falls es doch zu einer Strahlung oder Strahlentherapie kommen sollte, dann nicht hier, weil das ist kein Mensch, mit dem ich Vertrauen haben kann, wo ich dann auch sagen kann okay, da geh ich ganz gerne hin und da lass ich mich behandeln. Das das geht nicht.“ (W8/153-184)*

Frau H sucht einen Radiologen auf mit der Erwartung, ein Gespräch über mögliche Vor- und Nachteile einer Strahlentherapie im Kontext einer Krebserkrankung zu führen. Im Erleben von Frau H beinhaltet das Gespräch keinen gemeinsamen Abwägungsprozess, vielmehr werden ihr die Rahmenbedingungen der quasi selbstverständlich durchzuführenden Strahlentherapie mitgeteilt. Ferner wird der Wunsch der Patientin nach einer partizipativen Entscheidungsfindung gleichgesetzt mit „verplempertes“ ärztlicher Zeit. Im Erleben von Frau H präsentiert sich der Arzt mit einem fertigen Behandlungskonzept, das er als richtig und nicht hinterfragbar vorstellt. So hat es fast den

Anschein, als hätte die Patientin bei dem Gespräch nicht anwesend sein müssen. Frau H, die sich zum Zeitpunkt des Gesprächs mit dem Radiologen noch nicht endgültig für oder gegen eine Strahlentherapie entschieden hat, fühlt sich in dem Prozess der Abwägung und Entscheidungsfindung alleine gelassen („*Und dann ließ er mich da alleine mit meinem Schicksal, Schicksal.*“). Eine potentielle Begleitung hingegen war gebunden an eine fraglose Orientierung an der gegebenen ärztlichen Empfehlung. Das Gespräch endet mit einem Kommunikations- und Interaktionsabbruch, verbunden mit der Notwendigkeit sich einen anderen Arzt/eine andere Ärztin zu suchen.

### **Beförderung von Angst und Unsicherheit**

In den Interviews werden verschiedene Beispiele der Beförderung von Angst und Unsicherheit im Rahmen ärztlicher Versorgung benannt. Sie beziehen sich auf diagnostische und therapeutische wie auch lebensweltliche ärztliche Empfehlungen. Auf der Ebene diagnostischer Empfehlungen schildert Herr J, dass sein schulmedizinisch tätiger Hausarzt – aufgrund seiner umfassenden sportlichen Aktivitäten – auf die Notwendigkeit einer Herzuntersuchung beim Facharzt für Kardiologie hingewiesen hat, obwohl patientenseitig keine Beschwerden vorlagen. „*Und dann dacht ich okay, wenn es die Kasse zahlt, dann machen wir halt die Untersuchung, dann hast du auch Gewissheit, dann sitzt der Gedanke schon drin, okay, du kippst um beim Sport, so.*“ (W9/1211-1214) Das Angebot schulmedizinischer Diagnostik löst ein ambivalentes Empfinden aus: Sofern keine Beschwerden vorliegen, wird die Notwendigkeit einer Inanspruchnahme schulmedizinischer Diagnostik u.U. skeptisch betrachtet, gleichzeitig kann das Wissen um diagnostische Möglichkeiten auch verunsichern und verängstigen. Denn zu wissen, dass es eine diagnostische Option gibt, macht es u.U. unmöglich, sie nicht in Anspruch zu nehmen.

Auf der Ebene therapeutischer Empfehlungen werden in den Interviews Beispiele für Angst erzeugende Szenarien skizziert, die einhergehen mit der Entscheidung der Patienten/Patientinnen, die ärztliche Empfehlung nicht anzunehmen und umzusetzen. „*Oder die Geschichte von dem Orthopäden, wo ich beim ersten Bandscheibenvorfall war, der mir von meinen Schwiegereltern empfohlen wurde. Der mir gesagt hat, Herr J, sie kommen um 'ne Operation nicht herum. Das sag ich ihnen jetzt und wenn sie es jetzt nicht operieren, dann haben sie in fünf Jahren den nächsten Bandscheibenvorfall.*“ (W9/1081-1087) In einem anderen Interview erinnert sich Frau U an ihre Entscheidung gegen eine Chemotherapie und die darauf folgende Reaktion eines schulmedizinisch tätigen Arztes. „*Und (4 Sek. Pause) ja eigentlich hab ich mich dann wieder von den Ärzten gelöst, also hab gesagt nein, ich mach das nicht. Und ich such mir andere Wege. Ich bin dann, hab dann ganz viel andere Sachen gemacht was 'n normaler Schulmediziner sagt ja sie machen ja nichts, Originalton war das mal. Sie machen ja nichts, sie werden schon sehen, in 'nem halben Jahr sind sie wieder da und dann sind sie nicht mehr zu retten.*“ (W21/170-177) In beiden Zitaten ist eine „wenn - dann“ Konstruk-

tion enthalten, d.h. die Interviewten haben in Erinnerung, dass ihre Entscheidung gegen die ärztliche Empfehlung beantwortet wurde mit der Formulierung einer für sie dramatischen Prognose. Eine gemeinsame Erörterung möglicher therapeutischer Vorgehensweisen, die sowohl das Bedürfnis des Patienten/der Patientin einbeziehen als auch Möglichkeiten und Grenzen unterschiedlicher therapeutischer Optionen aufzeigen, scheint es – aus Sicht der Interviewten – nicht gegeben zu haben. In ihrem Erleben ist ihre Entscheidung von ärztlicher Seite nicht akzeptiert worden. Eine Interviewpartnerin beschreibt dieses Erleben mit folgenden Worten: *„Und bei den Schulmedizinern, da hab ich dann oft das Gefühl, nur ihr Weg ist richtig. Und das ist das, was ich so 'n bisschen ankreide. Weil es gibt nicht nur einen Weg.“* (W12/747-749)

#### **4.3.2 Verbindungen von schulmedizinischer und homöopathisch-ärztlicher Versorgung**

Im Mittelpunkt des vorhergehenden Kapitels stehen Erzählungen der Interviewpartnerinnen und -partner, die sich vorwiegend auf schulmedizinische Versorgungskontexte beziehen, die als weniger angenehm erlebt worden sind. Jenseits dieser kritischen Einschätzungen ist in den Interviews zugleich die Rede von der Unentbehrlichkeit eines parallelen Angebotes aus schulmedizinischer und homöopathisch-ärztlicher Versorgung. Exemplarisch ausgewählt, verdeutlicht das folgende Zitat diesen Bedarf. *„Oder auch intensivmedizinisch, solche Geschichten, nach Unfällen ist mit Homöopathie denn au höchstens unterstützend was zu machen, aber ein Bein muss man wieder annähen, das wächst net homöopathisch nach sag ich mal. Also von daher braucht es glaub ich beides.“* (W9/1464-1469)

Mit dem Kapitel „Verbindungen von schulmedizinischer und homöopathisch-ärztlicher Versorgung“ werden zum einen Fragen ärztlich homöopathischer Qualifikation und ein damit assoziiertes Gefühl von Versorgungssicherheit aufgegriffen. Zum anderen beinhaltet das Kapitel eine Auseinandersetzung mit verschiedenen Wegen der Verbindung ärztlich homöopathischer und schulmedizinischer Versorgungsangebote. Dabei geht es inhaltlich nicht um Prozesse therapeutischer Entscheidungen (dieses Thema wird in Kapitel 4.3.3.2 vertiefend aufgegriffen), Gegenstand ist vielmehr die Art und Weise der Kombination und Koordination der beiden Versorgungsangebote durch die befragten Patienten und Patientinnen. Denkbar sind folgende Varianten: Ein Arzt/eine Ärztin bietet sowohl homöopathische als auch schulmedizinische Leistungen an oder homöopathische und schulmedizinische Leistungen werden von unterschiedlichen Ärzten/Ärztinnen in Anspruch genommen.



## Homöopathisch-ärztliche Qualifikation

In Analogie zur projektbezogenen Samplebildung (vgl. Kap. 3) sind die Interviewpartnerinnen und -partner bzw. deren Kinder in der Regel bei einem Arzt/einer Ärztin in Behandlung, der/die über eine homöopathische Zusatzausbildung verfügt. Daraus ergeben sich wenigstens zwei Fragen: Warum haben sich die Patienten/Patientinnen bzw. die Eltern für eine ärztlich homöopathische Versorgung und nicht für eine Versorgung durch Heilpraktiker/Heilpraktikerinnen entschieden? Und welche Unterschiede sehen sie im Hinblick auf den Grad homöopathischer Qualifikation von Ärzten und Ärztinnen?

Für die Versorgung durch einen Arzt/eine Ärztin spricht – aus Perspektive von Interviewpartnern und -partnerinnen – eine Sicherheit vermittelnde medizinische Qualifikation. *„Und da bin ich jetzt froh, dass ich seit, ah des ist gute zwölf Jahr her, hab ich des, hab ich den, bin ich jetzt bei dem Arzt. Und da bin ich halt jetzt sehr froh, weil ich denk halt, dass 'n Arzt, der 'n Studium hinter sich hat, anders ist wie ein Heilpraktiker. Der hat zwar auch was gelernt und manche sind gut und manche sind, haben mehr Einfühlungsvermögen, manche weniger. Aber ich bin natürlich mit dem Arzt als solches, der hat des studiert und wenn der dann Homöopathie macht, ist mir des halt sicher.“* (W18/68-76) Thematisiert wird der Vergleich zwischen einem homöopathisch qualifizierten Arzt und einem Heilpraktiker. Frau R schätzt die medizinische Qualifikation von Ärzten, die sie als umfassender einschätzt im Vergleich zur Qualifikation von Heilpraktikern. Das ärztliche Qualifikationsempfinden vermittelt ihr als Patientin ein Gefühl der Sicherheit. Für die Wahl eines homöopathisch tätigen Arztes spreche ferner, dass es zu Konflikten zwischen einem Heilpraktiker auf der einen und schulmedizinisch tätigen Ärzten/Ärztinnen auf der anderen Seite kommen kann. Über viele Jahre hat Frau R eine solche Versorgungssituation gehabt, die sie rückblickend als unangenehm spannungsgeladen erlebt hat. *„Wissen Sie, wie gesagt Heilpraktiker war schon gut und, aber es war doch immer so ein bissele e Spannung sagen wir mal zwischen Arzt, wenn ich des dem jetzt sag wenn der 'ne andre Meinung dafür hat na gell. Wie gesagt, da war mir das eben, als Arzt, ich find das eben auch eine optimale Zusammenstellung, Arzt, wo Homöopathie macht. Wo beides macht, ich mein manchmal muss man ja vielleicht 'n andres Medikament haben, aber des ist einfach, er weiß ja nun au Bescheid halt über 's Ganze, ich mein dafür hat er des gelernt.“* (W18/1104-1112)

Ausdruck findet die Einschätzung, dass homöopathisch tätige Ärzte und Ärztinnen aufgrund ihrer Qualifikation in der Lage sind zu erkennen, wann eine schulmedizinische Behandlung erforderlich wird. Dabei scheint die Kombination aus Medizin und Homöopathie dem Risikoempfinden der Patienten und Patientinnen zu entsprechen, wobei das schulmedizinische Versorgungsangebot als eine im Hintergrund liegende, einfach zugängliche und Sicherheit gebende Option verstanden wird. Dazu ein Zitat aus dem Interview mit Frau B: *„Und wie gesagt, was was mir halt unheimlich gefällt an*

*ihr ist, dass sie nicht jetzt nur stur diese homöopathische Schiene fährt, sondern dass sie eben wirklich auch sagt, wenn ein Punkt erreicht ist, wo es nicht mehr geht, dann setzt sie eben auch nach wie vor die konservativen Mittel ein, wie jetzt Antibiotika oder was eben dann in dem Fall wichtig ist, weil ich denke, es geht nicht nur das eine, sondern man muss wirklich bei gewissen Punkten eben die Sachen miteinander kombinieren und muss von beiden Richtungen das rausziehen, was dann für den Patienten eben notwendig und richtig ist.“ (W2/28-38) Und ein Zitat aus einem anderen Interview: „Also ich schätze an meiner Ärztin des, dass sie beides hat und dass sie, beim andern hab ich das Gefühl, wenn es tatsächlich doch 'e mal schulmedizinisch sinnvoll wäre, wird, unter Umständen hab ich den Eindruck gehabt, zieht sich des hin. Ich mein, ich komm ja aus der Schulmedizin von meinem Wissen her. Und denn merkte ich, also jetzt wär' ein anderes Medikament oder wäre es vielleicht doch ausgereizt. Und so seh ich's au als eigentlich, dass beide Medizinrichtungen ihre Berechtigung haben. Für bestimmte Krankheitsbilder würd' ich jetzt nicht die Homöopathie nehmen. Aber für manche absolut.“ (W15/151-161)*

Auch der erlebte Grad homöopathischer Qualifikation von Ärzten/Ärztinnen ist Thema in den Interviews. Gewünscht wird eine als „umfassend“ erlebte homöopathische Qualifikation in Abgrenzung zu Fähigkeiten, die lediglich auf einem „*Wochenendkurs*“ (W16/740-741) zu basieren scheinen. Frau Q ist parallel bei einer schulmedizinisch tätigen und bei einer homöopathisch tätigen Ärztin in Behandlung. Vor kurzem hat ihr die schulmedizinisch tätige Ärztin angeboten, sie auch homöopathisch zu behandeln. Dieses Angebot kommentiert sie folgendermaßen: „*Und wenn dann plötzlich, sie sagt mit so 'm dicken Buch, wir machen jetzt auch Homöopathie, also dann ist das für mich 'ne Lachnummer*“ (W17/371-373). Und weiter heißt es: „*Und da denk ich also, ohne Ausbildung mit so 'm dicken Buch und da guck ich einfach, was derjenige hat und dann such ich da 'n Mittel raus und das soll dann soll dann die Homöopathie sein. Das kann ja wohl nicht wahr sein. Nur damit ich dann noch wieder irgendwie meine Patienten behalten kann oder öfter kommen lassen, ich ich weiß es nicht.*“ (W17/377-382) Zweifel an der wahrgenommenen homöopathischen Qualifikation verbinden sich mit der Vermutung, dass dieses Angebot den Patienten und Patientinnen allein aus ökonomischen Gründen gemacht werde. Diese Deutung dürfte einhergehen mit dem Empfinden, als Patientin nicht ernst genommen zu werden. Insoweit stellt das Versorgungsangebot für Frau Q keine ansprechende Offerte dar. Regelmäßige ärztliche Weiterbildungen hingegen erfahren Wertschätzung. So beschreibt Frau F ihre Ärztin zum Beispiel mit folgenden Worten: „*Also sie, also ich denke mal, sie ist 'ne sehr gute Homöopathin, sie macht auch sehr viele Schulungen und so Weiter\_, Weiterbildungskurse in X-Land und überall ne*“ (W6/282-284).

## Motive für Kombinationen schulmedizinischer und homöopathisch-ärztlicher Versorgungsangebote

Im Rahmen der Interviews erörtern die Gesprächspartner und -partnerinnen, bei welchen Beschwerden oder gesundheitlichen Problemen sie welches Versorgungsangebot nutzen bzw. für erforderlich halten. Teilweise liegen diesen Erörterungen eigene Krankheitserlebnisse zugrunde, teilweise handelt es sich um abstrakte Vorstellungen. Je nachdem, welche Leistungen homöopathisch tätige Ärzte/Ärztinnen anbieten – ausschließlich homöopathische oder auch schulmedizinische – stellen diese die alleinigen Ansprechpartner dar oder aber die Patienten und Patientinnen suchen parallel schulmedizinisch tätige Ärzte/Ärztinnen auf. Von Relevanz sind dabei auch der Versicherungsstatus der Patienten und Patientinnen sowie bestimmte Praxismodalitäten, explizit die Frage, ob es sich um eine privat- oder um eine kassenärztliche Praxis handelt.

Bei Erkrankungen, die als leichter empfunden werden, reiche eine homöopathische Behandlung aus, bei als schwerer erlebten Erkrankungen sei hingegen eine allopathische Therapie – ggf. mit unterstützender homöopathischer Begleitmedikation<sup>15</sup> – unabdinglich: *„Wie scho gesagt, mein Hausarzt sagt ja, wenn ich 'n Blinddarmdurchbruch hab, kann ich kein Kügele nehme, sondern muss 'ne OP mache. Dazu brauche ich irgendwelche Mittel Narkose und des und jenes also. Er ist ja keiner, wo im im Wald sitzt und auf 'nem Baum schläft, sondern er hat ja im Krankenhaus lang genug auch gearbeitet, er sagt, er kann selber abschätze. Wenn ich Krebs hab, dann brauch ich 'n Krebsmittel, dann kann ich kein Kügele schlucke. Und beim Blinddarmdurchbruch muss es operier, kann aber denn Arnika nehme zur Wundheilung. Also er ist kein starker Ver- oder genereller Verfechter dass das auf Biege und Breche gehen muss, sondern er sieht des, die die die die Tragweite von der Homöopathie richtig und.“* (W22/443-455) Und in einem anderen Interview heißt es: *„Ja so, ich stell mir das so vor, wie ich die Erfahrung gemacht hab. Dass man um 'ne Herzoperation nicht drum herum kommt, trotz Homöopathie. Und das einfach die Erfahrungen von beiden Seiten mit einfließen können. Ja. Mit der Homöopathie kann man sehr viel Blutergüsse oder Zahnbehandlungen, diese Nebenwirkungen behandeln. Grippe, Schnupfen, Kopfschmerzen usw. was man durchaus mit Homöopathie ohne weiteres nehmen kann ohne seinen Körper mit chemischer Medizin zu belasten. Aber wie gesagt, wenn's nicht anders geht und in der Homöopathie da nichts gefunden wird, dann muss auch die andere Medizin natürlich herhalten.“* (W1/994-1004) Neben leichter versus schwerer erscheinenden Erkrankungen wird ebenso zwischen akuten und chronischen Beschwerden unterschieden, wobei akute Beschwerden mit einer Notwendigkeit schulmedizinischer

<sup>15</sup> So berichtet Frau L beispielsweise von einer allopathischen Therapie bei Diabetes Mellitus Typ 1 sowie begleitender Einnahme homöopathischer Medikamente zur Abschwächung etwaiger Nebenwirkungen (vgl. W11/364-377 und W11/580-597).

scher Versorgung verbunden werden. *„Und ja und darum, ich denk immer mit einem Bruch oder mit Sachen, ja vielleicht, mir fallen eigentlich nur Brüche ein, so richtige Verletzungen. Dass man damit zu seinem Hausarzt geht und mit allen andern chronischen Sachen dann einfach sich homöopathisch behandeln lässt. Man braucht beide.“* (W17/121-126)

Losgelöst vom Schweregrad kann auch ein ausbleibender Therapieerfolg dazu führen, dass eine schulmedizinische Behandlung aufgesucht wird. So beschreibt Frau F zum Beispiel, dass sie aufgrund fehlender Therapieerfolge angesichts einer Schuppenflechte eine hautärztliche Behandlung in Anspruch genommen hat. *„Also da, weil sie ja vielleicht isch net so schnell der Erfolg eingetreten, wie sie sich's gedacht hat oder was was vielleicht au mit der Grund war, das muss ich au dazu sagen, ich hab Schuppenflechte. Und des kriegt man net in Griff. Des war vielleicht dann mit mit 'n Grund au, warum warum mir dann da noch mal jemand aufgesucht hat. Und die Schuppenflechte behandle ich jetzt aber wirklich mit, also mit der Hautärztin ja. Da kommen mir jetzt net unbedingt weit. Wobei Schuppenflechte isch ja was, des kriegt man nie endgültig weg. Des kann man nur lindern.“* (W6/84-92)

Neben dem Anliegen eines Therapieerfolges als Motiv für die Auswahl eines Versorgungsangebotes, kann auch die einer ärztlichen Konsultation zugrunde liegende patientenseitige Fragestellung zum Kriterium der Entscheidung zwischen homöopathischen oder schulmedizinischen Versorgungsangeboten generieren. Dazu ein Ausschnitt aus dem Interview mit Frau L: *„Und bei Schulmedizinern hab ich schon manchmal die Erfahrung gemacht, dass die fachlich oft gut sind, aber menschlich eben nicht so das Händchen haben so im Umgang mit den Patienten. Und ich kann damit leben, ich denke halt, na gut, wenn ein Arzt fachlich gut ist, dann kann er auch im Umgang schwierig sein, dann muss ich halt abwägen für mich, ob das für mich okay ist oder ob ich das fachliche Wissen, was er hat eben dann in den Vordergrund stellen kann.“* (W11/496-503) In bestimmten Situationen – so lässt sich diese Sequenz deuten – ist eine ‚rein fachliche‘ Herangehensweise tragbar, wenn dadurch bestimmte Fragen gelöst werden können. Die als fehlend erlebte Kommunikations- und Interaktionskompetenz wird akzeptiert angesichts einer hohen fachlichen Spezialisierung auf einem bestimmten Gebiet.

Eine erkennbare Bedeutung, so ist den Interviews zu entnehmen, kommt einer bedarfsorientierten Inanspruchnahme schulmedizinischer Diagnostik zu. Entsprechende Untersuchungen zu nutzen, wird verbunden mit einem Empfinden von Sicherheit oder auch Gewissheit, mögliche Krankheitsursachen zu ergründen bzw. auszuschließen. Je nach Art der erforderlichen Diagnostik wird diese bei spezifischen Fachärzten/Fachärztinnen oder – sofern dies möglich ist – auch bei homöopathisch tätigen Ärzten/Ärztinnen<sup>16</sup> durchgeführt. *„Also mir ist die Schulmedizin von daher ganz arg wichtig,*

<sup>16</sup> Auch homöopathisch tätige Ärzte und Ärztinnen sind in der Regel Fachärzte/Fachärztinnen, z.B. für das Gebiet der Allgemeinmedizin.

*weil einfach, deswegen sind wir auch bei dem Arzt, weil mir wichtig ist, dass erst einmal alles gründlich durchuntersucht wird. Und ich hab dann aber einfach gemerkt, dass ich bei viele Dinge in 'ner Sackgasse gelandet bin. Dass die Arznei, die mir kriegt hen immer die Symptome zwar behandelt hat, aber net den Körper geheilt hat oder net den Körper nix net geheilt, ja, net angeregt hat selber was zu tun.“ (W4/509-516) Während schulmedizinischer Diagnostik ein hoher Stellenwert beigemessen wird, besteht zugleich eine Unzufriedenheit mit den nachfolgenden schulmedizinischen Therapieangeboten. Diese werden zugunsten einer homöopathischen Therapie nicht mehr in Anspruch genommen. Ein ähnliches Erleben kommt auch in der folgenden Interviewsequenz zum Ausdruck. „Schlussendlich komm ich nach draußen, krieg halt denn des und des verschrieben. Also sag ich ganz ehrlich, glaub ich dreiviertel von den Medikamenten hab ich nie genommen. Ich hab die Rezepte darinnen herumliegen. Das ging ja drum au 'ne Diagnose zu finden, was es ist. Ist die Sehne gerissen oder net oder. Die Behandlung hab ich dann eben mit meiner homöopathischen Ärztin schlussendlich gemacht. Aber sie kann eben manche Sachen nicht, sind einfach orthopädisches Fachgebiet und zusammen hat's au gestimmt.“ (W15/652-660)<sup>17</sup>*

Von einer als gründlich erlebten, in der Schulmedizin verorteten Diagnostik wird auch in Verbindung mit homöopathisch tätigen Ärzten/Ärztinnen berichtet. Im nachfolgenden Beispiel geht es um die Untersuchung eines Kindes bei einem homöopathisch tätigen Kinderarzt. „Und dann schon immer 'ne körperliche Untersuchung. Die kommt also in der, bei Tochter B sowieso und bei die andere je nach Anliegen also. Wenn's um 'ne Impfung geht, wird natürlich auch abgehört und geguckt, in den Hals geguckt, in die Ohren geguckt, dass die Kinder keinen Infekt vorher haben, vor der Impfung. Ja wenn sie wegen, wenn man sowieso, wobei des selten vorkommt, wegen 'nem Infekt zum Arzt fahren natürlich auch.“ (W13/257-264) Die Wertschätzung gründlicher Diagnostik spiegelt zugleich die erlebte Ernsthaftigkeit und Sorgfalt des Arztes wider, der sich folglich – in den Augen der Interviewpartnerin – sowohl auf schulmedizinischer als auch auf homöopathischer Ebene als kompetent zeigt.

Als ein weiteres Motiv für die Kombination von schulmedizinischen und homöopathischen Versorgungsangeboten wird der Aspekt der Finanzierung ärztlicher Leistungen in den Interviews angesprochen. „Das ist die Frage der Abrechnung. Ja. Also 'ne Blutuntersuchung könnte auch mein Homöopath (ein homöopathisch tätiger Arzt in einer Privatpraxis, Anmerk. d. Verf.in) in Auftrag geben nur dann müssten sie die selber zahlen. So und beim Hausarzt kann ich sie über die Krankenkasse abrechnen oder wenn wenn der Homöopath kann mich eben nicht auf Kassenrechnung zum CT überweisen so. Das kann aber der Hausarzt sehr wohl. So von daher hat das glaub ich ü-

<sup>17</sup> Die Frage, wie mit Ergebnissen schulmedizinischer Untersuchungen im Einzelnen verfahren wird, z.B. wo Beratung erfolgt und welche Therapie ausgewählt wird, verweist auf die Gestaltung von Prozessen der Entscheidungsfindung, ein an anderer Stelle des Berichtes ausführlich aufgegriffenes Thema (vgl. Kap. 4.3.3.2).

*berwiegend finanzielle Gründe. Oder er kann mir eben keine Krankengymnastik verschreiben, die ich dann über die Krankenkasse abrechnen kann.“ (W9/929-937)* Da der homöopathisch tätige Arzt in einer Privatpraxis niedergelassen ist, so Herr J, bestehe zwar fachlich die Möglichkeit der Verordnung und ggf. auch Durchführung schulmedizinischer Maßnahmen, diese würden jedoch – aufgrund der Praxisart – nicht durch seine Krankenversicherung bezahlt werden. Insofern ist für ihn die ergänzende Versorgung durch einen schulmedizinisch tätigen und in einer Kassenpraxis niedergelassenen Arzt erforderlich. Damit geht es weniger um die Frage „Schulmedizin versus Homöopathie“ sondern vielmehr darum, wer gewünschte medizinische Leistungen anbietet und wie diese dann jeweils finanziert werden.

### **Gestaltung von Versorgungskombinationen**

Eine Inanspruchnahme schulmedizinischer und homöopathischer Leistungen durch unterschiedliche Ärzte und Ärztinnen wirft die Frage auf, inwieweit Patienten und Patientinnen eine wechselseitige Transparenz im Rahmen der von ihnen gewählten Versorgungskombinationen herstellen. In den Interviews ist sowohl von einem offenen Umgang die Rede, d.h. die Interviewten erzählen allen am Versorgungsprozess beteiligten Ärzten und Ärztinnen, dass sie sowohl in schulmedizinischer als auch in homöopathisch-ärztlicher Behandlung sind, als auch von einem heimlichen Umgang.

So berichtet Frau I beispielsweise von einem offenen und akzeptierenden Umgang mit der Kombination aus schulmedizinischer und homöopathisch-ärztlicher Versorgung, der für sie eine Voraussetzung dargestellt für die Inanspruchnahme einer schulmedizinischen Versorgung bei ihrer Hausärztin. *„Zu zu zum anderen, ich hab hier auch 'ne normale Hausärztin und hab der des auch gesagt, dass ich, dass ich also homöopathisch begleitet werd, weil sonst wär ich zu ihr net gegangen. Und sie meint, das ist für sie in Ordnung einfach. So hab ich das für mich auch gelöst.“ (W9/150-156)* Im Gegensatz dazu hat sich Frau Q gegen einen offenen Umgang entschieden und in der schulmedizinisch hausärztlichen Gemeinschaftspraxis nicht erzählt, dass sie parallel bei einer homöopathisch tätigen Ärztin in Behandlung ist. Sie fürchtet, in der Gemeinschaftspraxis auf Unverständnis zu stoßen und argwöhnt, dass sich die Versorgungsqualität für sie verschlechtern könnte. *„Ich möcht mich nicht dumm anmachen lassen, wenn ich ihm das erzähle. Ich hätte keine Hemmungen, das zu erzählen. Ich möchte, ich hab da aber kein Bedürfnis, ich will mir das nicht anhören zu sagen, er könnte das denn auch oder sie könnte das auch, das möcht ich nicht hören. Und das würde kommen, da bin ich sicher. Und dann würde ich vielleicht noch 'n bisschen unpersönlicher behandelt werden, vermute ich mal. Das lass ich lieber im Raum stehen.“ (W17/434-441)* Auf dem Land lebend, sieht Frau Q keine Möglichkeit eines Hausarztwechsels. Sie entscheidet sich für einen Verbleib in der bisherigen Praxis, da sie auf diesem Wege evtl. notwendige Hausbesuche gesichert sieht. Die homöopathisch tätige Ärztin

übernimmt demgegenüber keine Hausbesuche. *„Ja ich hab keine Alternative. Also der, meiner (ein schulmedizinisch tätiger Arzt, Anmerk. d. Verf.in) ist im Nachbarort und wir haben hier im Ort auch einen, die vertreten sich auch gegenseitig und das ist glaub ich kein großer Unterschied also. Und wenn ich mich an A-Stadt wende, krieg ich keine Hausbesuche. Das ist das Problem mit den Hausärzten. Da gibt's sicher nette, gute, aber die kommen hier nicht raus. Die machen das nicht.“ (W17/816-821)*

Während die vorhergehenden Beispiele sich auf die Verheimlichung homöopathisch-ärztlicher Versorgung gegenüber schulmedizinischen Ärzten/Ärztinnen beziehen, ist in den Interviews auch die Rede von der Entscheidung, homöopathisch tätigen Ärzten/Ärztinnen eine schulmedizinische Behandlung zu verschweigen. Dabei kann es sich zum Beispiel um die kurzfristige Einnahme eines Antibiotikums mit dem Ziel einer aus beruflichen Gründen gewünschten schnellstmöglichen Genesung handeln. So entscheidet sich Herr J aufgrund eines Infektes für die Einnahme eines Antibiotikums. Seinem homöopathisch tätigen Arzt berichtet er davon nicht. *„Das hab ich verschwiegen. (...). Um um net das Gefühl zu kriegen, es ist kein Vertrauen da, ist einfach eine spontane Entscheidung so. War jetzt auch keine große Sache, also mit was Größerem wär ich hingegangen, es war 'ne kleine Erkältung, die war nach drei Tagen auch wieder weg. Kleine Kehlkopfentzündung, nicht groß. (unverständlich), ich glaub, das war mir zu peinlich dann, zu sagen, ich bin quasi untreu geworden so.“ (W9/1288-1299)* Grundlegend ist für Herrn J ein Gefühl der Peinlichkeit, vom verabredeten Behandlungsmodus abgewichen zu sein.

Ein weiteres Beispiel für die Verheimlichung der Inanspruchnahme einer schulmedizinischen Leistung ist die Durchführung von Impfungen bei Kindern. So ist den Interviews das Empfinden einer Diskrepanz zwischen der elterlichen und der homöopathisch-ärztlichen Einschätzung von Impfnotwendigkeiten zu entnehmen. Mehr oder weniger heimlich scheinen Impfungen bei schulmedizinisch tätigen Ärzten/Ärztinnen durchgeführt zu werden. Spätestens mit der nächsten Abgabe des Impfpasses in der homöopathischen Arztpraxis wird das bisher verschwiegene Vorgehen jedoch öffentlich. *„Da hat er noch nie irgendwas gesagt, noch gar nicht. Und ich hab ihn natürlich net ausdrücklich drauf hingewiesen. Schauen sie mal, ich war letzte Woche beim Dr. Sowieso, nee also. Aber er sieht des also wenn ich den Eindruck hab, dort ist nix zu machen, geh ich halt woanders hin, fertig. Des Impfen ist bei mir einfach wichtig. Net jede Impfung, aber klar.“ (W14/378-383)*

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass in den Interviews verschiedene Erfordernisse für eine Parallelität von Schulmedizin und Homöopathie dargestellt und unterschiedliche Wege der Verbindung abgebildet worden sind. Nicht immer scheinen diese Verbindungswege den Bedarf auf Seiten der Patienten und Patientinnen zu decken.

„Ja das wär' wunderbar, wenn ich einen am Ort hätte, der beides (Homöopathie und Schulmedizin, Anmerk. d. Verf.in) machen würde, das wär' mein Traum. Das wär', täte ja also das wirklich auch alles abdecken. Aber das gibt's hier leider nicht.“ (W17/529-531)

### **4.3.3 Erleben homöopathisch-ärztlicher Versorgung**

Das Kapitel „Erleben homöopathisch-ärztlicher Versorgung“ gliedert sich in zwei Abschnitte: In einen Abschnitt zum Thema „Praxis- und Gesprächskultur“ (Kap. 4.3.3.1), dem schwerpunktmäßig eine Erörterung von Prozessen der Kommunikations- und Interaktionsgestaltung zugrunde liegt, und einen Abschnitt zum Thema „Diagnostische und therapeutische Versorgung“ (Kap. 4.3.3.2), in dem es um Erwartungen und Wünsche an diagnostische und therapeutische Herangehensweisen – mit besonderem Blick auf die Gestaltung von Entscheidungsprozessen – geht.

Basierend auf den, dem Projekt zugrunde liegenden Interviews kristallisiert sich in der Auseinandersetzung mit patientenseitigem Erleben im Kontext homöopathisch-ärztlicher Versorgung die Frage heraus, von welchen Aspekten die Entwicklung von Vertrauen zu Ärzten und Ärztinnen abhängt. Eine Variante der Vertrauensentwicklung zeigt sich in der Beschreibung von Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen, die darlegen, dass ihnen der Arzt/die Ärztin bereits beim ersten Kontakt sympathisch gewesen sei und sich schon mit der ersten Begegnung ein Gefühl des Vertrauens eingestellt habe. Exemplarisch sei auf das folgende Zitat hingewiesen: *„Und muss eigentlich auch sagen, der Dr. X (ein homöopathisch tätiger Arzt, Anmerk. d. Verf.in) war gleich von Anfang an sehr sympathisch, sehr vertrauenswürdig für mich so. Also ich hatte gleich großes Vertrauen zu ihm.“* (W1/121-124) Die Frage der Vertrauensentwicklung stellt ein zentrales Thema innerhalb der nachfolgenden Kapitel dar.

#### **4.3.3.1 Praxis- und Gesprächskultur**

Wie erleben Patienten und Patientinnen Begegnungen mit homöopathisch tätigen Ärzten und Ärztinnen? Eine Beschäftigung mit dieser Fragestellung beinhaltet eine Erörterung der Themenfelder „Praxiskultur“ und „Gesprächskultur“ einschließlich der Facetten als Patient/Patientin gehört und gesehen sowie – in bestimmten Situationen oder Phasen – ärztlich begleitet werden zu wollen.

#### **Praxiskultur**

Zur Praxiskultur zählen Aspekte wie das Verhältnis von Warte- und Konsultationszeiten, das seitens der Patienten und Patientinnen wahrgenommene ärztliche Verhalten im Umgang mit Zeit, die Praxiseinrichtung wie auch der Gesichtspunkt der (telefonischen) Erreichbarkeit des Arztes/der Ärztin.



Bezogen auf die Versorgung durch homöopathisch tätige Ärzte/Ärztinnen ist in den Interviews zum einen die Rede von als kurz erlebten Wartezeiten, gesprochen wird zum anderen aber auch von längeren Wartezeiten, die als nicht problematisch erscheinen, sofern die zur Verfügung stehende Konsultationszeit sich als zufriedenstellend erweist. So heißt es in einem Interview beispielsweise: *„Also des schätz ich auch. Ich kommt dort hin hab 'n Termin, ich hab höchstens fünf Minuten Wartezeit und dann komm ich dran gell. Isch mir au viel wert.“* (W6/236-239) Und in einem anderen Interview schildert Herr A den Umstand längerer Wartezeiten: *„Also Zeit muss man mitbringen, denk ich mal, zur Homöopathie. Es war beim Dr. X, mussten wir unter Umständen ein bis zwei Stunden wirklich warten im Wartezimmer. Was einen eigentlich ja nicht, also mir zumindest nicht als schlimm irgendwie empfunden war. Und weil ich ja danach dann doch auch was wollte von ihm und er sich auch Zeit für mich genommen hat, also nicht nur für die andern, die jetzt vorher waren, dass ich so lang warten musste, wo über seine Zeit hinaus verfügt ist und dann. Er hat sich dann auch Zeit für einen selber genommen.“* (W1/729-737) Patientenseitige Erwartungen im Hinblick auf Warte- und Konsultationszeiten scheinen sich im Hinblick auf homöopathische und schulmedizinische Versorgung (vgl. dazu Kap. 4.3.1) kaum zu unterscheiden.

Neben der Frage der Wartezeit folgt in den Interviews auch eine Beschäftigung mit der Frage der Begrüßung durch den Arzt/die Ärztin wie auch die Einrichtung in der Praxis. *„Ja also ich werd empfangen dazu muss ich sagen, er (ein homöopathisch tätiger Arzt, der auch Akupunktur anbietet, Anmerk. d. Verf.in) hat kein Wartezimmer. Er hat, er bestellt seine Patienten im Halbstundenrhythmus, d.h. er nimmt sich 'ne halbe Stunde schon mal Zeit für jeden Patienten, bevor er, bevor es zur Akupunktur kommt. Und also ich werde begrüßt von ihm persönlich an der Tür. Werde dann rein geleit\_ also darf dann meine Sachen ablegen. Dann werd ich rein geleitet in ins ins Behandlungszimmer und das ist also ziemlich groß. Da sind zwei Sessel drin, 'n Tischchen. Es ist also 'ne ganz entspannte Atmosphäre. Und man setzt sich, ohne dass jetzt 'n großer Schreibtisch da zwischen uns steht, man setzt sich dann so gegenüber und berichtet dann, d.h. er fragt denn, ja ist alles gut gewesen und. Ich berichte dann eben wie 's mir dann in der, ich hab diese Termine in Wochenabständen, wie's mir in dieser Woche so gegangen ist. Ja.“* (W8/465-478) Der Praxiskultur inhärent, so Frau H, sei ein bedächtiger und geplanter Umgang mit Zeit, der die Abwesenheit eines Wartezimmers ermögliche. Erlebt als Ausdruck individueller Wertschätzung betont die Interviewpartnerin die persönliche Begrüßung durch den sie behandelnden Arzt. Ferner ist die Rede von einem Modus der Gestaltung des Behandlungszimmers, der eine angenehme Gesprächsatmosphäre entfalte und hierarchisch aufscheinende Unterschiede sowie damit verbundene Gesprächsbarrieren zugunsten einer gleichwertigen ‚Sitzordnung‘ verkleinere.

Im Zusammenhang mit Facetten von Praxiskultur wird in den Interviews auch auf die Bedeutung erlebter Ausstrahlung des Arztes/der Ärztin verwiesen. *„Er (ein homöopathisch tätiger Arzt, Anmerk. d. Verf.in) ist irgendwie, ich weiß nicht, wie der das schafft, bei fünf eigenen Kindern auch noch. Und der ist sehr ruhig, also sehr ruhig, vielleicht ist er auch abgehärtet. Ich hab nie das Gefühl, dass er hektisch ist, gar net.“* (W14/264-266) Auch in schulmedizinischen Versorgungskontexten ist von einer Bedeutsamkeit der Ausstrahlung des Arztes/der Ärztin auszugehen. So erinnert sich eine der Interviewpartnerinnen beispielsweise mit folgenden Worten an ihren Krankenhausaufenthalt: *Der Arzt „hatte so 'ne väterliche Ausstrahlung, war groß und hat einem also auch so, och joa, so was Gutmütiges gehabt und ungeheures Vertrauen eingeflößt“* (W8/636-639).

Angesiedelt in der Schnittmenge zwischen erlebter ärztlicher Ausstrahlung und erlebtem ärztlichen Verhalten – beides trägt zur Gestaltung der Konsultationszeit und damit auch zur Praxiskultur bei – ist in den Interviews die Rede davon, wie wichtig es ist, ausreichend Zeit zu haben, um als Patient/Patientin die eigenen Belange darlegen zu können. *„Der erste Aspekt ist, dass sich (räuspert sich) unsere Hausärztin, unsere Homöopathin sehr viel Zeit nimmt für uns. Man hat nie das Gefühl, dass man, dass sie, dass sie auf den nächsten Patienten wartet oder so so einen hinauskomplimentiert. Sondern wenn man, wenn sie das Gefühl hat, dass dass man sprechen möchte, dann hat man, dann gibt sie also die Zeit der Welt, das lässt sie einen spüren ja. Sie geht vollkommen auf einen ein, egal was man hat. Wenn man mit einem Schnupfen kommt oder sonst irgendwas oder Thematiken egal. Und das ist ja, das ist das Wesen, der wesentliche Unterschied meinerseits was jetzt die Fach\_ die Fachärzte ausmacht.“* (W16/445-455) Im Rahmen der Konsultation, so Frau O, gebe die Ärztin ihr das Gefühl, dass sie *„die Zeit der Welt“* habe, d.h. die nun folgende Zeit explizit ihr gewidmet ist, so dass sie als Patientin ohne Zeitnot über ihre Belange sprechen kann.

Ebenfalls zugehörig zum Thema „Praxiskultur“ wird die Frage ärztlicher Erreichbarkeit, zum Beispiel entlang einer Telefonsprechstunde, in den Interviews erörtert. Welche Vorteile Interviewpartner und Interviewpartnerinnen in einer telefonischen Erreichbarkeit des Arztes/der Ärztin sehen, zeigen die folgenden Interviewausschnitte. *Der homöopathisch tätige Arzt „bietet zweimal am Tag eine so genannte Telefonsprechstunde an. Da kann ich anrufen, sage Herr A die Tochter hat aufm linken Ohr Ohrenscherzen und die Nase läuft und welche Kügele geb' ich am besten. Und es ist alles in allem ein recht unkomplizierter Umgang. Und wenn's dann aber klemmt, find ich dann reagiert er auch wirklich sofort schnell und macht eigentlich alles, was aus meiner Sicht auch nötig ist.“* (W14/735-741) Geschätzt wird, dass der Arzt nicht grundsätzlich persönlich aufgesucht werden muss, sondern dass er auch eine telefonische Beratung anbietet, die als *„unkomplizierter“* Zugang zum Arzt gedeutet wird. Neben der zeitlichen Komponente scheint bedeutsam zu sein, dass die Möglichkeit eines telefonischen Kon-

takts zum Arzt Sicherheit vermittelt. Am Telefon kann eine erste Deutung der Beschwerden erfolgen verbunden mit einer Klärung der Frage, ob bzw. welche weiterführende eigenständige und/oder ärztliche Versorgung erforderlich ist. Insoweit stellen Telefonsprechstunden einen niedrighschwelligem Zugang zu Arztpraxen dar bei gleichzeitiger Förderung von Eigenständigkeit der Patienten und Patientinnen (vgl. dazu auch Kap. 4.3.2).

Neben einer Telefonsprechstunde wird auch die generelle Möglichkeit telefonischer Kontaktaufnahme – ggf. verbunden mit der Option vom Arzt/von der Ärztin zurückgerufen zu werden – geschätzt. *„Man muss denn auch nicht jetzt meinetwegen wieder 'n neuen Termin ausmachen, man kann auch kurzfristig dann anrufen bei ihr in der Praxis. Und wenn sie grad jemand im im Zimmer hat, dann ruft sie auch zurück. Und man bespricht das dann noch mal. Und das find ich sehr angenehm ja.“* (W16/948-953) Wertschätzung erfährt auch eine telefonische Erreichbarkeit des Arztes/der Ärztin außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten. *„(...), weil es eben meistens so ist, dass Kinder leider freitags mittags einfällt krank zu werden (lacht), und ich dann halt schon weiß, wenn du jetzt zu 'nem Arzt gehst der Wochenendschicht hat, der hat natürlich keine Homöopathie ja, also der wird dir wieder nur den Hustensaft aufschreiben oder vielleicht nur, wir haben hier im im Städtchen 'n Arzt, bei dem kannst mit 'm Kind hingehen, der verschreibt grundsätzlich oder ausschließlich Antibiotika. Und das ist Schwachfug, weil irgendwann wirkt 's nicht mehr, da kannst du 's genauso gut in Ausguss kippen also das bringt nichts. Und deswegen wird dann da immer telefoniert und dann wird geguckt.“* (W2/251-265) Für Frau B ist es wichtig, dass die Ärztin auch am Wochenende telefonisch erreichbar ist, da sie sich nicht sicher sein kann, dass auch Vertretungsärzte und -ärztinnen in einem von ihr gewünschten homöopathischen Sinne handeln.

Nun mag zu bedenken sein, welche Bedeutung der Praxisart – Kassenpraxis versus Privatpraxis – im Hinblick auf Möglichkeiten und Grenzen der Gestaltung von Praxiskultur zukommt. Zeit wird in einer Privatpraxis eine andere Bedeutung oder Dimension haben als in einer Kassenpraxis. Ohne den Unterschied negieren zu wollen, ist in der vorab skizzierten Ergebnispräsentation bewusst nicht darauf hingewiesen worden, welche Gesprächspartnerinnen/-partner in einer Privat- und welche in einer Kassenpraxis behandelt werden. Vielmehr ist mit der Ergebnisvorstellung die Idee verbunden zu schauen, welche der von den interviewten Patienten/Patientinnen geschätzten Elemente von Praxiskultur auch – zumindest partiell und ggf. in Verbindung mit einer Veränderung der Vergütungsordnung – in kassenärztlichen Praxen umgesetzt werden könnten.

### **Gesprächskultur**

Ein den Interviews zu entnehmender Schwerpunkt bezieht sich auf Erlebnisse und damit verbunden auch auf Erwartungen von Patienten und Patientinnen im Hinblick auf

die Gestaltung von Gesprächen mit Ärzten und Ärztinnen. Eine wesentliche Kommunikationserwartung besteht in dem Anliegen „ernst genommen werden zu wollen“. Dieses Anliegen umfasst den Bedarf, über die eigenen Belange sprechen zu können, ohne (vorschnell) bewertet zu werden, den Wunsch nach spürbarem ärztlichem Interesse, nach Aufmerksamkeit und Empathie. Grundsätzlich ist dem Anliegen inhärent, den Arzt/die Ärztin – sowohl auf sprachlicher Ebene als auch auf inhaltlicher Ebene, bezogen auf Informationen und Therapieempfehlungen – verstehen zu können und zugleich als Patient/Patientin verstanden zu werden. Letztlich spiegeln die in den Interviews zum Ausdruck gebrachten Erwartungen eine Umkehr der ebenfalls thematisierten Kritik an schulmedizinisch orientierter Versorgung wider (vgl. Kap. 4.3.1).

Frau B beschreibt Begegnungen mit ihrer homöopathisch tätigen Ärztin wie folgt: *„Also sie sie nimmt einen da wirklich ernst und sie hört sich das auch an und dadurch fühlt man sich auch, es ist zwar nur 'n Gefühl, aber man fühlt sich einfach besser. Es ist einfach wirklich, ja es ist wirklich nur 'n nur 'n Gefühl, es ist für mich angenehmer, dass ich mir gefühlsmäßig so vorkomm', ja sie hat mich ernst genommen, sie hat sich das angehört, auch wenn sie sich vielleicht denkt, na ja ich seh das jetzt vielleicht nicht so wie sie, aber sie sie hört sich 's trotzdem an und manch andere wie gesagt, hatten wir auch schon, die hören sich das noch nicht mal an oder sagen na ja mhm ja.“* (W2/858-867) Und in dem Interview mit Frau K heißt es: *„Er (ein homöopathisch tätiger Arzt, Anmerk. d. Verf.in) ist unheimlich hilfsbereit und. Ja er ist auch irgendwie so, ich finde er wirkt immer unheimlich interessiert so. Wenn er dann fragt, ja wie geht's ihnen denn. Wie war's denn in letzter Zeit oder so. Dann hab ich den Eindruck, dass er wirklich interessiert ist und nicht so aus Höflichkeit fragt, sondern wirklich interessiert ist. Und das spricht sich auch unheimlich einfach mit ihm, weil er so offen ist und so. Ja so 'ne freundliche Art und sehr, sehr zugewandt auch.“* (W11/339-346) Geschätzt wird das Empfinden, der Arzt/die Ärztin interessiert sich für und konzentriert sich auf die Belange der Patienten/Patientinnen, auch dann, wenn ärztliche und patientenseitige Einschätzungen voneinander abweichen. Das Erleben einer empathisch interessierten, wertschätzenden ärztlichen Haltung wiederum befördere das Genesungsempfinden. Ernst genommen zu werden mit dem vorgebrachten eigenen Anliegen bedeutet auch, als Patient/Patientin Beschwerden offen ansprechen zu können ohne sie vorab an den Anderen – also den Arzt/die Ärztin – anpassen zu müssen (*„sie hat sich das angehört, auch wenn sie sich vielleicht denkt, na ja ich seh das jetzt vielleicht nicht so wie sie, aber sie sie hört sich 's trotzdem an“*).

Eine essentielle Erwartung mag im Prozess des Verstehens und der Verständigung in Gesprächen zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen liegen. Diese Erwartung bezieht sich sowohl auf die Versorgung Erwachsener als auch die von Kindern (vgl. z.B. W12/942-951). Dabei ist zum einen die Gestaltung des Gesprächsablaufs mit Facetten wie „gefragt werden“, „gehört werden“ und „ausreden

können“ bedeutsam, zum anderen auch der Aspekt sprachlicher Verständlichkeit. *„Und sie (eine homöopathisch tätige Ärztin, Anmerk. d. Verf.in) ist auch niemand, der jetzt irgendwie mit mit mit mit Ärztedeutsch um sich schmeißt ja. Also sie sie spricht in der Sprache, die ein normal Sterblicher, der nicht studiert hat, versteht (lacht). Was man ja bei manchen Ärzten (lacht) nicht das Gefühl hat. Also da ist, da ist eigentlich immer Verständigung da.“* (W2/1237-1242)

Die erlebte Intensität der Kommunikation, Verstehen und Verständigung als Ausdruck des Gefühls ernst genommen zu werden, befördern – so ist den Interviews zu entnehmen – Wohlbefinden und zugleich die Entwicklung von Nähe in der Arzt-Patienten-Interaktion. Es ist davon auszugehen, dass sich eine derart erlebte Gesprächskultur – in Verbindung mit den vorab beschriebenen Elementen von Praxiskultur – als vertrauensbildend und vertrauensförderlich zeigt. Abgeleitet aus den Interviews scheinen neben der kontinuierlichen Gestaltung von Versorgungsverläufen die in der Regel durch eine homöopathische Erstanamnese gekennzeichneten primären Begegnungen zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin von zentraler Bedeutung für die Vertrauensentwicklung zu sein.

### **Erstanamnese im Rahmen homöopathisch-ärztlicher Versorgung**

Die Erstanamnese wird von den Interviewpartnern und -partnerinnen unterschiedlich – im Spannungsfeld von befremdlich bis sehr interessant – erlebt. Auf der einen Seite versinnbildlichen die vom Arzt/von der Ärztin gestellten, detailreichen Fragen ein spezifisches ärztliches Interesse am Patienten/an der Patientin, auf der anderen Seite kann eine Auseinandersetzung mit diesen Fragen auch eine große Anstrengung darstellen.

*„Also mir ist damals aufgefallen, dass er (ein homöopathisch tätiger Arzt, Anmerk. d. Verf.in) praktisch den Menschen und auch die Erkrankungen sehr ganzheitlich gesehen hat. Also nicht nur die Erkrankung an sich, sondern auch was man für'n Lebensweg hat. Also er hat sehr viel gefragt ob von Kindheit, von Erkrankungen in der Familie auch und. Die Gespräche, das war öfter mal auch lang, also grade am Anfang auch, war ich da oft auch mal 'ne Stunde oder so da. Und das fand ich also so 'ne so 'ne Rundumbetreuung, das fand ich also für mich sehr gut.“* (W11/24-32) Und in einem anderen Interview heißt es dazu: *„Genau die Erstanamnese, das ist einfach zwei Stunden ein Ritt durch die komplette Vergangenheit. Und bei mir reichen zwei Stunden womöglich (lacht) gar nicht mehr. Und ich hatte da wirklich gar keine Lust, da noch mal einzusteigen und noch mal irgendwie bei den Großeltern meiner Eltern anzufangen und solche Geschichten.“* (W21/282-287) Die ausgewählten Zitate verdeutlichen das Spannungsfeld zwischen anregender und belastender Wirkung einer Erstanamnese. Explizit dann, wenn eine Erstanamnese als anstrengend erlebt wird, ist davon auszugehen, dass sie nicht beliebig oft – durch einen anderen Arzt/eine andere Ärztin – wiederholt wird. Anders ausgedrückt: Die einer Erstanamnese zugrunde liegende Intensität wie auch die thematische Intimität dürften beitragen zu einer Bindung der Patien-

ten/Patientinnen an die sie behandelnden Ärzte/Ärztinnen und damit auch ein wesentliches Element im Prozess der Entwicklung von Vertrauen ausmachen.

Deutlich wird in den Interviews ferner, dass die im Rahmen der Erstanamnese gestellten Fragen als ungewöhnlich und die gesamte Herangehensweise zunächst als befremdlich erlebt worden sind. Dazu verschiedene Beispiele aus den Interviews: *„Ja es war alles a bissle neu. Und ein homöopathischer Arzt stellt jetzt andere Fragen. Der hat dann z.B. beim Sohn wissen wollen, hat er denn eher Durst oder hängt er nachts 'n Fuß ausm Bett. Da hab ich gedacht, hoppla, was hat denn jetzt bitte 'nen Fuß der aus dem Bett hängt (lacht) mit so 'ner Erkrankung zu tun. Also er hat ganz ungewöhnliche Fragen gestellt für mein Empfinden. Inzwischen weiß ich natürlich, dass ein bestimmtes Krankheitsbild, oder ja sagen wir mal einer hat Schnupfen, den einen kratzt im Hals, dem anderen rennt dauernd die Nase also. Oder eben er fühlt sich heiß oder hat 'ne knallrote Backe. Da spielen Dinge 'ne Rolle, die in 'ner normalen Behandlung absolut net von Belang sind. Und des hat mich natürlich sehr verwundert. Und ich kam anfangs mit der Art von dem Arzt auch gar net zurecht, weil es war mir alles so 'n bissle zu psychologisch. Und der saß da und hat einen angeguckt. Und dann dacht ich, ich kam mir vor wie wie das Kaninchen vor der Schlange.“* (W14/113-129)

Und in einem anderen Interviews heißt es: *„Ja lächerlich eigentlich was er (ein homöopathisch tätiger Arzt, Anmerk. d. Verf.in) fragte. Ist so wie mei Frau so sagt, er fragt, des dauert erst e Weile, die die die Fragen was er (der Sohn, Anmerk. d. Verf.in) hat, besser durch kaltes Trinke besser durch warmes Trinke, von draußen nach drinne von drinne nach drauße. Ja und sein Stuhlgang, das ist ja fast immer äh äh äh des Normale. Und lauter so Sache, wo wo wo man da sitzt und weiß ich net. Ganz einfach banale Frage. Gehst zum normale Arzt ja, Kopf nach vorne, Kopf nach hinte, Druck okay, fertig. Aber er, das ist ja, ja des dauert 's lang, aber jetzt wissen mir schon was er frägt. Ja des ist also wie schon gesagt, die die die die Zusammenhänge, was er alles wisse will ja am Anfang denkt man wirklich, des kann gar net sein, das ja. Was weiß ich die Kopfschmerze oder die Sach mit mit 'm Stuhlgang zusammenhängt, aber ja. Dies ist, des ist das Einzige, was erschreckend ist, was er immer wisse will.“* (W22/145-158)

Die verschiedenen, detailorientierten und z.T. intimen Fragen der homöopathisch tätigen Ärzte/Ärztinnen im Rahmen der Erstanamnese werden als ungewöhnlich bzw. befremdlich erlebt, nicht zuletzt, weil sich Zusammenhänge zwischen den Beschwerden und den ärztlichen Fragen für die Patienten/Patientinnen nicht selbstverständlich erschließen. Dennoch scheint sich keine (dauerhafte) Abwehr gegen das ärztliche Vorgehen – z.B. im Sinne eines unangemessenen Eingreifens in die private Lebenswelt – zu entwickeln. Thematisiert wird ferner das Empfinden eines zu psychologisch orientierten Vorgehens des Arztes, daran festgemacht, dass der Arzt die Patientin während des Gesprächs angeschaut hat: *„Und dann dacht ich, ich kam mir vor wie wie das Ka-*

*ninchen vor der Schlange.“ (W14/128-129) Obschon als befremdlich erlebt, stellt die „homöopathische Art“ Fragen anzubringen einen Rahmen bzw. eine Basis dar zur verbindlichen Annäherung zwischen Patienten/Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen. Der Gesprächsmodus – explizit die zum Gespräch auffordernden Detailfragen – trägt ferner bei zu einer aktiven und folglich auch als individuell erlebten Beteiligung der Patienten und Patientinnen. Insofern dürfte der detaillierte Fragestil – als zentraler Bestandteil des Gesprächs – zur Vertrauensbildung beitragen. Es ist davon auszugehen, dass Vertrauen zur Beantwortung von Detailfragen und Detailfragen als „Instrument“ von Vertrauensbildung ineinander greifen. „Ja gut wir machen uns da keine Gedanken, weil wir wirklich des, der Arzt des Vertrauens ist also. Ich glaub wenn jetzt irgendein ein Fremder die Frage stellen würde, wie scho gesagt, komisch vorkommen, man weiß das des, dass er es einfach braucht zum zur Anamnese und. Es sind ja ja, keine all\_, das sind ja alltägliche Frage, zwar alle ein bisschen komisch für für Außsteh\_ Außenstehende, aber ja.“ (W22/287-293)*

Die patientenseitige Anerkennung der Notwendigkeit detailorientierter Fragen im Rahmen der Erstanamnese aber auch im Rahmen nachfolgender Konsultationsgespräche ergibt sich aus dem Argument, dass die derart erhobenen und zusammengefügte Informationen eine Voraussetzung für die Auswahl homöopathischer Medikamente darstellt. Vor diesem Hintergrund kann die dieser Vorgehensweise ebenfalls anhaftende psychologisch orientierte Komponente von Patienten und Patientinnen aufgegriffen werden, sie muss es jedoch nicht zwangsläufig. Deutlich wird einerseits eine Nähe, andererseits aber zugleich auch eine Abgrenzung von psychologischen Verfahren.

Auf der Basis der „langen Gespräche“, so Frau L, habe der Arzt „dann auch so angefangen, die entsprechenden Medikamente zu verschreiben“ (W11/32-34). Und in einem anderen Interview heißt es: „Nee, aber dass der Homöopath das richtige Mittel, zunächst muss er dich ja einschätzen können als Person, als Mensch, und dich dann ein bisschen, ein bisschen kennen lernen und da braucht es eine gewisse Beziehung – glaube ich einfach.“ (W9/179-182) Auch Herr A betont die Notwendigkeit detailorientierter Anamnesegespräche als Basis der Auswahl homöopathischer Medikamente. Jedoch grenzt er sich zugleich davon ab, dass diese Gespräche – jenseits der Medikamentensuche – einen weiteren Hintergrund oder einen weiteren Anlass haben. „Ja also mir ist es wichtig, dass die Ärztin weiß, dass da noch was anders ist (z.B. im Beruf oder in der Familie, Anmerk. d. Verf.in). Und ja, wie schon gesagt aus meiner Erfahrung heraus ist das wichtig, dass sie das richtige Medikament dann findet, jetzt um jetzt ausgerechnet unbedingt mit ihr darüber zu sprechen und mich auszuheulen oder. Das ist vielleicht nicht das richtige und ja sie fragt denn halt, wie geht's wie, Probleme mit dem Sohn grad oder. Und sagt man nee es ist nicht so, aber oder. Aber es ist nicht so, dass sie jetzt dann auf diese Probleme eingeht, sondern das sind alles mehr oder weniger so Randnotizen, wo sie sich da macht.“ (W1/640-649) Und weiter heißt es in dem

Interview: *„Mhm eigentlich, so seh ich das net. Weil wenn ich Probleme hab oder so, ist eher mein Raum, hier in der Familie mit meiner Frau drüber zu sprechen. Und da wird denn auch schon intensiver über so seelische Probleme gesprochen wie es jetzt beim Homöopathen ist oder, der Homöopath weiß, da ist was oder und kann dementsprechend darauf eingehen. Denk ich mal.“* (W1/655-660) Die ausgewählte Sequenz verdeutlicht eine klare Abgrenzung zu Problem erörternden Verfahren. Herr A teilt seiner homöopathisch tätigen Ärztin durchaus alle für sie seiner bzw. ihrer Meinung nach relevanten Facetten seines Lebensalltags mit, jedoch kommt es nicht zu einer Erörterung möglicher Konfliktlagen.

Inwieweit Gespräche über persönliche Konfliktlagen im Rahmen homöopathisch-ärztlicher Konsultationen tendenziell eher beschreibenden oder auch vordergründig erörternden Charakter haben, ist entlang der Interviews nur bedingt einzuschätzen. Auszugehen ist von einer Vielfalt unterschiedlicher Gestaltungsformen der Gespräche, die wiederum nicht losgelöst zu betrachten sind von Aspekten wie z.B. Geschlechterspezifik, Arbeitsstil, persönliche wie auch berufliche Präferenzen und Haltungen. Eine weitere Annäherung an die Thematik erfolgt über eine Auseinandersetzung mit den von Interviewpartnern und -partnerinnen beschriebenen Auswirkungen detailorientierter Konsultationsgespräche, explizit einer Beförderung von Selbstbeobachtung.

### **Selbstbeobachtung und Selbstreflexion**

Als dem Behandlungsprozess zugehörig wird von Interviewpartnern und -partnerinnen die Notwendigkeit kontinuierlicher Selbstbeobachtung beschrieben. *„Ja. Ich bin jetzt halt schon aufmerksamer, ich beobachte mich selber schon aufmerksamer ja. Am Anfang, wenn ich gefragt wurde, dann dann konnt ich oft mal au keine Antwort geben, weil ich's einfach net beachtet hab ne. Aber jetzt ja es, also wenn ich jetzt meine Globuli einnehme und dann beobachte ich schon, was verändert sich bei mir. Was verbessert, was verschlechtert sich oder so. Also man geht schon aufmerksamer einfach ja mit sich selber um ne und. Wobei ich muss sagen also, seit ich bei ihr bin ja, mir geht's eigentlich relativ gut (lacht) gell.“* (W6/207-215) Und in einem anderen Interview heißt es: *„Mehr denn, mehr denn, wenn du nur 'ne Schmerztablette nimmst oder 'ne Cortisontablette oder so. Dann musst, man muss sich ja, des ist ja auch das tolle irgendwie dabei, dass man sich, dass der Arzt, der Homöopath das auch erwartet, dass man sich selber sehr genau beobachtet und ihm dann mitteilt, was passiert. Also ich ich muss mich mit meiner Situation, meiner Krankheit auseinandersetzen und net nur 'ne wie gesagt nur 'ne Tablette nehmen und warten was passiert und es isch, hat wieder eigentlich net viel mit mir zu tun.“* (W9/490-498) Und eine weitere Interviewpartnerin legt ihre Eindrücke wie folgt dar: *„Also er er (ein homöopathisch tätiger Arzt, Anmerk. d. Verf.in) fragt einfach viel detaillierter und man achtet auf bestimmte Sache au ganz anders. Man versucht in sein Körper anders neizuhöre. Also was heißt neihöre ja, man*



*versucht ihn anders wahrzunehmen, damit man halt au entsprechend gut beschreiben kann wie sich da was anfühlt.“ (W5/411-416)*

Nicht nur im Rahmen der Erstanamnese sondern auch im fortlaufenden Behandlungsprozess scheint Selbstbeobachtung als zentrales Moment homöopathisch-ärztlicher Versorgung zu sein. Selbstbeobachtung und Selbstbeschreibung werden zu einem Element der Partizipation am Behandlungsprozess, der nur gelingen kann, wenn der Arzt/die Ärztin entsprechende Informationen seitens der Patienten und Patientinnen bekommt. Denkbar ist, dass detaillierte körperliche Selbstbeobachtung durchaus als Anregung zur Selbstreflexion gedeutet werden kann, zumal dann, wenn Wahrnehmung, Empfindung und damit auch Selbstdeutung körperlichen Erlebens – z.B. wann tritt was, auf welche Art und Weise auf – im Mittelpunkt der Gespräche steht. Auf diesem Wege entfaltet sich – quasi indirekt – auch eine psychische Dimension, die, ohne sie explizit benennen zu müssen, mit in den Versorgungsprozess einfließen kann. Trifft diese Annahme zu, so ist von einem niedrigschwelligen psychologisch orientierten Zugang zu sprechen, der bio-psycho-soziale Elemente auf spezifische Weise miteinander verbindet.

Die Notwendigkeit genauer Selbstbeobachtung, so Herr V, verdanke er der homöopathisch tätigen Ärztin. *„Und das hat unsre Hausärztin – oder mir zumindest – beigebracht. ‚Hören Sie in sich selber rein, machen Sie sich Gedanken über sich selber.‘ Das fängt Sport, Essen alles an. Und was man ihr dann weitergibt und erklärt und sagt, daraus kann sie gewisse Schlüsse ziehen, aber sie kann natürlich nicht alles im Grunde genommen erkennen. Also man muss sehr viel für sich selber auch tun. Man kann es nicht abladen auf die andere Seite und sagen, jetzt geh ich zum Arzt und der muss schon wissen, was gemacht werden muss, ja.“ (W16/549-558)* Anknüpfend an die erlernte Selbstbeobachtung, befördert der homöopathisch-ärztliche Behandlungsprozess sowohl die Ebene der Selbstreflexion als auch die der Selbstverantwortung (*„man muss sehr viel für sich selber auch tun“*) und scheint auf diesem Wege Einfluss zu nehmen auf lebensweltliches Handeln des Patienten (vgl. dazu auch Kap. 4.2).

Eine Anregung zur Selbstreflexion – so ein anderer Interviewpartner – ergebe sich auch durch eine Auseinandersetzung mit der Beschreibung homöopathischer Medikamente. Diese Beschreibungen hätten weniger stigmatisierenden denn zum Nachdenken anregenden Charakter. *„Das ist schon Faszination und Abwehr. Einerseits stimmt es vielleicht aber eigentlich dann doch nicht so. Ich mein, die Klassifikation finde ich jetzt auch nicht so, dass man fest, da festgeschrieben ist drauf. Es ist in der Situation, manches sieht man vielleicht bei sich und sagt na ja es stimmt okay es trifft zu oder es trifft auch nicht zu ja. Und bei manchen, wenn man es liest, kommt man vielleicht auch ins Nachdenken, ok, müsstest du vielleicht mal drüber nachdenken, ob dein Lebenswandel so adäquat ist oder ob du so weitermachen willst oder ob du da vielleicht was grundsätzlich ändern musst ja. Auch an der Geisteshaltung zum Thema Stress*

*z.B. ja, zu sagen okay, wenn man da jetzt schon 'nen Hinweis drauf kriegt, dass das vor allem ein Mittel ist, das bei Leuten wirkt, die sehr erfolgreich sein wollen so und dann muss man vielleicht schon mal hinterfragen, ja ok, vielleicht hat das was damit zu tun und vielleicht muss man denn auch was anders machen so.“ (W9/296-311)*

### **Kontinuierliche ärztliche Begleitung**

Als eine weitere Komponente ärztlicher Praxis- und Gesprächskultur zeigt sich die Thematik kontinuierlicher ärztlicher Begleitung. Entlang unterschiedlicher Erlebnisse beschreiben Interviewpartner und -partnerinnen inwieweit sie eine kontinuierliche ärztliche Begleitung (nicht nur im Rahmen von Homöopathie sondern auch im Rahmen schulmedizinischer Versorgung) erfahren haben. Gesprochen wird zunächst über den Wunsch nach kontinuierlicher ärztlicher Begleitung in Phasen hoher Krankheitsbelastung. *„Aber damals bin ich eigentlich eher zu dieser Ärztin weniger wegen der Allergien, sondern mehr eben um betreut zu sein, um wieder aus dieser Erschöpfung raus zukommen und und ja auch auch durch den Gedanken, ich will keinen Fehler machen. Ich will auch, ich mein ich lass regelmäßig den Tumormarker nachgucken, aber während meiner Zeit, wo ich mich halt so mit mit Krebs und Therapien, Krebstherapien, Chemo und eben andere Dinge beschäftigt hatte, hab ich den Satz gelesen irgendwo, Krebs ist wie eine Horde, wie eine Schar Vögel. Man scheucht sie auf der einen Stelle auf und sie setzen sich woanders wieder hin. Und das war so die, der Gedanke der, der da ist und und wo ich dachte ganz ohne Betreuung kann ich nicht, also ich brauch irgendwo irgendwen.“ (W21/244-256)* Die Gewissheit verlässlicher ärztlicher Begleitung – im Hinblick auf die Versorgung seines an Asthma erkrankten Sohnes – hat auch Herr A erlebt: *„Es war anfangs auch, ja während der Homöopathie mit unserem Sohn, auch eine harte Zeit, weil das nicht schlagartig ging, dass man das abgestellt hat. Und wir hatten da sogar von dem Dr. X seine private Telefonnummer, wir konnten ihn Tag und Nacht anrufen, weil die (gesundheitlichen Probleme) ja meistens in der Nacht waren. Und hatten eigentlich da immer Hilfe bekommen in Richtung Homöopathie, also mit Homöopathie, wo denn auch irgendwo geholfen hat.“ (W1/459-466)* Auf eine eher abstrakte Art und Weise beschreibt Frau H ihre Vorstellung von einer kontinuierlichen ärztlichen Begleitung, die für sie sowohl im Bereich von Homöopathie als auch im Bereich von Schulmedizin denkbar ist. *„Ich denke, es kommt drauf an, dass der Arzt auf seinen Patienten eingeht und ihn trägt oder ihn bei seinen bei seiner Heilung unterstützt. Das ist das Wesentliche da dran, und da denk ich mal, da ist es vielleicht nicht mal so ganz, fällt nicht mal so sehr ins Gewicht, ob's jetzt Homöopathie ist oder ob's 'ne 'ne andre Medizin ist. Wichtig ist dieses Verhältnis hier. Was den Heilungsprozess in Gang setzt. Nur kann ich das eben bei einem, der jetzt sagt ich mach jetzt Homöopathie, von dem kann ich es, er hat sich, ja wie soll ich es ausdrücken, er hat sich auf diese Ebene Ebene begeben, auf diese Bewusstseinssebene, wo so was stattfindet. Und hat denn vielleicht auch Patienten, die das mit so tragen, die es auch so sehen.“ (W8/561-572)*

Jenseits von Information und Entscheidungsbegleitung (vgl. Kap. 4.3.3.2), so ist den Interviews zu entnehmen, wird seitens der Patienten und Patientinnen ein ärztliches ‚Dasein‘, eine Begleitung und Bestärkung in Zeiten von Krankheitslast und damit verbundenen Unsicherheiten und Ängsten sowie eine Anerkennung patientenseitiger Krankheitsarbeit erlebt und gewünscht (W8/226-240). Der Prozess kontinuierlicher Begleitung gründet sich wesentlich auf die Bedeutung von Kommunikation und Interaktion im Rahmen von Versorgungsgeschehen.

Kontinuierliche ärztliche Begleitung findet entlang der Interviews aber auch einen Ausdruck in patientenseitigen Wünschen nach Beratung und Entscheidungsdelegation auf der Ebene sozialer Themen, wie z.B. bei Erziehungskonflikten. Erhofft werden letztlich eine ärztliche Begleitung in allen (schwierigen) Lebenssituationen sowie eine damit verbundene Hoffnung auf Entlastung. So erzählt Frau B im Interview beispielsweise von einer zurückliegenden Urlaubsreise. Entgegen der Versicherung des Reiseveranstalters ist die gebuchte Unterkunft nicht für Allergiker geeignet. Die Familie entscheidet sich trotzdem für eine Übernachtung in den Räumen, es kommt innerhalb weniger Stunden zu allergischen Reaktionen des Mannes und des Kindes. Infolge dieser Reaktionen entscheidet sich Frau B für einen Anruf bei ihrer homöopathisch tätigen Ärztin. *„Wir sind dann am Sonntag erst, war Sonntag, samstags kamen wir an, Sonntag war das, hab ich sie auf 'm Handy angerufen und hab gefragt was ich tun soll, was ich was ich was ich machen kann, da hat sie gesagt also das erste, was wir auf alle Fälle machen müssen ist, wir müssen aus diesem Zimmer raus, das zweite was wir machen müssen ist, wir sollen am nächsten Tag sofort zu 'nem Arzt und sollen danach gucken lassen, und wir waren dann montags in X-Land bei 'nem Lungenfacharzt, der 'n Lungenfunktionstest gemacht hat, und mein Sohn hatte 'ne Lungenkapazität grad noch von 45 %. Und daraufhin hab ich sie dann wieder angerufen und da hat sie gesagt, sie brechen sofort ab, sie kommen sofort nach Hause, ich schreib ihnen Atteste, alles Mögliche, sie kommen am nächsten Tag, am Dienstag, hat mir sofort 'n Termin gegeben. Sagt sie am Dienstag um halb neun stehen sie hier, und wir werden es weiter untersuchen und werden weiter schauen, was wir machen können und ich schreib ihnen die Atteste für die, für den Reiseveranstalter, sie müssen sofort abbrechen. Und das ist also auch wie gesagt was nicht jeder Arzt ist sonntags für seine Patienten zu erreichen. Also da ist ist auch bei ihr in in solchen Notfällen sie, da ist sie immer immer erreichbar, also das ist fantastisch.“* (W2/701-721) Neben einer umfassenden telefonischen Erreichbarkeit der homöopathisch tätigen Ärztin, scheint Frau B in der von ihr geschilderten Konfliktsituation insbesondere die dirigistisch anmutenden ärztlichen Handlungsanweisungen zu schätzen. Es ist zu vermuten, dass sich Frau B situativ überfordert gefühlt sowie Entlastung und Sicherheit in der ärztlichen Anleitung gefunden hat. Das vorab skizzierte Beispiel verdeutlicht den Wunsch, ein Arzt/eine Ärztin möge in Lebenssituationen, die als kritisch oder konflikthaft erlebt werden, sofort begleitend und

unterstützend zur Seite stehen. Die Wertschätzung bezieht sich dabei nicht nur auf die Qualität ärztlicher bzw. ärztlich-homöopathischer Behandlung, vielmehr geht es auch um Aufgaben wie Lebensberatung und Vermittlung von Sicherheit.

Weitere Beispiele für den Wunsch nach ärztlicher Begleitung sind im Bereich von Erziehungsberatung verankert. Dazu ein Ausschnitt aus dem Interview mit Frau O: *„Und diese Angstphase bei unsrer Tochter ist weg. Und da würd' ich jetzt eben auch mal sagen, hat der Arzt sehr gut reagiert. Der hat dann zu ihr gesagt, wie ich ihm das geschildert hab mit der Angst, dass die Eltern sterben könnten. Hat der gesagt Mädle, du hast 's Leben begriffen. Und des hat mich irgendwo beruhigt, dass er net wieder gesagt hat, ach Mensch jetzt komm, hör doch auf und du weißt doch so was passiert nur ganz selten. Der hat sie ernst genommen mit ihrer Angst, hat gesagt ich weiß, des kann passieren und du hast das Leben begriffen. Und dann hat der auch noch so schön zu ihr gesagt, dass Menschen die so empfinden, manchmal 'n bissle schwerer haben, aber auch leichter, weil sie viel mehr Gefühle von anderen z.B. wahrnehmen können und dadurch 'n reicheres Leben haben. Dacht ich des ist 'ne Aussage. Und ihr des net abgesprochen. Man hat's einfach manchmal Angst. Und es ist aber auch normal. Und im Gegenteil er hat noch zu ihr gesagt, du hast begriffen. Irgendwo war sie dadurch was Besonderes. Und dann dacht ich, die Methode ist eigentlich gar net schlecht. Und ja so mit dem sag ich mal mit vereinten Kräften kriegt man des doch dann hin, dass sie sich wohl fühlen. Und ja=a also.“* (W14/671-691) Dem Interview mit Frau M ist folgendes Beispiel zu entnehmen: *„Es ist nicht so, so einfach, weil meine Kinder sind grad eineinhalb Jahre auseinander. Es sind gleichgeschlechtliche, also beides Mädchen (lacht). Der Konkurrenzkampf ist extrem. Und die die Zweite macht äußerlich mehr, also sie will eigentlich stärker sein als die Erste und besser. Und dann sind solche Dinge, wie ich damit umgehen kann, um auch des Kind 'n bisschen freier werden zu lassen.“* (W12/126-133)

Neben der Möglichkeit, mit einem homöopathisch tätigen Arzt/einer homöopathisch tätigen Ärztin über Erziehungsthemen und -probleme zu sprechen, scheint es ferner den Wunsch nach ärztlicher Beratung, Unterstützung und ggf. auch Intervention zu geben (*„wie ich damit umgehen kann“* und *„mit vereinten Kräften kriegt man des doch dann hin“*). Auf diesem Wege erhalten homöopathisch tätige Ärzte/Ärztinnen die Rolle verlässlicher Begleiter oder auch Partner bei der Bewältigung von Alltagsproblemen. Offenbar kommt es zu einem Erleben gemeinsamer oder geteilter Verantwortung, was wiederum Gefühle der Entlastung und Entängstigung aufscheinen lässt. Einerseits mag diese Herangehensweise – ärztliches Aufgreifen psycho-sozialer, nicht medizinischer Themen – im Sinne so genannter „Ganzheitlichkeit“ gedeutet werden, andererseits liegt in ihr die Gefahr einer Pathologisierung und Medikalisierung alltäglicher, lebensweltlicher Handlungsebenen. Folglich bleibt zu erörtern, inwieweit – und in welchem Umfang – eine angefragte/angebotene ärztliche Zuständigkeit für tendenziell eher pä-

dagogisch oder auch psychologisch anmutende Fragen als sinnhaft oder angemessen erscheint. Anders ausgedrückt: Inwieweit sind jene Fragen oder Themen quasi selbstverständlicher, alltäglicher Bestandteil ärztlicher Konsultationen, inwieweit sind sie an die Betroffenen (in den vorher geschilderten Beispielen die Eltern) zurückzugeben oder auch Anlass für Empfehlungen zum Aufsuchen anderer professioneller Akteure und Akteurinnen z.B. aus den Bereichen Pädagogik und Psychologie?

Weitere Beispiele für den Wunsch nach ärztlicher Begleitung liegen auf der Ebene eigener beruflicher und/oder privater Problemlagen. Frau Z erzählt im Interview von vielfältigen Belastungen im Beruf. *„Es ging ja soweit, dass ich zum Schluss über den Arzt eigentlich so viel Kraft kriegt hab, der hat mir denn gesagt: ‚Jetzt so und jetzt machen Sie des so, dass wenn er Sie wieder ins Büro ruft, dann wird die Türe nicht zugemacht, des solle die andere mithören, was er Ihnen zu sagen hat, das ist Ihr gutes Recht. Oder Sie verlange von vornherein Zeuge.‘ Also er hat mich immer wieder uffbaut. Und ich hab denn au des tatsächlich gemacht.“* (W23/524-530) Und weiter heißt es: *„Und dann weiß ich noch, bin einmal vom Geschäft dann wieder zum Doktor und dann hat der gesagt: ‚Jetzt ist Schluss, Sie gehen dort nicht mehr hin, sonst gehen Sie kaputt.‘ Und ich hab's dann au gemerkt, dass es also jetzt wirklich an de äußerste Grenze war.“* (W23/538-542)

Von einer Phase hoher privater Belastung und einer sich daran anschließenden Empfehlung ihrer Ärztin spricht Frau M in der folgenden Interviewsequenz: *„Und (die Ärztin, Anmerk. d. Verf.in) dann schon auch drauf achtet, also vor vor fünf Jahren ist meine Schwiegermutter gestorben. Und da hat sie dann wirklich drauf gedrängt, dass ich jetzt in Kur geh, um einfach mal wieder auf die Beine zu kommen, weil sie auch festgestellt hat, ich nehme mir immer sehr oder ich mute mir sehr viel zu. Und da hat sie eigentlich so 'n bisschen die Hand der Schonung übernommen und geguckt, dass ich da weg komm. Und auch so, sie redet mir dann schon immer wieder ins Gewissen, auf was ich achten soll. Und das ist einfach angenehm.“* (W12/209-217) Abgeleitet von der Befürchtung, die private bzw. berufliche Situation könne sich ungünstig auf das gesundheitliche Befinden auswirken, scheint es zu ärztlichen Empfehlungen der Lebensgestaltung mit mehr oder weniger dirigistischem Charakter zu kommen (*„Jetzt ist Schluss, Sie gehen dort nicht mehr hin, sonst gehen Sie kaputt.“* und *„Und da hat sie eigentlich so 'n bisschen die Hand der Schonung übernommen und geguckt, dass ich da weg komm.“*). Erlebt wird die ärztliche Begleitung und Intervention weniger als bevormundender Eingriff in private Lebenszusammenhänge denn als entlastende und potentielle Zukunftsentscheidungen legitimierende Haltung. Wie bereits im Rahmen der Beispiele zum Thema „Erziehungsberatung“ dargelegt, erfolgt mit dem Wunsch nach ärztlicher Begleitung auch eine Verschiebung von Verantwortung; gewünscht wird, dass der Arzt/die Ärztin – bezogen auf bestimmte Lebensphasen und/oder Konfliktsla-

gen – Patienten und Patientinnen von ihrer Verantwortung eigener Lebensgestaltung (partiell) entlastet.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sich die dem Thema „kontinuierliche ärztliche Begleitung“ zugeordneten Beispiele im Spannungsfeld von gewünschter Unterstützung durch Anerkennung von Krankheitslast und Krankheitsarbeit bis hin zu Wünschen nach direktiven ärztlichen Handlungsempfehlungen bewegen. Dabei werden direkte Handlungsanleitungen weniger als Autonomieverlust denn als ein Gewinn an Verantwortungsentlastung bzw. ‚geteilter‘ Verantwortung erlebt. Deutlich wird ein Bedarf an erhoffter Lebensberatung und Lebensbegleitung, wobei zu erörtern bleibt, auf welche Art und Weise und durch wen dieser Bedarf zukünftig gedeckt werden kann oder sollte. Die vorab skizzierten Schilderungen aus den Interviews weisen darauf hin, dass sich auch im Kontext des Erlebens homöopathischer Behandlung und Beratung Fragen der Pathologisierung und Medikalisierung stellen.

#### **4.3.3.2 Diagnostische und therapeutische Versorgung**

Eine auf den Interviews basierende Auseinandersetzung mit dem Aspekt diagnostischer und therapeutischer Versorgung erlaubt eine Schwerpunktsetzung in unterschiedlichen Themenfeldern: die Gestaltung von Prozessen der Entscheidung für oder gegen bestimmte diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen, das diesen Entscheidungsprozessen zugrunde liegende patientenseitige Erleben, die Frage, aus welchen Gründen und mit welchen Zielen homöopathisch tätige Ärzte/Ärztinnen aufgesucht werden und nicht zuletzt, wie der jeweilige Behandlungserfolg von den Patienten und Patientinnen eingeschätzt wird. Um Wiederholungen im Rahmen der Ergebnispräsentation des Projektberichtes zu vermeiden, steht im Mittelpunkt dieses Kapitels ausschließlich das Thema „Entscheidungsprozesse sowie damit verbundenes patientenseitiges Erleben“. Erörterungen zum Themenfeld „Erleben von Behandlungserfolgen und auch -misserfolgen“ finden sich ausführlich in den Kapiteln 4.1 und 4.2. Als Vorbemerkung zur Auseinandersetzung mit dem Gegenstand der Gestaltung von Entscheidungsprozessen seien lediglich Grundmotive ärztlicher Versorgung aufgegriffen, die damit verbundene Hoffnung auf Heilung und auf Linderung von Beschwerden, die Verhinderung einer Verschlechterung des gesundheitlichen Empfindens sowie die Begleitung in Zeiten von Krankheit. Beispielhaft kommen diese Motive in den folgenden Zitaten zum Ausdruck: *„Dass mein Allgemeinbefinden so lange wie möglich gut ist. Und das ich Sachen, die sich vielleicht entwickeln oder anfangen, dass ich die vielleicht alle 'n bisschen aufhalten kann.“* (W17/542-544) Und in einem anderen Interview heißt es: *„Ja gut, die Erwartung ist natürlich, dass sie (eine homöopathisch tätige Ärztin, Anmerk. d. Verf.in) mir in der Situation helfe kann, in der ich jetzt bin. Dass sie mir einfach was erleichtert. Wenn ich zum Arzt geh, dann hab ich ja irgendwas. Und des isch was, wo halt verbessert werde soll. Ja also mit der Erwartung geh ich hin, dass sich da*

*was verändert.“ (W5/541-545) Erfüllen sich Behandlungserwartungen hingegen nicht, kann dies zu Gefühlen der Unzufriedenheit und des Zweifels bis hin zu einem Vertrauensverlust in die ärztliche Versorgung führen. „Also es ist, es ist einfach (7 Sek. Pause) 'n Vertrauensverlust jetzt passiert eigentlich (Pause), durch durch die Verschlechterung, durch das, dass sie halt (unverständlich) nicht viel tut. Wo sie ein bisschen was durchaus getan hat, aber das sind so die, sozusagen die die auch wieder so 'n paar Nebensymptome eigentlich, die sind verschwunden, aber die Hauptsache bleibt bestehen, da rührt sich nichts, im Gegenteil, es hat sich verschlechtert.“ (W21/746-753)*

Basierend auf der Samplebildung des Projektes sind alle Interviewpartner und Interviewpartnerinnen bzw. deren Kinder seit mindestens einem Jahr in einer homöopathisch-ärztlichen – in einzelnen Ausnahmen auch in einer naturheilkundlich-ärztlichen – Versorgung. Nicht zuletzt abhängig von den vorliegenden Beschwerden, nutzen die im Rahmen des Projektes interviewten Menschen in der Regel ebenso schulmedizinische Versorgungsangebote. Entweder werden diese auch von den homöopathisch tätigen Ärzten/Ärztinnen angeboten oder die Patienten und Patientinnen suchen ergänzend zur homöopathischen Versorgung auch schulmedizinisch tätige Ärzte und Ärztinnen auf. Mit diesem Modus der Versorgungsgestaltung haben die Interviewpartner und -partnerinnen bereits eine grundlegende Partizipation im Hinblick auf den Charakter ihrer aktuellen und zukünftigen Versorgung erwirkt. Wenn nun Fragen der Gestaltung von Entscheidungsprozessen fokussiert werden, dann bleibt zu erörtern, über welche Art von Entscheidungen innerhalb der Interviews gesprochen wird. Dort ist zum einen die Rede von der Entscheidung, (ab) wann eine schulmedizinische Versorgung – innerhalb bzw. ergänzend zur homöopathisch-ärztlichen – notwendig erscheint und welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen diese schulmedizinische Versorgung – im Verhältnis zu den jeweiligen Beschwerden – implizieren sollte. Zum anderen geht es in den Interviews auch um Entscheidungen rein homöopathisch-ärztlicher Versorgung, so z.B. um die Frage, ob und wenn ja welches homöopathische Medikament eingenommen werden kann oder sollte.

### **Grundverabredung: Homöopathie vor Schulmedizin**

Mit Beginn der Versorgung durch einen homöopathisch tätigen Arzt/eine homöopathisch tätige Ärztin kommt es – so ist den Interviews zu entnehmen – zur Aushandlung einer so genannten Grundverabredung zwischen den an der Konsultation beteiligten Akteuren und Akteurinnen. Diese Grundverabredung beinhaltet, dass die Versorgung zuvorderst homöopathisch erfolgen soll. Sofern sich die homöopathische Versorgung – im Verhältnis zu den gewünschten Versorgungszielen – jedoch als nicht ausreichend oder nicht angemessen erweist, werden ergänzend schulmedizinische Maßnahmen genutzt. So heißt es in einem der Interviews beispielsweise: *„Wir hatten das in dem Gespräch dann so besp\_ gesagt, dass er eben mir dann mitteilt, wenn er an seine*

*Grenzen stößt. Und auch ganz ganz klar sagen kann, so da müssen wir jetzt die normale Schulmedizin wieder reinnehmen. Und da er das ja auch ist, er ist ja, hat das ja auch alles gemacht also, da vertrau ich ihm dann eben voll, dass wenn was wäre, er mir das mitteilt und dann, dass wir dann auch die entsprechenden Sachen auch wieder gemeinsam in die Wege leiten würden.“ (W8/753-760) Und in einem anderen Interview heißt es: „Gut er (ein homöopathisch tätiger Arzt, Anmerk. d. Verf.in) fragt, ja gut uns nicht mehr. Am Anfang fragt er, was man habe will. Und uns fragt er schon gar net mehr, weil mir Homöopathie habe wolle.“ (W22/625-627)*

Der Prozess der Entscheidung über schulmedizinische Versorgungsnotwendigkeiten kann sowohl an Ärzte und Ärztinnen delegiert als auch von den Patienten/Patientinnen (bzw. den Eltern) selbst übernommen werden.

Das folgende Zitat spiegelt eine Entscheidungsdelegation wider. *„Also, also grundsätzlich ist es so, dass der erste Weg für uns grundsätzlich die Homöopathie ist. Und nur wie jetzt eben beschrieben letzten Monat diese Geschichte, dass dass sie (die Kinder, Anmerk. d. Verf.in) eben wochenlang Husten haben und wochenlang krank sind, wo sie (die homöopathisch tätige Ärztin, Anmerk. d. Verf.in) dann eben gesagt hat, sie ist der Meinung, sie stecken sich gegenseitig immer wieder an, und dass dann eben wirklich Antibiotika eingesetzt werden müssen, weil, klar das ist nun mal die Eigenschaft des Antibiotikas, es tötet ne alles ganz klar. Und also die Entscheidung an sich überlass ich schon ihr. Und ich hab da auch überhaupt keine Bedenken oder oder irgendwie Zweifel, dass sie jetzt da 'ne falsche Entscheidung trifft.“ (W2/582-593) Und weiter heißt es im Interview: *„Und die Entscheidung ist ist, das ist vollkommen ihre Sache, weil sie ist diejenige von uns beiden, die studiert hat, die sich da auskennt, die Medizin macht und, ich hab da auch überhaupt keinerlei Zweifel, ist das jetzt zu dem Zeitpunkt richtig oder ist das zu dem Zeitpunkt nicht richtig, weil sie ganz genau weiß, dass ich eben für mein Kind vor knapp sieben Jahren den Weg eingeschlagen hab zu ihr und dass dieser Weg für mich in erster Linie erst mal heißt, homöopathischer Weg.“ (W2/606-613)**

Während die grundlegende patientenseitige Behandlungsentscheidung durch die Auswahl eines Arztes/einer Ärztin getroffen wird, erfolgt zugleich eine Delegation über die Entscheidung, ob eine homöopathisch-ärztliche oder eine schulmedizinische Versorgung erforderlich ist. Dieses Vorgehen mag als eine Form „Partizipativer Delegation“ beschrieben werden. Begründet wird die Entscheidungsdelegation auf der Ebene spezifischer fachlicher Qualifikation, d.h. sie wird abgeleitet aus einer als Dualität erlebten Gegenüberstellung von Laien und Experten. Neben der Qualifikationsebene scheint in den Interviews als Erklärung für eine Entscheidungsdelegation ferner das Argument des Vertrauens in den Arzt/die Ärztin auf. So heißt es in einem Interview beispielsweise: *„Es halt nur wegen Vertraue. Das (der homöopathisch tätige Arzt, Anmerk. d. Verf.in) ist unser Mann.“ (W22/796)* Vertrauen wiederum ist nicht losgelöst zu be-



trachten davon, wie genau Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen einander kennen. Sich über lange Zeiten zu kennen, so eine aus den Interviews entnommene Überlegung, befördere die Qualität von Entscheidungsprozessen. *„Also ich denk mir mal, ein Vorteil ist, dass sie (eine homöopathisch tätige Ärztin, Anmerk. d. Verf.in) mich ja jetzt schon über 'n paar Jahre kennt. Und mich einfach vom vom Wesen her weiß, wie sie mich einschätzen kann, in welcher Situation sie ist. Und dann sind, find ich trifft man leichter Entscheidungen oder Empfehlungen, was, was ansteht.“* (W12/531-535)

Neben einer Delegation verweisen Darstellungen in den Interviews auch auf die Option einer eigenständigen Entscheidung über die Frage Homöopathie und/oder Schulmedizin. So hat sich Frau D zum Beispiel gegen die Empfehlung ihres homöopathisch tätigen Arztes und für eine schulmedizinische Behandlung ihres Kindes entschieden. *„Also es isch erst einmal, dass ich mir Gedanke mach. Und dann mit dem Arzt des absprech. Und aber eigentlich, ja, ich mein ich hab die Verantwortung für das Kind letzten Endes. Und mir vom Arzt in dem Gespräch Hilfe hol, um mei Meinung oder mei mei, des ist ja, um mei Meinung entweder zu festige oder dann au mal zu ändern. Und (4 Sek. Pause) ich mein bei der Tochter war's jetzt eher so, dass der Arzt gesagt hat warte ja und net schulmedizinisch eingreife. Und ich hab, aber gesagt hab, ich kann's net mehr oder will's net mehr verantworte, sondern ich möcht einfach dass mei Kind mit uns auf der Fahrradtour voll mitradeln kann und dass sie im Fußball voll mitrennen kann und net nur als Verteidiger hinten drin steht und langsamer tun muss. Sondern es isch ihr Kindheit, ihr Jugend wo ich möchte, dass sie mithalte kann. Und da war's dann mei Entscheidung, dass ich gesagt hab, jetzt doch die Schulmedizin dazu und net noch mal ein halbes Jahr und dann vielleicht noch mal ein halbes Jahr warte, sondern man kann ja die Homöopathie parallel fahre lassen. Aber manchmal quält man sich damit, was jetzt richtig isch, ja.“* (W4/642-659) Obwohl als schwierig erlebt, wird die Entscheidung nach Gesprächen mit dem homöopathisch tätigen Arzt patientenseitig eigenständig und entgegen der ärztlichen Empfehlung getroffen. Andere Beispiele für eigenständige Entscheidungen von Patienten und Patientinnen im Rahmen der Entscheidungslinie „Homöopathie oder Schulmedizin“ sind bereits im vorangehenden Kapitel (Kap. 4.3.2, Verbindungen von schulmedizinischer und homöopathisch-ärztlicher Versorgung) aufgegriffen worden. Dort ist zum Beispiel die Rede von einer antibiotischen Behandlung aufgrund einer Kehlkopfentzündung mit dem Ziel schnellstmöglicher Genesung, um sich aktiv im Arbeitsprozess einbringen zu können. Deutlich wird, dass die Entscheidung für ein schulmedizinisches Vorgehen sich verbindet mit spezifischen Versorgungszielen, die auf homöopathischem Wege nicht bzw. nicht zeitnah genug erreichbar erscheinen. Diese Diskrepanz wird zum Motiv, von homöopathisch-ärztlichen Empfehlungen abzuweichen. Der Moment der Abweichung markiert zugleich eine nicht vorhandene Passung zwischen ärztlicher und patientenseitiger Einschätzung eines Versorgungsprozesses.

### Abwägung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen

Als ein fundamental wichtiges und vertrauensförderliches Anliegen wird in den Interviews eine als gründlich erlebte Diagnostik beschrieben, die sich verbindet mit dem Empfinden gut versorgt worden zu sein (vgl. dazu auch Kap. 4.3.2). Frau P charakterisiert ihren homöopathisch tätigen Arzt zum Beispiel mit folgenden Worten: *„Hab immer gesagt also, Geschmäcker sind verschieden, aber was er kann ist, und des ist das A und O eine Superdiagnose. Also er erkennt es gut und hat 'n gutes Händchen für die Therapie. Du musst halt mit neipacke, dass er net grade so a Sunnyboy isch, also.“* (W15/435-439) Doch nicht immer werden Diagnostik und Therapie bei homöopathisch tätigen Ärzten und Ärztinnen durchgeführt. Finden diese an anderen Orten des Versorgungssystems statt, zum Beispiel im Krankenhaus oder bei anderen niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen, so nutzen Patienten und Patientinnen Beratungsmöglichkeiten im Kontext ihrer homöopathischen Versorgung. *„Also ich bezieh meinen Homöopathen durchaus auch in die gesamte Behandlung mit ein, auch wenn jetzt nicht unbedingt Homöopathie angesagt ist, aber wenn der Schulmediziner mir sagt, du musst jetzt das und das machen, und ich find 's irgendwie komisch oder es geht, bin mir unsicher, dann ruf ich an oder machen wir 'n Termin und und besprech das da mal. Und dann auch mitzukriegen, ist das wirklich notwendig, braucht man des jetzt, muss des sein oder kann man sich des auch sparen und anders entscheiden so. Da geh ich bei Bedarf auf ihn zu, um das dann noch mal abzuklären, einfach um 'ne zweite Meinung einzuholen.“* (W9/1173-1183) Der homöopathisch tätige Arzt wird verstanden im Sinne einer unterstützenden Begleitung im Prozess der Entscheidungsfindung. Gewissermaßen wird ihm die Rolle eines ‚Verbündeten‘ in der Auseinandersetzung mit schulmedizinischen Empfehlungen zugesprochen, was wiederum zu einer Festigung der Arzt-Patienten-Beziehung beitragen dürfte. Dabei gilt es, an anderer Stelle im Versorgungssystem ausgesprochene ärztliche Empfehlungen zu erörtern.

Ein ähnliches Vorgehen wählt auch Frau R. Sie ist an Brustkrebs erkrankt und erhält, nach Durchführung von Operation und Chemotherapie, die Empfehlung einer Strahlentherapie. Während ihr Gynäkologe ein abwägendes Gespräch über Vor- und Nachteile einer Strahlentherapie abzuwehren scheint, findet Frau R in ihrem homöopathisch tätigen Arzt einen unterstützenden Gesprächspartner. *„Aber ich hab dann mit meinem Hausarzt zusammen und besprochen, dass ich die Bestrahlungen nicht mach.“* (W18/905-907) Und weiter heißt es: *„Und dann hatte ich, der Frauenarzt hat gesagt, er hält sich da raus. Wenn die des so im Krankenhaus sagen man soll's machen da, muss ich 's entscheiden. Und ich hatte aber mit meinem Arzt der sich die Zeit dazu genommen hat, um die Sache, er hat gesagt, die Risiken sind natürlich und dann haben wir ein Gutachten eingeholt. Ich bin dann beim e Arzt gewesen von der U-Klinik in A-Stadt. Da gibt's so e Klinik, wie heißt denn die, die gucke dir noch manche Sachen noch mal ganz anders an. Und da hatte die, haben sie Unterlage, da habe ich denen das gesagt und alles drum und dran und die haben mir auch abgeraten davon. Die be-*

*handeln natürlich au nur homöopathisch oder des ist noch mal bissle was anders dies Anthroposophische ist au pflanzlich also, aber auf alle Fälle. Und die hatten mir damals au abgerate. Und deswegen hab ich das au net machen lasse von daher. Und ich bin eigentlich froh im Nachhinein, (...).“ (W18/918-935) Gemeinsam mit dem Hausarzt bespricht Frau R, an wen sie sich wenden kann, um weitere Einschätzungen zu ihrer gesundheitlichen Situation, verstanden als eine Informationsbasis im Rahmen der Gestaltung ihres Entscheidungsprozesses, einzuholen. Das in einer anthroposophisch orientierten Klinik erstellte Gutachten gibt letztlich den Ausschlag, sich gegen die Strahlentherapie zu entscheiden.*

Ein weiteres Beispiel für eine Beratung im homöopathischen Versorgungskontext ist dem Interview mit Frau I zu entnehmen, die ihren homöopathisch tätigen Arzt hinsichtlich der Behandlung nach einem (wiederholten) Hörsturz kontaktiert. *„Das letzte Mal, bei meinem letzten Hörsturz hab ich ihn gefragt, ob ich da jetzt, was gibt's denn da, da gibt's so 'n Medikament, das man da nimmt. Oder da gibt's so Infusionen gell. Ich hab ihn gefragt: ‚Würden Sie das machen?‘ Sagt er: ‚Nee, nee lassen Sie das. Das bringt jetzt nichts, so wie's jetzt isch.‘ Genau denn bin ich, das war denn okay, da wusste ich einfach, das bringt jetzt grad nichts und des, ja.“ (W9/1189-1195)*

Die vorab skizzierten Beispiele verdeutlichen, dass im Rahmen der Gestaltung von Entscheidungsprozessen Angebote schulmedizinischer Diagnostik und Therapie (z.B. Strahlentherapie) mit Beratungen im homöopathisch-ärztlichen Versorgungskontext verbunden werden. Zunächst offenbart diese Herangehensweise den Patienten und Patientinnen die Möglichkeit aktiver Mitgestaltung ihrer Versorgungssituation. Sie selbst werden aktiv und suchen das Gespräch mit ihren jeweils behandelnden homöopathisch tätigen Ärzten und Ärztinnen. Das Partizipationserleben findet z.B. seinen Ausdruck in der Formulierung *„Also ich bezieh meinen Homöopathen durchaus auch in die gesamte Behandlung mit ein“ (W9/1173-1175)*. Deutlich wird, dass sich ein Gefühl der Handlungsautonomie entlang einer Verknüpfung von Schulmedizin und ärztlicher Homöopathie entfalten kann. Zugleich bleibt zu bedenken, dass die Auswahl der Beratungsorte bzw. der beratenden Ärzte und Ärztinnen bereits eine Entscheidungstendenz vorgibt. So ist z.B. zu vermuten, dass eine Bestätigung einer bereits vorhandenen Abwehr gegen eine Strahlentherapie im Vergleich eher in einer anthroposophisch denn in einer schulmedizinisch orientierten Klinik zu finden ist.

Des Weiteren ist zu hinterfragen, inwiefern die im Rahmen homöopathisch-ärztlicher Beratung erhaltenen Empfehlungen auch einen direktiven Charakter haben (z.B. die Empfehlung, keine schulmedizinischen Medikamente zur Behandlung bei einem Hörsturz einzunehmen, die scheinbar unhinterfragt aufgegriffen und umgesetzt wird). Diese, entlang der Interviews entstandene Beobachtung lässt die Vermutung entstehen, dass homöopathisch-ärztliche Versorgung in bestimmter Weise auch im Sinne einer Kontinuität für eher direktiv-ärztliche Vorgehensweisen verstanden werden

kann und damit gewissermaßen eine überraschende Vereinbarkeit von traditioneller und moderner Arzt-Patienten-Beziehung markiert. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit dieser Annahme ist entlang des vorliegenden Projektes nicht machbar, notwendig bleiben weiterführende Untersuchungen und Analysen.

Deutlich geworden ist, dass die Suche nach Beratungsgesprächen in homöopathisch-ärztlichen Kontexten die Hoffnung auf Entscheidungsbegleitung und damit verbunden auch eine Aussicht auf Entscheidungsentlastung implizieren. Ebenso verknüpft sind Beratungsgespräche dieser Art mit einem Wunsch nach Informationen. Beispielhaft sei dazu eine Sequenz aus dem Interview mit Frau L dargelegt: *„Es ist nur, es ist mir aufgefallen, seit ich den Diabetes hab und seit der behandelt wird und ich bin damals auch gleich zu dem Dr. Y (einem homöopathisch tätigen Arzt, Anmerk. d. Verf.in), das war meine erste Anlaufstelle. Und er hat mir also auch viel gesagt, was mir die Schulmediziner nicht gesagt haben, also mit Ernährung, mit Bewegung, was ich eben alles auch so selbst machen kann. Und das war für mich also sehr wichtig was, was er mir alles so mitgegeben hat.“* (W11/277-289)

### **Entängstigung im Rahmen homöopathisch-ärztlicher Versorgung**

Neben Beratung und kontinuierlicher Begleitung ist in den Interviews ferner die Rede von erlebter Entängstigung im Rahmen homöopathisch-ärztlicher Versorgung. Herr J erhält von einem schulmedizinisch tätigen Orthopäden auf Grund eines Bandscheibenvorfalles eine als dringend erlebte Empfehlung zur Operation. Zur weiteren Beratung sucht er einen homöopathisch tätigen Arzt auf und beschreibt sein dortiges Erleben mit den folgenden Worten: *„Ich kann heut aber nicht mehr ganz genau sagen, was der, was der mich so gefragt hat. Auf jeden Fall hat er mich glaub ich ziemlich von der von der Panik runtergeholt, die ich dann hatte nach dem Besuch beim Orthopäden so zum Thema also alles ganz schlimm und können wir eigentlich (Einwurf der Ehefrau: Rollstuhl) gleich, gleich 'nen Sarg, Deckel drauf machen so. Also erst einmal Hoffnung vermittelt, das kriegen wir schon hin und er würde jetzt auch nicht so Panik machen und, auch so (unverständlich) so ein bisschen, bisschen anders sortiert. So, also. Des war eben eben das Schöne, dass er als Schulmediziner, der er ja auch ist, dass er einsortieren kann, also dass er wohl auch sagen wir mal schulmedizinische Meinungen gut einsortieren kann, was der Kollege da wohl gemeint hat oder was auch nicht.“* (W9/249-266)

Auch Frau O erlebt – im Vergleich von Konsultationen beim früheren schulmedizinisch tätigen Kinderarzt und beim jetzigen homöopathisch tätigen Kinderarzt – eine Entängstigung. Diese gründet sich vorwiegend auf eine vom Arzt wie von der Patientin geteilten Risikoeinschätzung bezüglich Verletzungen oder Beschwerden im Kindesalter. Im Rahmen schulmedizinischer Versorgung hat es hingegen Unterschiede in der Risikoeinschätzung gegeben, die zu Verunsicherung und Angstentwicklung bei Frau O

– als Mutter des Patienten – geführt haben. *„Der frühere (schulmedizinisch tätige, Anmerk. d. Verf.in) Arzt ist sehr gewissenhaft gewesen, der war sag ich jetzt mal in der Hinsicht das andre Extrem, dass er wirklich nach jedem Pups geguckt hat. Und da bin ich mit schweißnassen Händen in die Praxis und hab gedacht oh Gott was hast du jetzt wieder falsch gemacht, das arme Kind und. Haben sie mir Vorwürfe gemacht, weil der Sohn einmal gespuckt hat und ich net sofort gekommen bin. Und der Sohn war als Säugling schon mal in der Klinik wegen 'nem Brechdurchfall. Also ich hab auch gewusst, ab wann 's kritisch wird. Und ich hab irgendwo 'n bissle dann das Vertrauen verloren, dass ich das selber noch bei ein\_ einschätzen kann. Ich war nervös, ich hab gedacht, schnell zum Doktor och Gott, der hat sich 's Knie aufgeschlagen. Das hat einmal ganz blöd ausgesehen und dann sind mir sofort zum Arzt. Na hab ich gedacht, hätt 's doch einfach 'n bissle an der Luft trocknen lassen, dann wär' das schön verkrustet. Und des hat mich richtig verrückt gemacht, dieses übertriebene. Weil ich hab eigentlich als Mutter doch 'n ganz ordentlichen Instinkt, ab wann 's pressiert, ab wann man mit seinem Kind zum Arzt muss und inzwischen sehe ich das etwas lockerer und - deutlich lockerer - und ich trau mir eben auch zu, dass ich bei 'ner Erkrankung erst mal selber in meinem Buch nachguck', was passt. Und inzwischen kommt es recht häufig vor, dass der (homöopathisch tätige, Anmerk. d. Verf.in) Arzt dann sagt, Mensch haben sie genau das richtige (unverständlich). Und das hat mich bestärkt. Und ich sehe manches jetzt doch mit etwas mehr Gelassenheit und jeder fliegt mal hin und jeder ist mal krank. Und des sollte eigentlich auch kein Problem sein.“ (W14/702-728)*

Die den Interviews entnommenen Beispiele verdeutlichen ein weiteres Mal die Notwendigkeit einer „Passung“ zwischen dem Erleben der Patienten/Patientinnen bzw. der Eltern auf der einen und den ärztlichen Deutungen des Krankheitsgeschehens auf der anderen Seite. Im Empfinden von Herrn J (Interview W9) eröffnet sich im Gespräch mit seinem Arzt die Möglichkeit, einen Behandlungsversuch jenseits einer schulmedizinisch empfohlenen Operation zu unternehmen. Diese Option entspricht den Vorstellungen des Patienten, die sich daraus ergebende Passung in der Arzt-Patienten-Beziehung trägt zur patientenseitigen Entängstigung bei (ohne dass die Möglichkeit einer Operation grundsätzlich negiert und ausgeschlossen worden ist). Entscheidend dürfte in diesem Prozess auch der Faktor Zeit sein, insbesondere die Zeit, sich mit dem erlebten Krankheitsgeschehen auf die jeweils eigene Art und Weise befassen zu können. Dazu heißt es im Interview mit Frau P: *„Und des Nichtabwarten, also des ist wirklich der Unterschied zwischen diesen homöopathischen Ärzten, die tatsächlich sagen, da müssen wir erst mal zuwarten oder gucken wie es sich entwickelt oder bis der Befund da ist und dann geht's weiter. Und da ist es, dass sofort geschossen wird.“ (W15/684-689)*

Auch im Beispiel von Frau O kommt es zu einer Passung zwischen der patientenseitigen und der ärztlichen Einschätzung. Geteilt wird eine übereinstimmende Risi-

koeinschätzung, die nicht nur zu Entängstigung führt sondern darüber hinaus auch das Vertrauen in die Selbsteinschätzung – hier bezogen auf die Bewertung der gesundheitlichen Situation des Kindes – befördert.

### **Entscheidungsprozesse im Kontext homöopathischer Behandlung**

Neben Gesprächen über Notwendigkeit und Modus einer (parallelen) schulmedizinischen Versorgung stehen im Mittelpunkt der Konsultationen bei homöopathisch tätigen Ärzten und Ärztinnen auch Fragen der Verordnung und Einnahme homöopathischer Medikamente. Dabei interessiert, wie entsprechende Verordnungen in der Arzt-Patienten-Beziehung verabredet werden. Das den Interviews entnommene Spektrum an Gestaltungsvarianten erstreckt sich von unhinterfragter Akzeptanz ärztlicher Verordnungen über die Beschreibung partizipativer Elemente bei der Medikamentenauswahl bis hin zu einer Skepsis gegenüber einer Einnahme der ärztlich empfohlenen homöopathischen Medikamente.

Herr A begründet seine unhinterfragte Akzeptanz ärztlich homöopathischer Verordnungen zum einen mit dem Hinweis auf ärztliches Vertrauen und zum anderen mit einem Vergleich zur Schulmedizin, in deren Rahmen eine patientenseitige Mitsprache bei Medikamentenverordnungen ebenso unüblich sei. *„Ja des läuft insofern ab, dass sie (eine homöopathisch tätige Ärztin, Anmerk. d. Verf.in) die Befragung macht. Sie schaut denn unter Umständen in den Hals oder sonst was, oder schreibt denn auch das EKG und denn sagt sie, sie gibt mir was. Und ja. Und denn nehm' ich das, also ich sag denn nicht, das will ich nicht oder ich will was anders oder. Ich hab da so viel Vertrauen zum Arzt. Und ich denk mal, das ist auch wichtig, dass man des hat zu so 'm Arzt. Wenn ich da zurückdenke an meine frühere Zeit, da wenn ich da zum Hausarzt ging mit Schnupfen und so weiter war das erste Antibiotika. Wenn's nicht besser ging, die zweite Antibiotika. Und da ist auch nicht gefragt worden, willst du es oder willst du es nicht, sondern na ja das ist Grippe gibt nur Antibiotika so ne.“* (W1/670-681) Neben Vertrauen in die ärztliche Entscheidungsqualität bei der Auswahl homöopathischer Medikamente findet sich in einem anderen Interview auch die Begründung, dass die Verordnung homöopathischer Medikamente im Vergleich zur Verordnung allopathischer Medikamente als weniger *„tief greifend“* (W11/550) erlebt wird. Insoweit sei eine Partizipation in dieser Frage weniger bedeutsam.

Ein Erleben von Partizipation im Rahmen der Verordnung und Einnahme homöopathischer Medikamente – so eine weitere Perspektive – ergibt sich zunächst durch Selbstbeobachtung und Selbstbeschreibung als Grundlage homöopathischer Medikamentenauswahl wie auch als Basis für die Gestaltung des weiteren Versorgungsgeschehens. Dieser Aspekt ist bereits ausführlich beschrieben worden (vgl. Kap. 4.3.3.1). Darüber hinaus werden Partizipationsmöglichkeiten dargelegt entlang der Option, Einfluss auf die Dosierung der verordneten homöopathischen Medikamente zu

nehmen (vgl. dazu auch Kap. 4.1.2). *„Und sie (eine homöopathisch tätige Ärztin, Anmerk. d. Verf.in) gibt dann dann ein kleines Döschen mit mit noch Globulis und sagt also, wenn sie das Gefühl haben, sie brauchen noch mal 'ne Gabe, dann nehmen sie des und wenn's gut ist, dann ist gut, dann ist umso besser. Und wenn's nicht wirkt, dann müssen wir sowieso noch mal drüber sprechen.“* (W16/888-892)

Zur Abrundung der vorgestellten Thematik sei ferner ein Beispiel expliziert, in dem es um Zweifel an einer homöopathischen Medikamentenverordnung geht. *„Und wie gesagt, die Medikamente, die sie (eine homöopathisch tätige Ärztin, Anmerk. d. Verf.in) mir da gesagt hat, die geb ich de Tochter. Ich hab's dann erst net gebe, weil ich dacht hab ja hm, muss ja au net gleich mit Medikamente gebe. Irgendwie ist des so komisch. Und muss ich sie jetzt da gleich mit was vollpumpe. Sie hat ja eigentlich nix. Und dann hat sie aber irgendwie so wie so Verschleimung ket. Und da hab ich bei der Ärztin noch mal angerufe und da hat sie mich gefragt, ob ich ihr die Kügele gebe. Haben wir gesagt, nei die haben wir noch net gebe. Sagt sie ich soll erst die Kügele gebe, sie ist sich sicher, dass spricht an und wenn net, soll ich mich noch mal melde. Und dann hab ich, dann geb ich ihr des ist des Mittel A und Mittel B.“* (W5/150-172) Begründet mit dem Empfinden einer als unangemessen erlebten Medikalisierung, lehnt Frau E die Einnahme homöopathischer Medikamente bei ihrer Tochter ab, zumal diese keine Anzeichen von Erkrankung zeige. Erst als Beschwerden auftreten, kommt es – nach erneuter Rücksprache mit der Ärztin – zur Einnahme der Medikamente. Jedoch ist vorab Abstand genommen worden von einer unhinterfragten Akzeptanz der homöopathisch-ärztlichen Verordnung.

### **Abschließende Überlegungen**

Vielfältig zeigt sich in den Ausführungen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner das Bedürfnis nach und das Erleben von Partizipation im Rahmen der Gestaltung von Versorgungs- und explizit von Entscheidungsprozessen. Erleben und Bedürfnisse spiegeln sich wider in der Auswahl von Ärzten und Ärztinnen, in der gemeinsamen Abstimmung von Grundverabredungen für die Versorgungsgestaltung wie auch in der Inanspruchnahme von Beratungsgesprächen durch homöopathisch tätige Ärzte und Ärztinnen. In allen genannten Bereichen wird der Aspekt des Vertrauens in ärztliches Handeln als Voraussetzung für zufriedenstellende Versorgungsprozesse angesprochen. Damit es zu einer gelingenden Passung zwischen Versorgungsangebot und Versorgungsbedarf kommen kann, braucht es jedoch nicht nur Vertrauen in ärztliches Handeln sondern wesentlich scheint ferner die Entfaltung von wechselseitigem Vertrauen in Arzt-Patienten-Beziehungen zu sein. Frau R beschreibt die Notwendigkeit eines wechselseitigen Vertrauens mit folgenden Worten: *„Und dieser eine, das war so ein guter Internist hab ich gehört. Aber wenn der sagt des kann net sein (dass die Patientin aufgrund befürchteter Unverträglichkeit keine Antibiotika einnehmen möchte, Anmerk. d. Verf.in), dann hab ich kein Vertraue zu dem Arzt. Er zu mir ja au net. Wenn*

*ich ihm was sag, dann muss er ja mir au vertrauen, dass des stimmt, was ich ihm sag gell. Denn ich mein der Arzt kann ja au net, er muss sich ja au auf den Patient verlassen, dass er richtig sagt gell.“ (W18/496-502)* Im Rahmen dieser als misslungen erlebten Begegnung ist es nicht zu einer Passung zwischen Versorgungsangebot und Versorgungsbedarf gekommen. Eine solche Passung, zum Beispiel beschrieben entlang der Reflexion von Risikoabschätzungen und daraus abgeleiteter Handlungsnotwendigkeiten, aber scheint eine Basis für das Gelingen von Versorgungsprozessen darzustellen, die seitens der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen auch als gemeinsam gestaltete und gemeinsam zu bewältigende „Versorgungsarbeit“ erlebt und verstanden werden. Das Gelingen der Versorgungsarbeit wiederum befördert den Prozess der Vertrauensbildung und Vertrauensentwicklung.



## **5 Resümee**

Mit dem Resümee des Abschlussberichtes wird die Zielsetzung des Projektes – weiterführende Erkenntnisse für die kommunikative und interaktive Gestaltung von Versorgungsprozessen im Rahmen „konventioneller“ wie „komplementärer“ Versorgungsangebote zu gewinnen – in den Mittelpunkt einer zusammenfassenden Erörterung gerückt. Das aus drei Abschnitten bestehende Resümee beinhaltet eine Zusammenfassung der Ergebnisse aus den einzelnen Auswertungskapiteln (Kap. 5.1), eine weiterführende Interpretation und Diskussion der dargelegten Untersuchungsergebnisse (Kap. 5.2) sowie abschließende Anregungen für ärztliche Fort- und Weiterbildung (Kap. 5.3).

### **5.1 Zusammenfassungen der Ergebnisse**

#### **5.1.1 Zusammenfassung Kapitel 4.1: Das Besondere der Homöopathie: Zugangswege und Behandlungsrahmen**

Es gibt zahlreiche Motive und Zugänge zur Homöopathie, die sich hauptsächlich aus den positiven Erfahrungen in Familie und Bekanntenkreis, den negativen oder unbefriedigenden Erfahrungen mit der Schulmedizin, einem grundsätzlichen Bedürfnis nach umfassender Behandlung oder durch den Zufall speisen. Überwiegend wird nicht gezielt ein homöopathisches Setting aufgesucht, sondern ein Setting, in dem mit den Patienten respektvoll umgegangen wird, deren Erfahrungen ernst genommen werden, eine nebenwirkungsarme Therapie verordnet wird, die einzelnen Krankheitssymptome in einem Zusammenhang gestellt werden, die Krankheitssymptome wirkungsvoll gelindert werden und die Lebensqualität gesteigert wird. Die Homöopathie scheint sich hier als ein Behandlungskonzept anzubieten, das diesen Bedürfnissen aus Sicht unserer Interviewpartnerinnen gerecht werden kann.

Das homöopathische Setting wird auf unterschiedlichste Art und Weise als wirksam wahrgenommen. Die Wirksamkeitserfahrungen beziehen sich auf so verschiedene Aspekte wie die differenzierte umfassende homöopathische Anamnese, die Wahrnehmung einer individualisierten Therapie, den Prozess der Arzneimittelfindung und die Übergabe der Globuli, aber auch auf die intensive persönliche Betreuung, die Unterstützung und Ermunterung zur eigenständigen Anwendung der Mittel, die Einbeziehung in den Prozess der Mittelfindung durch die Aufforderung der Selbstbeobachtung, und die hohe Wertschätzung der persönlichen Wahrnehmungen.

Eine Wirksamkeit wird dem homöopathischen Setting in vielfältiger Weise zugeschrieben. So werden positive Auswirkungen auf die Lebensqualität und auf chronische Krankheiten geschildert oder über die positive Beeinflussung akuter Zustände, die

Milderung von Nebenwirkungen und die Reduzierung von Angstzuständen berichtet. Andere, nicht heilbare Erkrankungen werden als besser handhabbar wahrgenommen und dominieren nicht mehr vollkommen das Familienleben. Diese positiven Entwicklungen finden zum Teil entgegen den Erwartungen der Patienten und Patientinnen statt und tragen dadurch zu einer primären Vertrauenshaltung gegenüber der Homöopathie bei. Die wahrgenommenen Wirksamkeitsdarstellungen sind teilweise eingebettet in die Schilderung von spezifischen Einnahmeritualen der Globuli, so dass hier zu der Mitteltgabe die symbolische Wirkung der Bedeutungszuweisung sowohl durch die Patienten und Patientinnen als auch durch den Arzt oder die Ärztin hinzukommen scheint. Patienten schildern – als Heilungsgeschichten gedeutet – das kurzfristige Wiederaufleben früherer Symptome bis hin zur Genesung.

Die Homöopathie wird überwiegend als nebenwirkungsfrei oder nebenwirkungsarm wahrgenommen. Pharmakologische Nebenwirkungen werden von homöopathischen Nebenwirkungen unterschieden – wenn sie überhaupt wahrgenommen werden. Erfahrungen mit unerwünscht heftigen Reaktionen auf homöopathische Mittel werden zum Teil als Bestätigung der Wirksamkeit der homöopathischen Mittel gesehen oder führen zur Absetzung des Mittels. Als Überdosierung wahrgenommene Reaktionen werden als unsachgemäße Anwendung durch Laien interpretiert.

Patienten und Patientinnen führt die Angst vor pharmakologischen Nebenwirkungen zur Homöopathie. Sie entscheiden sich (vermutlich auch auf Grund mangelnder Informationen, die ihnen beim Abwägen der Vor- und Nachteile der jeweiligen Handlungsoptionen behilflich sein könnten) intuitiv gegen schulmedizinische Medikamente, auch wenn sie ihre eigene Lebensqualität dadurch unter Umständen einschränken. Interviewpartner/-innen mit chronischen Erkrankungen versuchen, sich so vor möglicherweise vermeidbaren Belastungen durch die langjährige Einnahme von Medikamenten zu schützen und sehen in der Vermeidung von nebenwirkungsreichen Medikamenten ihren persönlichen Beitrag zu ihrer Gesunderhaltung.

Grenzen der Wirksamkeit werden unterschiedlich geschildert. Zum einen gibt es unterschiedliche Vorstellungen, wann die Grenzen der Homöopathie erreicht sind und ein homöopathischer Behandlungsversuch gar nicht gemacht wird (Migräne, Hirntumor, Schuppenflechte, Diabetes mellitus). Andere Darstellungen schildern das detaillierte Aushandeln und Ringen um die Vermeidung von schulmedizinischen Interventionen (Bestrahlung im Anschluss an eine erfolgte Operation bei Schilddrüsenkrebs). Eine weitere Grenze wird gesehen, wenn das geeignete Mittel nicht gefunden werden kann. Dann wählt die Mutter eines asthmakranken Kindes z.B. die schulmedizinische Behandlung, um der Tochter die Teilnahme am Sportunterricht zu ermöglichen. Patienten mit substitionspflichtigen Erkrankungen, wie hier Diabetes mellitus, reduzieren ihre Erwartungen an die Homöopathie auf die Prävention von Folgeschäden oder die Ver-

besserung des allgemeinen Wohlbefindens. Weitere Formen der Schilderungen von Unwirksamkeit sind, dass Patientinnen nach den anfänglichen Eindrücken einer Wirksamkeit keine weitergehenden Veränderungen wahrnehmen können und enttäuscht sind darüber, dass noch immer kein Mittel gegen ihre Allergie gefunden worden ist. Dann wird das homöopathische System als nicht ausgereift genug interpretiert.

Die homöopathische Anamnese wird als anfänglich irritierend und ungewohnt, aber zunehmend als wohltuend und durchaus als eigenständig wirksam wahrgenommen. Die Intensität und Tiefe, die die Anamnese erreichen kann, wird teils aber auch als bedrohlich oder unangenehm empfunden.

Die differenzierte Wahrnehmung patientenseitiger Schilderungen, die Einbeziehung emotionaler Aspekte, die Berücksichtigung der für die Patienten relevanten biographischen Ereignisse, die Herstellung von Zusammenhängen zwischen körperlichen und emotionalen Ereignissen wird als wohltuend empfunden. Durch die genaue Erhebung der Modalitäten eines Symptoms – zum Beispiel durch Fragen, die die subjektive Wahrnehmung spezifizieren sollen – wird der Effekt der Wertschätzung für die individuelle Wahrnehmung des Patienten noch gestärkt. Das phänomenologische Vorgehen der Mittelfindung entspricht offenbar der Patientenperspektive ohne sie einzuordnen oder zu bewerten und befreit die Patienten und Patientinnen von der als problematisch erlebten Dichotomie ärztlicher und patientenseitiger Krankheitsdeutungen. Die Aufforderung der Patienten und Patientinnen zur Selbstwahrnehmung scheint für sich genommen als wirksam erlebt zu werden, da die differenziertere Selbstwahrnehmung im Erleben der Interviewpartner und -partnerinnen zu einer stärkeren Beachtung der eigenen Befindlichkeit und Bedürfnisse führt.

Die differenzierte Anamnese kann auch dazu dienen, die Ursachen einer Störung im Lebenswandel zu identifizieren, ohne dass eine Mittelgabe notwendig wird.

Interviewpartner und -partnerinnen nehmen in unterschiedlichem Ausmaße die Homöopathie als ein Lehrgebäude wahr, das sich dem Laien erschließt und ihm die Möglichkeit gibt, im begrenzten Umfang selbstständig zu handeln. Je nach eigener Identifikation mit dem Lehrgebäude werden die Grundlagen der Homöopathie angeeignet und eigenständige Hausapotheken zugelegt. Bei einfachen Befindlichkeitsstörungen und grippalen Infekten wird unter Umständen nicht mehr der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin aufgesucht. Gerne holen sich Patienten und Patientinnen eine Bestätigung von dem oder der behandelnden Arzt/Ärztin für die getroffene Auswahl. Dadurch, dass Nebenwirkungen nicht befürchtet werden, sinkt auch die Angst vor eigenen Fehlentscheidungen. Positive Erfahrungen mit der Anwendung von Mitteln bei Familienangehörigen oder Bekannten in so erlebten Notsituationen führen zu einer Stärkung des Selbstvertrauens und der Souveränität. Aber auch das wachsende Ver-

trauen in die eigene Handlungskompetenz und die partielle Unabhängigkeit vom ärztlichen Setting werden als wohltuend wahrgenommen.

### **5.1.2 Zusammenfassung Kapitel 4.2: Einstellungen und Haltungen zu Krankheit und Heilung**

Die Einstellungen und Haltungen der befragten Patientinnen und Patienten zu den Themen Krankheit und Heilung ergaben sich aus der inhaltsanalytischen Bearbeitung des Interviewmaterials. Um später feststellen zu können ob und inwieweit diese die Beziehungen zu Ärztinnen und Ärzten und die Ansprüche an eine medizinische Behandlung beeinflussen, wurden die zu diesem Bereich gemachten Äußerungen zusammengestellt und ausgewertet. Im Vordergrund standen dabei die Aspekte „Vorstellungen von Krankheit“ und „Vorstellungen von Heilung“, „Veränderungen dieser Vorstellungen im Verlauf der homöopathischen Behandlung“ (die von den InterviewpartnerInnen ausdrücklich der Homöopathie zugeschrieben wurden) sowie das Aufeinandertreffen von Laien- und professionellen Konzepten von Krankheit, das im Kapitel „Kranksein versus Krankheit“ dargestellt wurde.

Die Vorstellungen zum Thema „Krankheit“ ließen sich in drei Unterkategorien einteilen: „Krankheit als individuelles Phänomen“; „Krankheiten haben einen Sinn“ und „Krankheit und Gesundheit sind keine Gegensätze“. Krankheit wurde als ein sehr individuelles Ereignis beschrieben. InterviewpartnerInnen, die diese Einstellung vertraten, belegten diese beispielsweise mit dem Hinweis darauf, dass die Symptompräsentation von Mensch zu Mensch verschieden sei. Auch im unterschiedlichen Umgang mit Krankheiten komme die Individualität von Menschen zum Ausdruck. Als Erklärung dafür wurden (die weiter unten formulierten) Vorstellungen von psychischen Einflüssen auf Krankheitsentstehung und –verlauf herangezogen. Eine „richtige“ oder angemessene Diagnose kann diesen Überlegungen zufolge nur gestellt werden, wenn neben den Symptomen auch die psychische Verfassung berücksichtigt wird. Es gab allerdings auch InterviewpartnerInnen, die den Zusammenhang zwischen psychischer Verfassung und Krankheit für nicht so zentral hielten und diesen Aspekt nicht mit jeder somatischen Erkrankung in Zusammenhang bringen wollten.

In der Kategorie „Krankheiten haben einen Sinn“ konnte abgebildet werden, dass Erkrankungen eine Bedeutung verliehen werden kann. So können chronische Krankheiten beispielsweise als schicksalhafte Hinweise verstanden werden, die bisher verfolgten Lebensziele und Werte kritisch zu überprüfen. Einige InterviewpartnerInnen verstanden ihre Erkrankung denn auch als Herausforderung, der sie sich stellen wollten. Sie lernten, dem Leben mehr Beachtung zu schenken, persönliche Beziehung mehr wertzuschätzen und nicht als Selbstverständlichkeiten zu betrachten und sich auch an Alltäglichem zu erfreuen.

Eine andere Konstruktion von Krankheitssinn rekuriert auf die Funktion von Krankheit als „Sprachrohr der Seele“. Hier bekommt Krankheit die Funktion der Vermittlerin zwischen Psyche und Körper zugewiesen. Eine körperliche Erkrankung weist dieser Ansicht zufolge auf seelische Probleme hin, die nicht beachtet worden sind. Diese Interpretation findet sich in Bezug auf banale Erkrankungen, wie z.B. einer Grippe, die als momentanes „die Nase voll haben“ interpretiert wird, bis hin zu schweren Erkrankungen, bei denen die Ursache in langfristigen psychischen Überlastungen gesehen wird.

Auch zur Frage der Dichotomie von Krankheit und Gesundheit fanden sich Anmerkungen im Interviewmaterial. Es wurde deutlich, dass die Unvereinbarkeit von Krankheit und Gesundheit auch angezweifelt werden kann und dass beide gleichzeitig vorhanden sein können. Gemäß den Äußerungen ist es durchaus möglich, sich mit einer Krankheit gesund zu fühlen. Dies weist schon auf den später noch ausgeführten Unterschied zwischen Krankheitsgefühl und Krankheit hin.

Die Äußerungen zum Thema Heilung ließen sich in zwei Hauptkategorien unterteilen: in Ideen dazu, dass etwas getan werden kann und muss um eine Heilung in Gang zu setzen oder zu unterstützen (Heilung als Aktivität) und in Ideen dazu, welche Voraussetzungen für eine Heilung notwendig sind. Zwischen dem Beseitigen von Symptomen und der Beseitigung der Ursache einer Erkrankung wurde dabei deutlich differenziert. Angestrebt wurde eine Ursachenbeseitigung, da diese als langfristig erfolgreicher angesehen wurde.

Unter Heilung wurden verschiedene Aktivitäten verstanden. Zunächst einmal gab es die Auffassung, dass Heilung eine Aktivität des Körpers sei. Dem Körper wurden in dieser Vorstellung Selbstheilungskräfte zugeschrieben. Im Rahmen des Selbstheilungskonzeptes wurde auch darauf hingewiesen, dass (Selbst-)Heilung Zeit benötigt. Als eine zentrale Aufgabe im Heilungsprozess wurde die Anregung der Selbstheilungskräfte des Körpers angesehen. Darunter wurden Maßnahmen verstanden, die primär an den vorhandenen Ressourcen anknüpfen und den Körper unterstützen, nicht aber die Heilung an seiner Stelle übernehmen. Als Beispiel für eine solche Übernahme der Heilung wurde die Einnahme von Antibiotika angeführt. Die Wirkung der Antibiotika wurde als Eingriff von außen empfunden, der zwar zu einer raschen Besserung führt, aber an anderer Stelle unerwünschte Wirkungen erzeugt. Das Auftreten von Nebenwirkungen lässt sich mit einem Konzept von Heilung, das den Körper als ein Gesamtsystem betrachtet, nicht vereinbaren. Darüber hinaus wurde die bloße Symptombeseitigung als langfristig nachteilig betrachtet. So wurde z.B. das Wiederauftreten von Erkrankungen darauf zurückgeführt, dass keine „wirkliche“ Heilung stattgefunden habe, sondern mit Medikamenten die Symptome „platt gemacht“ worden seien. Eine erfolgreiche Selbstheilung wurde dagegen mit einer Stärkung des Körpers verbunden. Nach

dieser Denkweise stärken durchlebte Erkrankungen die Widerstandskräfte des Körpers, so dass dieser gegen eine erneute Erkrankung „immun“ ist.

Neben dem In-Gang-Setzen der Selbstheilungskräfte des Körpers wurden auch Aktivitäten der Betroffenen als bedeutsam für eine erfolgreiche Heilung betrachtet. Beispielsweise wurde die Ansicht geäußert, dass eine früh einsetzende (Selbst-)Behandlung das Fortschreiten oder die Verschlimmerung einer Krankheit positiv beeinflusst. Als ebenfalls wichtig im Hinblick auf die Vermeidung von Krankheit oder deren Verschlimmerung wurde das Reduzieren psychischer Belastungen angesehen. Ausgehend von der These, bzw. zum Teil von eigenen Erfahrungen damit, dass psychischer Stress eine Krankheitsursache sein kann oder psychische Belastungen zur Verschlimmerung von Krankheitssymptomen geführt hatten, wurde eine Vermeidung oder Reduktion solcher Belastungen als Möglichkeit der Heilung, aber auch als geeignete Prävention aufgefasst. Auch Selbstdisziplin und Krankheitsarbeit bei chronischen Erkrankungen wurde vor dem Hintergrund betrieben, dass auf diese Weise eine Verschlimmerung oder zukünftige Folgeerkrankungen verhindert werden könnten. Der Glaube daran, sich letztendlich mit diesen Maßnahmen etwas Gutes zu tun, ermöglichte es, dass selbst anstrengende und frustrierende Erlebnisse, ja sogar Schmerzen ausgehalten werden konnten. Ein letzter Punkt in der Aufzählung der Aktivitäten ist das Teamwork von ÄrztInnen und PatientInnen. Das Gefühl, als Team an der Heilung einer Erkrankung zu arbeiten wird z.B. durch den häufigen Gebrauch des Personalpronomens „wir“ deutlich, wenn von Überlegungen zu therapeutischen Maßnahmen berichtet wurde. Diese Formulierung weist darauf hin, dass die Heilung als gemeinsame Aufgabe gesehen wird, bei der ÄrztInnen und PatientInnen allerdings unterschiedliche Pflichten haben. Als Aufgabe der PatientIn wird die möglichst detaillierte Beschreibung von Symptomen und die aufmerksame Selbstbeobachtung angesehen. Die Aufgabe der ÄrztIn ist es dann, anhand dieser Schilderungen das richtige Mittel zu finden und die Heilung zu begleiten. Diese Begleitung bestand z.B. in einem niedrigschwelligen Angebot zur Kontaktaufnahme mit der Ärztin im Rahmen einer Telefonsprechstunde. Die Verantwortung für das Ge- oder Misslingen der Heilung haben damit sowohl die ÄrztInnen als auch die PatientInnen.

Im Zusammenhang mit Heilung spielt neben den Aktivitäten auch die Zeit eine Rolle. Im Kontext der Selbstheilung wird davon gesprochen, dass der Körper Zeit brauche, um sich selber zu heilen. Im Widerspruch dazu stehen Schilderungen und Ansichten von besonders raschen Heilungen durch homöopathische Mittel, die dennoch als Heilung und nicht als Kuration aufgefasst werden. Diese von außen betrachtet widersprüchlichen Äußerungen zeigen, dass auch ein und dieselbe Person hinsichtlich derselben Thematik nicht immer in sich konsistente Positionen vertreten muss.

Durch den Kontakt mit homöopathischen Herangehensweisen wurden bei den InterviewpartnerInnen einige Veränderungsprozesse in Gang gesetzt. So wird z.B. von ei-

ner größeren Gelassenheit im Umgang mit Erkrankungen gesprochen oder davon, dass das Vertrauen in die eigene Einschätzung gestiegen ist. Die homöopathische Behandlung und/oder die jeweilige homöopathische ÄrztIn haben dazu beigetragen, dass Krankheitsängste reduziert wurden. Dabei erscheint quasi das gesamte homöopathische Setting entdramatisierend: eine Wohnzimmeratmosphäre im Wartezimmer, das Anbieten von Getränken oder eine persönliche Begrüßung vermitteln, dass PatientInnen sich hier in einer Alltags- und nicht in einer Ausnahmesituation befinden. Auch die vorsichtige Annäherung an die Krankheitsdiagnose und eine Vorgehensweise, die erst einmal von einer nicht bedrohlichen Erkrankung ausgeht, tragen dazu bei, Ängste zu reduzieren und das Vertrauen darauf, dass der Körper eigenständig mit einer Erkrankung fertig wird, zu bilden oder zu vergrößern. Die Ermunterung zur Selbstbehandlung und die Unterstützung dabei durch die ÄrztInnen wurden als Zuwachs von Autonomie und Selbständigkeit erlebt.

Aus Schilderungen der InterviewpartnerInnen zu ihren Erfahrungen mit ihren Erkrankungen im Gesundheitssystem kristallisierte sich der Themenkomplex „Kranksein versus Krankheit“ heraus. Die Schilderungen der InterviewpartnerInnen weisen darauf hin, dass sie zwischen dem eigenen Krankheitsempfinden und der Zuschreibung einer Krankheit oder pathologischen Veränderung von außen (i.d. Regel durch den Arzt/die Ärztin) unterscheiden. Dies führt jedoch immer dann zu Problemen, wenn das eigene Empfinden nicht mit „objektiv“ feststellbaren Befunden übereinstimmt. In Bezug auf diese Nicht-Übereinstimmung lassen sich hier zwei verschiedene Konstellationen ausmachen: Zum einen ein Gefühl von Kranksein, das jedoch nicht durch medizinische Befunde bestätigt wird, zum anderen das Vorliegen einer Abweichung der Körperfunktionen von medizinischen/gesundheitlichen Normen (Krankheit), die keine Entsprechung im eigenen Erleben findet. Beide Situationen führen zu Irritationen: wer sich krank fühlt, möchte behandelt werden und reagiert konsterniert, wenn sein Krankheitsempfinden nicht ernst genommen wird. Wer sich gesund fühlt, ist verunsichert durch eine Diagnose, die er oder sie überhaupt nicht nachempfinden kann. Im ersten Fall kann das Nicht-Ernstnehmen von Beschwerden durch ÄrztInnen dazu führen, dass PatientInnen den Arzt wechseln. Sie suchen so lange, bis sie jemanden gefunden haben, der sie und ihre Beschwerden ernst nimmt oder bis sie eine Art der Darstellung ihrer Beschwerden gefunden haben, die sich in ein Krankheitssystem einordnen lässt und so auch von ärztlicher Seite akzeptiert wird. Auch im zweiten Fall, wenn also eine Krankheit diagnostiziert wird, diese sich jedoch im Erleben der PatientIn überhaupt nicht widerspiegelt, kann diese Nicht-Übereinstimmung zu einem Arztwechsel führen. Vor allem dann, wenn das patientinnenseitige Erleben keine Berücksichtigung findet und/oder keine Vermittlung zwischen den beiden Positionen stattfindet.

Stimmen Krankheitsdiagnose und Krankheitsgefühl der PatientInnen überein, gibt es zwar eine Übereinstimmung von Krankheit und Kranksein, doch auch in diesem

Fall sind noch Vereinbarungen zu treffen. Wie im Abschnitt zur „Heilung“ aufgezeigt, haben PatientInnen bestimmte Vorstellungen davon, auf welche Weise sie wieder gesund werden möchten und was sie als Endpunkt eines Genesungsprozesses betrachten. Darüber hinaus sind im weiteren Verlauf der Diagnostik und Therapie Ansprüche auf respektvollen Umgang, Wahrung der Würde der PatientIn aber auch Aspekte, die die Arzt-Patienten-Beziehung betreffen (dazu finden sich weitere Ausführungen in Kapitel 4.3), zu berücksichtigen.

### **5.1.3 Zusammenfassung Kapitel 4.3: Schulmedizin und Homöopathie**

#### **Kritik an ärztlicher Versorgung aus Perspektive von Patienten und Patientinnen**

Kritisch wird in den Interviews eine fehlende Be-Achtung sowie eine fehlende An-Hörung von Patienten und Patientinnen im Kontext schulmedizinischer Versorgung erörtert. Zuvorderst findet diese Kritik ihren Ausdruck auf der Ebene des Umgangs mit Zeit, so in dem Verhältnis einer als lang erlebten Wartezeit in Relation zu einer als kurz und inhaltlich unbefriedigend gestalteten Konsultationszeit. Dieses Konglomerat lässt ein Gefühl von „Massenabfertigung“ ohne Berücksichtigung individueller Begebenheiten, Erwartungen oder Wünsche entstehen bei gleichzeitiger Missachtung der im menschlichen Alltag ohnehin oft als knapp erlebten (Lebens)Zeit der Patienten und Patientinnen. Mangelnder Blickkontakt während der Konsultation verbunden mit einer Konzentration des Arztes/der Ärztin auf die (computergestützte) Dokumentation der Krankengeschichte verstärken auf Seiten der Patienten und Patientinnen Empfindungen der Missachtung. Die Kritik setzt sich fort mit dem Eindruck fehlender ärztlicher Wahrnehmung des patientenseitigen Erlebens von Beschwerden und Krankheit. Das Gemisch aus fehlender Be-Achtung gepaart mit fehlender An-Hörung wiederum bereitet – im Erleben der Patienten und Patientinnen – die Grundlage für eine Individualität missachtende, als standardisiert empfundene ärztliche Versorgung, die Gefahr läuft, dass die ihr innewohnenden Prozesse der Entscheidungsfindung patientenseitig als nicht gelungen eingeschätzt werden. Das Misslingen kann seinen Ausdruck z.B. in einer als vorschnell und unpassend empfundenen ärztlichen Therapieempfehlung finden, es kann aber auch begründet sein im Vermissen abwägender Gespräche über verschiedene therapeutische Alternativen einschließlich der damit verbundenen Vor- und Nachteile, Risiken und Nebenwirkungen. Damit verbunden ist Kritik an ärztlichen Informationen, verstanden als eine Basis der Gestaltung von Entscheidungsprozessen im Versorgungsverlauf, die als fehlend oder als (sprachlich) unangemessen erlebt werden.

Weitere, in den Interviews erörterte Kritikpunkte liegen in einer vermissten ärztlichen Anerkennung von Krankheitsbelastung und Krankheitsarbeit, die – gerade im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen – verdeutlichen, welcher kontinuierlichen An-



strengungen es auf Seiten der Patienten und Patientinnen bedarf, ihren Alltag zu gestalten, Genesung zu befördern, vor allem aber auch einer Verschlechterung der biopsychosozialen Situation vorzubeugen. Ebenso kritisiert wird eine fehlende ärztliche Begleitung, die sich sowohl auf die Gestaltung von Entscheidungsprozessen wie auch auf die Gestaltung von Zeiten, in denen es – trotz vorhandener Beschwerden oder Beeinträchtigungen – nicht (mehr) um kurative Versorgungsziele geht. Zusammenfassend lässt sich einerseits vom Erleben einer fehlenden „Begegnung“ in der Arzt-Patienten-Kommunikation sprechen, andererseits aber auch von einer fehlenden „Passung“ zwischen den Vorstellungen und Einschätzungen der beteiligten Patienten/Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen. Dabei werden ärztliche Versuche, mittels Beförderung von Angst und Unsicherheit auf Seiten der Patienten und Patientinnen eine Übereinstimmung zwischen Angebot und Bedarf zu forcieren, von den Interviewpartnerinnen und -partnern deutlich kritisch betrachtet.

### **Verbindungen von schulmedizinischer und homöopathisch-ärztlicher Versorgung**

Jenseits der kritischen Einschätzungen ist in den Interviews zugleich die Rede von einer Unentbehrlichkeit eines parallelen Angebotes aus schulmedizinischer und homöopathisch-ärztlicher Versorgung. Eine Kombination beider Versorgungsangebote kann durch einen Arzt/eine Ärztin erfolgen, der bzw. die sowohl homöopathische als auch schulmedizinische Leistungen anbietet. Denkbar ist ebenso, dass homöopathische und schulmedizinische Leistungen von unterschiedlichen Ärzten/Ärztinnen in Anspruch genommen werden. Kennlich gemacht wird in den Interviews die Einschätzung, dass homöopathisch tätige Ärzte und Ärztinnen aufgrund ihrer Qualifikation in der Lage sind zu erkennen, wann eine schulmedizinische Behandlung erforderlich wird. Dabei scheint die Kombination aus Medizin und Homöopathie dem Risikoempfinden der Patienten und Patientinnen zu entsprechen, wobei das schulmedizinische Versorgungsangebot als eine im Hintergrund liegende, einfach zugängliche und Sicherheit gebende Option verstanden wird. Entscheidungskriterien für homöopathisch-ärztliche bzw. schulmedizinische Versorgungsangebote sind u.a. der Versorgungsanlass (z.B. akute oder chronische Beschwerden), offene Versorgungsfragen (z.B. diagnostische Fragen) wie auch (ausbleibende) Therapieerfolge. Der Umgang mit Kombinationen schulmedizinischer und homöopathisch-ärztlicher Versorgung scheint – im Hinblick auf den Grad wechselseitiger Transparenz – unterschiedlich gehandhabt zu werden. In den Interviews ist sowohl von einem offenen Umgang die Rede, d.h. die Interviewten erzählen allen am Versorgungsprozess beteiligten Ärzten und Ärztinnen, dass sie sowohl in schulmedizinischer als auch in homöopathisch-ärztlicher Behandlung sind, als auch von einem heimlichen Umgang. So wird zum Beispiel eine parallele homöopathisch-ärztliche Versorgung im Rahmen schulmedizinischer Behandlung verschwiegen, da befürchtet wird, mit dem homöopathischen Anliegen in der Schulmedizin auf Unverständnis zu stoßen.

Umgekehrt gibt es aber auch Erläuterungen zur Verheimlichung schulmedizinischer Anwendungen, zum Beispiel einer Impfung, sofern Patienten und Patientinnen eine Abweichung vom grundständig verabredeten, homöopathischen Behandlungsmodus nicht mit dem jeweiligen Arzt/der jeweiligen Ärztin erörtern wollen. Dabei kann die Verheimlichung auf eine als eng erlebte Bindung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin hinweisen, die nicht aufgrund einer offenen Abweichung von der gemeinsamen Verabredung belastet werden soll. Zugleich markiert die Verheimlichung auch eine Vertrauensgrenze.

### **Erleben homöopathisch-ärztlicher Versorgung: Praxis- und Gesprächskultur**

Wertschätzung erfährt ein zur Praxiskultur zählender, bedächtiger und geplanter Umgang mit der Zeit der Patienten und Patientinnen, der seinen Ausdruck findet in möglichst kurzen Wartezeiten sowie in Konsultationszeiten, die ausreichend Raum bieten, um eigene Belange darzulegen und gemeinsam mit dem Arzt/der Ärztin zu erörtern. Anerkannt wird ferner eine Gesprächsbarrieren abbauende und eine angenehme Gesprächsatmosphäre befördernde Praxiseinrichtung. Ebenfalls der Praxiskultur zugehörig, wird die Gewissheit kontinuierlicher telefonischer Erreichbarkeit des Arztes/der Ärztin geschätzt, die – verbunden mit der Frage, ob bzw. welche weiterführende eigenständige und/oder ärztliche Versorgung erforderlich ist – die Möglichkeit einer ersten Deutung von Beschwerden bietet und damit Sicherheit vermittelt.

Mit dem Begriff der Gesprächskultur werden patientenseitige Erlebnisse und Erwartungen im Hinblick auf die Gestaltung von Gesprächen mit Ärzten und Ärztinnen fokussiert. Eine wesentliche Kommunikations- und Interaktionserwartung besteht in dem Anliegen „ernst genommen zu werden“. Dieses Anliegen umfasst, über die eigenen Belange sprechen zu können, ohne (vorschnell) bewertet zu werden, den Wunsch nach spürbarem ärztlichem Interesse, nach Aufmerksamkeit und Empathie auch dann, wenn ärztliche und patientenseitige Einschätzungen voneinander abweichen. Patientenseitige Wertschätzung erfahren Elemente wie „gefragt zu werden“ und „gehört zu werden“. Eine auf diesem Wege erlebte Verständigung als Ausdruck des Gefühls ernst genommen zu werden, befördert – so ist den Interviews zu entnehmen – Wohlbefinden, Vertrauen und zugleich auch die Entwicklung von Nähe in der Arzt-Patienten-Interaktion. In diesem Zusammenhang kommt auch der homöopathisch-ärztlichen Erstanamnese – als einem Element der Gesprächskultur – eine essentielle Bedeutung zu. Sie wird unterschiedlich – im Spannungsfeld von befremdlich bis interessant und von anregend bis belastend – erlebt. Auf der einen Seite erfordert die Erstanamnese ein hohes patientenseitiges Engagement im Gespräch, wobei sich Zusammenhänge zwischen den Beschwerden und den ärztlichen Fragen für die Patienten/Patientinnen nicht grundlegend selbstverständlich erschließen. Auf der anderen Seite versinnbildlichen die detailreichen Fragen ein spezifisches ärztliches Interesse am Patienten/an der Patientin. Die-

ses erlebte Interesse dürfte mit begründen, warum sich – in Abgrenzung zur Schulmedizin – trotz Anstrengung und Intimität keine (dauerhafte) Abwehr gegen das homöopathisch-ärztliche Vorgehen – z.B. im Sinne eines unangemessenen Eingreifens in die private Lebenswelt – zu entwickeln scheint. Die Kombination aus ärztlichem Interesse, patientenseitigem Engagement und der im Ziel der gemeinsamen Aktivität – der Suche nach den jeweils angemessenen homöopathischen Medikamenten – begründeten Intensität und Intimität des Gesprächs dürfte beitragen zu einer frühzeitigen Vertrauensbildung auf der Basis einer avancierten Arzt-Patienten-Interaktion. Obschon als befremdlich erlebt, stellt die „homöopathische Art“ Fragen anzubringen insofern einen Rahmen bzw. eine Basis dar zur verbindlichen Annäherung zwischen Patienten/Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen. Der Gesprächsmodus – explizit die zum Gespräch auffordernden Detailfragen – trägt ferner bei zu einer aktiven und folglich auch als individuell erlebten Beteiligung der Patienten und Patientinnen. Es ist davon auszugehen, dass Vertrauen zur Beantwortung von Detailfragen und Detailfragen als „Instrument“ von Vertrauensbildung ineinander greifen.

Die der Erstanamnese wie auch der nachfolgenden Konsultationen innewohnenden Detailfragen tragen ferner bei zur Notwendigkeit kontinuierlicher Selbstbeobachtung der Patienten und Patientinnen. Selbstbeobachtung und Selbstbeschreibung werden – neben dem patientenseitigen Engagement im Rahmen der Gespräche – zu einem Element der Partizipation am Behandlungsprozess, der nur gelingen kann, wenn der Arzt/die Ärztin entsprechende Informationen seitens der Patienten und Patientinnen bekommt. Denkbar ist, dass detaillierte körperliche Selbstbeobachtung durchaus als Anregung zur Selbstreflexion gedeutet werden kann, zumal dann, wenn Wahrnehmung, Empfindung und Selbstdeutung körperlichen Erlebens im Mittelpunkt der Gespräche stehen. Auf diesem Wege entfaltet sich – quasi indirekt – auch eine psychische Dimension, die, ohne sie explizit benennen zu müssen, mit in den Versorgungsprozess einfließen kann. Trifft diese Annahme zu, so ist von einem niedrigschwelligen psychologisch orientierten Zugang zu sprechen, der bio-psycho-soziale Elemente auf spezifische Weise miteinander verbindet.

Eine weitere Komponente ärztlicher Gesprächskultur zeigt sich in patientenseitigen Wünschen nach kontinuierlicher ärztlicher Begleitung, die sich erst einmal auf Phasen hoher Krankheitsbelastung wie auch Phasen der Gestaltung von Entscheidungsprozessen beziehen. Des Weiteren findet ärztliche Begleitung aber auch einen Ausdruck in patientenseitigen Wünschen nach Beratung und Entscheidungsdelegation auf der Ebene sozialer Themen, wie z.B. bei Erziehungskonflikten. Erhofft wird eine zum Teil dirigistisch anmutende, Sicherheit und Entlastung vermittelnde ärztliche Begleitung in Lebenssituationen, die als schwierig erlebt werden. Zu hinterfragen bleibt, inwieweit – und in welchem Umfang – eine angefragte/angebotene ärztliche Zuständigkeit für tendenziell eher pädagogisch oder auch psychologisch anmutende Fragen als sinnvoll

oder angemessen erscheint und inwiefern umfassend erscheinende ärztliche Begleitung auch Gefahren von Medikalisierung und Pathologisierung umschließen kann.

### **Erleben homöopathisch-ärztlicher Versorgung: Gestaltung von Entscheidungsprozessen im Rahmen von Diagnostik und Therapie**

Abhängig davon, welche Beschwerden vorliegen und welche Leistungen ein Arzt/eine Ärztin anbietet, können die jeweiligen Entscheidungsprozesse innerhalb der homöopathisch-ärztlichen oder auch in der Verbindung aus homöopathisch-ärztlicher und schulmedizinischer Versorgung angesiedelt sein. Grundlegend ist zum einen die Entscheidung, (ab) wann eine schulmedizinische Versorgung – ergänzend zur homöopathisch-ärztlichen – notwendig erscheint und welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen diese schulmedizinische Versorgung – im Verhältnis zu den jeweiligen Beschwerden – implizieren sollte. Zum anderen geht es auch um Entscheidungen innerhalb der homöopathisch-ärztlichen Versorgung, so z.B. um die Frage, ob und wenn ja welches homöopathische Medikament eingenommen werden kann oder sollte.

Charakteristisch für den Beginn einer homöopathisch-ärztlichen Versorgung scheint die Aushandlung einer sog. Grundverabredung zwischen den an der Konsultation Beteiligten zu sein. Diese Grundverabredung beinhaltet, dass die Versorgung zuvorderst homöopathisch erfolgen soll. Sofern sich die homöopathische Versorgung – im Verhältnis zu den gewünschten Versorgungszielen – jedoch als nicht ausreichend oder nicht angemessen erweist, werden ergänzend schulmedizinische Maßnahmen genutzt. Der Prozess der Entscheidung über schulmedizinische Versorgungsnotwendigkeiten kann sowohl an Ärzte/Ärztinnen delegiert als auch von den Patienten/Patientinnen (bzw. den Eltern) selbst übernommen werden. Als Argumente für eine Entscheidungsdelegation werden zum einen ärztliche Qualifikationen und zum anderen Vertrauen in ärztliche Empfehlungen benannt. Motive für eine eigenständige Entscheidungsgestaltung scheinen hingegen begründet zu sein in voneinander abweichenden Situationseinschätzungen von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin, z.B. auf der Ebene vorbeugender Maßnahmen.

Basierend auf schulmedizinisch orientierten diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen suchen Patienten und Patientinnen Beratungsmöglichkeiten – verstanden im Sinne einer ärztlichen Entscheidungsbegleitung – im Kontext homöopathisch-ärztlicher Versorgung auf. Dabei wird beispielsweise erörtert, wie bisherige Perspektiven durch Einholung ergänzender Informationen erweitert werden können, um auf diesem Wege die Auseinandersetzung mit der Entscheidungsgestaltung zu befördern. Die Herangehensweise offenbart den Patienten und Patientinnen die Gelegenheit aktiver Mitgestaltung ihrer Versorgungssituation. Werden sie selbst aktiv und suchen das Gespräch mit ihren homöopathisch tätigen Ärzten/Ärztinnen, kann sich mittels dieser Aktivität ein Ge-

fühl der Handlungsautonomie entlang individuell gestalteter Verknüpfung von Schulmedizin und ärztlicher Homöopathie entfalten. In diesem Zusammenhang zu bedenken bleibt, dass die Auswahl der Beratungsorte bzw. der beratenden Ärzte/Ärztinnen bereits eine Entscheidungstendenz vorgeben kann. Hinzu kommt, dass sich homöopathisch-ärztliche Beratungsgespräche auch auf patientenseitige Wünsche nach Entscheidungsentlastung gründen können, wobei zu hinterfragen bleibt, inwieweit sich Wünsche dieser Art verbinden mit direktiv aufscheinenden ärztlichen Empfehlungen.

Neben Beratung und Begleitung ist in den Interviews ferner die Rede von erlebter Entängstigung im Rahmen homöopathisch-ärztlicher Versorgung. Hintergrund dieses Erlebens ist eine Form der Abwägung und Erörterung prognostizierter Risiken (z.B. der Verschlimmerung einer Erkrankung), die in der Empfindung der Patienten und Patientinnen helfen, die durch Gespräche im schulmedizinischen Versorgungskontext entwickelten Ängste und Verunsicherungen abzubauen. Dabei scheint es zu einer „Passung“ zu kommen zwischen dem Erleben der Patienten/Patientinnen (bzw. der Eltern) auf der einen und den ärztlichen Deutungen zum Krankheitsgeschehen auf der anderen Seite. Das Aufzeigen einer alternativen, jenseits der schulmedizinisch empfohlenen Intervention (z.B. einer Operation oder einer medikamentösen Therapie) liegenden Behandlungsoption vermittelt zum einen Hoffnung und offeriert zum anderen Zeit, sich mit dem erlebten Krankheitsgeschehen auf die jeweils eigene Art und Weise befassen zu können. Zugleich bleibt die Möglichkeit der schulmedizinisch empfohlenen Therapie erhalten, jedoch weniger als Verpflichtung denn vielmehr als eine im Hintergrund liegende (und an diesem Ort Sicherheit vermittelnde) Option. Eine Passung zwischen den patientenseitigen und den ärztlichen Deutungen zum Krankheitsgeschehen dürfte eine wesentliche Basis für das Gelingen von Versorgungsprozessen – im Sinne einer gemeinsam gestalteten und gemeinsam zu bewältigenden „Versorgungsarbeit“ – darstellen. Das Gelingen von Versorgungsarbeit wird wiederum den Prozess der Vertrauensbildung und Vertrauensentwicklung befördern.

## 5.2 Weiterführende Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Der weiterführenden Interpretation und Diskussion der Ergebnisse ist das Anliegen inhärent, wesentliche Ergebnisse der Untersuchung verdichtet darzulegen und sie dabei zugleich aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten.

### 5.2.1 Krankheitserleben und Krankheitsdefinition

#### 5.2.1.1 Krankheitserleben

##### **Individualität und Bedeutsamkeit – Das homöopathische Deutungssystem als Bestätigung der eigenen Bedeutsamkeit**

Durch die Auswertung des Interviewmaterials wurde deutlich, dass ein Wunsch danach, in der je eigenen Individualität und Besonderheit wahrgenommen zu werden, existiert. In der Analyse der Äußerungen zum Thema Krankheit kristallisierten sich besonders zwei Aspekte heraus, die als Nachweis für die vorhandene Individualität angeführt werden: die individuelle Symptompräsentation und die individuelle psychische Verfassung. Die Herausstellung der eigenen Individualität wird jedoch nicht damit begründet, dass diese ein Wert an sich sei, sondern damit, dass sie für die Mittelfindung von großer Bedeutung sei. *„Denn nur wenn ich mein Leiden und meine Schmerzen und des richtig schildere, dann haut des Medikament hin“* (W15/106-108), so eine Interviewpartnerin.

Doch obwohl immer wieder betont wird, dass die Symptombeschreibung so detailliert sein muss, um aus der Vielzahl der vorhandenen homöopathischen Mittel das „richtige“ auswählen zu können, scheint die Mittelwahl gar nicht so individuell zu sein, wie es den Anschein hat. In einem auffälligen Widerspruch zu der Annahme, dass die eigene Krankheit etwas Individuelles ist und der Erwartung, dass die Therapie dieser Individualität entsprechen sollte, stehen einige Darstellungen der Mittelfestlegung. Während im Rahmen der Suche nach dem „richtigen“ Mittel noch eine große Anzahl unterschiedlicher Aspekte als bedeutsam beschrieben wurden und immer wieder betont wurde, wie viele verschiedene Mittel es gibt, fällt die tatsächliche Auswahl der Mittel – zumindest bei Akutbehandlungen – nicht so differenziert aus, wie zu erwarten gewesen wäre. So scheint es im Erleben interviewter Patienten und Patientinnen z.B. DAS homöopathische Mittel gegen Mittelohrentzündungen zu geben. Ein Mittel, das also gerade nicht speziell für einen bestimmten Patienten/eine bestimmte Patientin ausgewählt wird, sondern entsprechend der Erkrankung. Und auch gegen Erkältungen hilft bei einer InterviewpartnerIn immer dasselbe Mittel – obwohl die Beschwerden nicht immer an derselben Stelle begonnen haben oder dieselbe Qualität hatten. Der Widerspruch zwischen detaillierter Symptombeschreibung und generalisierter Mittelbestimmung löst sich jedoch, wenn das Bedürfnis der PatientInnen nach Berücksichtigung ih-

rer Individualität losgelöst von der Therapie betrachtet wird. Bei genauerer Betrachtung scheint es nicht nur um das Individuelle in der Krankheit, sondern um Individualität im Allgemeinen zu gehen. Das Angebot der Homöopathie für das Bedürfnis, in seiner Individualität wahrgenommen zu werden, ist, über die Methode der detaillierten Abfrage (nicht nur der einzelnen Symptome, sondern auch der Lebensgewohnheiten und der aktuellen Lebensumstände und –ereignisse) diesem Wunsch zu entsprechen, ohne dies im Einzelnen immer wieder erörtern zu müssen.

### **Individualität ohne Isolation – das homöopathische Mittel als Pendant zum Individuum**

Dem in 5.1.1 geschilderte Wunsch nach Individualität und Besonderheit kann wie gesehen durch die homöopathische Art der Anamnese (hier verstanden als anamnestisches Gespräch, nicht reduziert auf die so genannte Erstanamnese), entsprochen werden. Durch eine Erkrankung unterscheidet sich der Kranke von Gesunden. Aber er unterscheidet sich nicht nur von „den Gesunden“, sondern auch von sich selber im vormals gesunden oder gesünderen Zustand. Somit reißt Krankheit auf zweifache Weise aus der bis dahin als Normalität aufgefassten Lebensrealität heraus. Das bedeutet, dass neben der Bewältigung von Symptomen eine Hauptaufgabe darin liegt, zu einer neuen Normalität zu finden. Das homöopathische Repertorium vermittelt nun, dass all die erlebten Symptome und wahrgenommenen (Miss-)Empfindungen auch schon von anderen Menschen erlebt worden sind. Dieses Wiederfinden in den Mittelbeschreibungen und die Idee, dass es für jeden Menschen das passende Konstitutionsmittel gebe, erleichtert nun zweifach: einmal, indem es die Möglichkeit eröffnet, sich auch mit der Krankheit „normal“ zu fühlen, zum anderen durch die Aussicht auf Heilung (also die Rückkehr in die alte Normalität). Ist das richtige Mittel gefunden, können alle Symptome damit beseitigt werden: *„Aber eben diese was bei mir eigentlich versprochen wird, dahinter ist, dass das Mittel dann eben auch alles trifft.“* (W21/523-524) Die Idee, dass es DAS Mittel für jeden gibt, scheint so bestechend, dass auch jahrelanges Suchen nicht zur Abkehr führt. *„Und dann, au wenn's Jahre dauert, net aufzugebe. Und ich weiß, dass das au noch klappt, au einfach mit viel viel Geduld.“* (W4/128-130) Das Vorhandensein des Mittels, dieses Gegenstückes zu einem selbst, hält die Hoffnung auf Heilung aufrecht.

Eine zu lange Suche oder ein dringlicher Heilungswunsch können die Zuversicht allerdings auch ins Wanken bringen. Dann wird aus der beruhigenden Annahme, dass es für jede/n das passende Mittel gibt, die wenig hoffnungsvolle Suche nach der Stecknadel im Heuhaufen: *„ (...) vielleicht ist es auch wie die Stecknadel im Heuhaufen, diese Suche nach dem richtigen homöopathischen Mittel (...)“* (W21/510-511). Aufgegeben wird die Idee des passenden Mittels jedoch auch hier nicht.

Die Homöopathie verbindet die scheinbar widersprüchlichen Wünsche danach, einerseits als Individuum wahrgenommen zu werden, andererseits sich aber nicht isoliert und mit einer Krankheit alleine zu fühlen. Anders ausgedrückt: In der homöopathischen Behandlung ist jeder besonders – aber nicht sonderbar. Durch die Beobachtung und Registrierung alltäglicher körperlicher und seelischer Befindlichkeiten wird die eigene Person zum täglichen Forschungsobjekt und alle Wahrnehmungen und Empfindungen bekommen eine Bedeutung. Es muss kritisch gefragt werden, ob dies neben einem besseren Kennenlernen des eigenen Körpers und der seelischen Befindlichkeiten aber auch zu einer übertriebenen Fokussierung auf die eigenen Lebensäußerungen führen kann. Dann bestünde auch die Gefahr, nicht-medizinische Herausforderungen und Probleme zu medikalisieren – der Idee folgend, dass es für jedes Leiden ein passendes homöopathisches Medikament gibt.

### **5.2.1.2 Krankheitsdefinition**

Wie in Kapitel 4.2.4 dargestellt, fallen die Definitionen von Krankheit von Laien und schulmedizinischen Professionellen bisweilen verschieden aus. Während Laien sich an ihrem eigenen Befinden und den wahrgenommenen bzw. nicht wahrgenommenen Beschwerden orientieren, sind für Schulmediziner/innen Abweichungen von Normwerten ausschlaggebend für die Feststellung von Krankheit oder Gesundheit. Diese unterschiedlichen Konzepte wurden in der medizinethnologischen Forschung mit den Begriffen „Kranksein“ als dem subjektiv empfundenen Krankheitserleben, und Krankheit, als dem an Messwerten und Krankheitsbildern orientierten Konzept, belegt (vgl. Kleinman et al. 2006: 141). Wie beschrieben, ist ein Auseinanderfallen der beiden Einschätzungen problematisch: Kranksein, ohne dass es eine „passende“ Krankheit gibt, führt zu Frustrationen bei PatientInnen und ÄrztInnen, weil kranke PatientInnen behandelt werden möchten und ÄrztInnen in diesem Fall keine Therapie anbieten können. Dies kann zum als „Ärzte-Hopping“ beschriebenen Phänomen führen und/oder dazu dass Menschen als Hypochonder kategorisiert und dann auch mit anderen Beschwerden nicht mehr ernst genommen werden. Das Nicht-Ernst-Nehmen von Beschwerden, die zunächst nicht in ein Krankheitsbild passen, kann in einer unnötigen zeitlichen Verzögerung einer notwendigen Behandlung resultieren, mit allen Folgen, die dies für den Patienten oder die Patientin haben kann.

Ärztlicherseits diagnostizierte Krankheiten ohne ein Krankheitsgefühl auf Seiten der PatientInnen können ebenfalls zu Problemen führen, wenn eine notwendige Therapie vom Patienten abgelehnt wird, weil sich ihm oder ihr die Notwendigkeit nicht erschließt. Dies kann zur Verschlechterung der Prognose führen, wenn eine notwendige Therapie verzögert oder gar nicht initiiert wird.

Doch auch ein Übereinstimmen von Krankheitsgefühl und Krankheitsdiagnose bedarf weiterer gelungener Schritte, um zu einer erfolgreichen Heilung beizutragen. In diesem Fall gilt es, eine Verständigung über die notwendigen therapeutischen Schritte



zu erzielen. Dass es auch hier zahlreiche Probleme geben kann, wurde in Kapitel 4.2.4.3 dargestellt.

Die Frage ist nun: Was wünschen sich PatientInnen und wie kann mit diesen Wünschen respektvoll umgegangen werden? In der Nennung der Gründe, warum PatientInnen sich von der Schulmedizin abgewendet haben und einen homöopathischen Arzt bevorzugen, sind bereits viele Antworten auf die erste Frage enthalten: Von homöopathischen ÄrztInnen fühlen PatientInnen sich wahrgenommen, respektiert und als gleichwertige Partner betrachtet. Die homöopathische Methode der Mittelfindung bezieht die PatientInnen aktiv in das Verfahren ein. Der Arzt ist angewiesen auf die Mitarbeit der PatientInnen, um die richtige Therapie zu finden. Durch Einbeziehung der Beobachtungen der PatientInnen ist ein Fachgespräch möglich, in dem auch die PatientIn ExpertInnenstatus hat und als gleichwertige Gesprächspartnerin angesehen wird. Dieses Teamwork bricht die schulmedizinische Trennung zwischen dem „bedürftigen“ und auf den Arzt angewiesenen Patienten und dem vom Patienten völlig unabhängigen Arzt auf. Darüber hinaus scheint es eine größere Übereinstimmung der Krankheitskonzepte von homöopathischen ÄrztInnen und ihren PatientInnen zu geben. Dies machen die Schilderungen oft langwieriger Suchen nach einer Ärztin/einem Arzt, von dem sich die PatientInnen verstanden fühlen, deutlich. Dass die Übereinstimmung von Krankheitskonzepten einen positiven Einfluss auf die ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung sowie den wahrgenommenen Behandlungserfolg hat, wird durch Ergebnisse anderer Studien bestätigt (Kleinman et al. 2006/1978, Austin 1998).

Die zweite Frage lässt sich im Rahmen der hier vorliegenden Studie nicht erschöpfend beantworten. Deutlich wird aus dem Interviewmaterial jedoch, dass PatientInnen, die respektiert und ernst genommen werden, sich auch aktiver in die Therapie einbringen und sehr engagiert sind, wenn es um ihre Gesundheit geht (s. dazu auch Kap. 5.1.1.3). Die Unterstützung und Förderung solch aktiven Verhaltens kann – ohne überzogene Erwartungen wecken zu wollen – sicher einen Teil zu Vermeidung unnötiger Kosten durch „Ärzte-Hopping“, Nicht-Einnahme von Medikamenten oder aufwändigere Spätbehandlungen vermeiden helfen.

### **5.2.2 Heilung als Aktivität**

Die Auswertung des Interviewmaterials weist darauf hin, dass Heilen als aktiver Prozess verstanden wird: einmal als Körperaktivität in dem der Körper sich selber heilt, aber auch als Aktivität der Betroffenen durch frühzeitige (Selbst-)Behandlung, Reduzieren von psychischen Be- und Überlastungen, Selbstdisziplin und Krankheitsarbeit sowie als Teamwork von Arzt/Ärztin und PatientInnen. Dies kann so verstanden werden, dass PatientInnen sich aktiv an ihrer Heilung beteiligen wollen. Ausschließliches Abwarten im Falle einer Erkrankung scheint dagegen keine akzeptierte Alternative zu sein. So werden Äußerungen von InterviewpartnerInnen, dass Krankheiten, wie z.B. eine Grippe, einfach ihre Zeit brauchen um auszuheilen, von Erzählungen begleitet,

wie das richtige homöopathische Mittel gegen diese Grippe gefunden wurde. Ein gewisses Maß an Aktivität ist also in diesem Konzept des Abwartens mitgedacht.

In den Erzählungen zeigt sich darüber hinaus, dass die Einbindung der PatientInnen in die Therapie motivierend wirken kann. Die beschriebene Ermunterung von Seiten der ÄrztInnen, sich auch selber homöopathisches Wissen anzueignen, wird von den PatientInnen aufgegriffen und führt im Laufe der Zeit dazu, dass ihre Eigenständigkeit und ihr Selbstvertrauen im Hinblick auf die Bewältigung einer Erkrankung zunehmen. Die Selbstbeobachtung und Achtsamkeit im Hinblick auf Körpersignale vermittelt die Sicherheit, alle wichtigen Parameter im Blick zu haben und bei Bedarf auf Verschlechterungen frühzeitig reagieren zu können. Darüber hinaus mag sich das gute Gefühl „alles getan“ zu haben, damit man wieder gesund wird, ebenfalls positiv auf den Genesungsprozess auswirken.

Ein möglicher negativer Effekt ist, dass die Vorstellung von Heilung als Aktivität die Gefahr einer Verpflichtung zur Aktivität in sich birgt. Wenn Heilung durch Aktivität positiv beeinflusst werden kann, ist möglicherweise eine Verschlimmerung das Ergebnis unzureichender Aktivität der oder des Betroffenen. An diesem Punkt können sich Schuldzuweisungen und Schuldgefühle festmachen. Vielleicht hat der/die Betroffene ja nicht genug getan, um wieder gesund zu werden. Darüber hinaus birgt die Idee, Krankheiten mit genügend Aktivität und Engagement besiegen zu können auch Größenphantasien, wie das Gefühl, „Alles im Griff“ haben zu können oder die Vorstellung, dass JEDE Krankheit besiegt ist.

### **5.2.3 Zur Perspektive „Kommunikations- und Interaktionsprozesse“**

Im Rahmen der Diskurse um das seit mehr als einem Jahrzehnt diskutierte Konzept „Shared Decision Making“ (vgl. u.a. Charles et al. 1997, 1999, Scheibler & Pfaff 2003a, 2003b, Elwyn et al. 2005, Härter et al. 2005) stellt der Aspekt der Information ein wesentliches Element dar im Verlauf einer Abkehr von traditionell eher expertokratisch gestalteten Entscheidungsprozessen hin zu Prozessen partizipativer Entscheidungsfindungen. Idealtypisch kommt es zu einer Partizipation der Patienten/Patientinnen auf der Basis umfassender Informationen, die es ihnen ermöglichen, Vor- und Nachteile etwaiger Interventionen abzuwägen, um auf dieser Grundlage – gemeinsam mit einem Arzt/einer Ärztin – eine Entscheidung zu treffen. Anknüpfend an diesen Diskurs geben die Ergebnisse der vorliegenden Studie Hinweise darauf, welche Rahmenbedingungen partizipative Prozesse befördern können und wie Patienten und Patientinnen, die sich in einer homöopathisch-ärztlichen Behandlung befinden, Partizipation verstehen und bewerkstelligen.

#### **Patientenseitige Gestaltung von Partizipation**

Ein bedachtsamer Umgang mit der Zeit der Patienten und Patientinnen, eine gute (telefonische) Erreichbarkeit des Arztes/der Ärztin verbunden mit einer insgesamt kommu-

nikationsförderlichen Praxiskultur stellen eine Grundlage für die Gestaltung dauerhafter Arzt-Patienten-Begegnungen dar. Entlang der vorliegenden Studie herausgearbeitet worden ist ferner ein patientenseitiges Anliegen nach Wertschätzung und wahrhaftigem ärztlichen Interesse am Individuum verbunden mit ärztlichem Verständnis und Empathie. Dazu zählt auch, beachtet und angehört zu werden, selbst dann, wenn patientenseitige und ärztliche Beobachtungen und Deutungen von Beschwerden voneinander abweichen. Zusammenfassend scheint in der Kombination der verschiedenen Elemente wertschätzender Praxis- und Gesprächskultur wiederum ein Potential zur Entwicklung und Verstärkung wechselseitigen Vertrauens zu liegen. Eingebettet in einen derartigen Versorgungsrahmen verkörpert die homöopathisch-ärztliche Erstanamnese verschiedene Kernelemente der Praxis- und Gesprächskultur, vor allem, wie ausführlich dargelegt, ernst genommen und angehört zu werden. Dabei ist das Gelingen der Erstanamnese wie auch der nachfolgenden Konsultationen abhängig von einer kontinuierlichen Aktivität der Patienten und Patientinnen in Form detaillierter biopsycho-sozialer Selbstbeobachtungen und Selbstbeschreibungen, die eine Voraussetzung darstellen für ärztliche Aktivität, die – auf der Basis des Gehörten – in der Recherche und Auswahl eines angemessenen homöopathischen Medikamentes liegt. Auf diese Weise entsteht ein Prozess, der ärztliche und patientenseitige Aktivitäten miteinander verbindet. Es ist davon auszugehen, dass Vertrauen zur Beantwortung von Detailfragen und Detailfragen als „Instrument“ von Vertrauensbildung ineinander greifen. (vgl. Kap. 4.3.3.1)

Anknüpfend an diesen Prozess bleibt zu erörtern, wie Patienten und Patientinnen ihre Partizipation im Behandlungsprozess verstehen und erörtern. Ihre Mitwirkung beginnt bei der (mehr oder weniger bewussten) Auswahl eines Arztes/einer Ärztin, der bzw. die ein kommunikative Elemente implizierendes Versorgungsangebot vorhält. Eine weitere Partizipation gründet sich dann auf die bereits explizierten biopsycho-sozialen Selbstbeobachtungen und Selbstbeschreibungen. Diese erlauben einen narrativen Gesprächszugang, wobei sich die Patienten und Patientinnen in der je eigenen Sprache über ihre Wahrnehmungen äußern können. Da an alltägliches Erleben und Empfinden angeknüpft wird, ermöglicht die Art der Fragen – selbst wenn sie intim und befremdlich erscheinen – eine selbstverständliche patientenseitige Partizipation. Diese Form der Partizipation kann durch eine zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin getroffene Grundverabredung dokumentiert werden, die vorsieht, dass zuvorderst eine homöopathische Versorgung erfolgen soll. Eine Ergänzung durch schulmedizinische Maßnahmen geschieht nur, wenn sich homöopathische Maßnahmen – im Verhältnis zu den gewünschten Versorgungszielen – als nicht ausreichend oder nicht angemessen erweisen. Abhängig vom patientenseitigen Bedürfnis, dürfte der Partizipationsgrad bei der Auswahl homöopathischer Medikamente wie auch bei der Abwägung von und Entscheidung über schulmedizinische Maßnahmen variieren. Verbleibt die Aktivität auf der Ebene der Auswahl des Arztes/der Ärztin einschließlich aktiver Kommunikationsbeteili-

gung bei gleichzeitiger Delegation aller weiteren Entscheidungen an den Arzt/die Ärztin, so kann vielleicht in Erweiterung der bisherigen Gegenüberstellung von Paternalismus und Partizipation von einer „Partizipativen Delegation“ die Rede sein. Denkbar sind ebenso Formen weitergehender Partizipation im Verlauf unterschiedlicher Entscheidungsprozesse, zum Beispiel in Form von spezifischen Informations- und Beratungsgesprächen im homöopathisch-ärztlichen Versorgungskontext (vgl. Kap. 4.3.3.2). Insgesamt scheinen die unterschiedlichen Partizipationsgrade auf eine je eigene Art und Weise ein Erleben von Autonomie zu befördern, sei es durch eine schulmedizinische Interventionen begrenzende homöopathisch-ärztliche Versorgung oder sei es durch eine eigenständige Kombination schulmedizinischer und homöopathisch-ärztlicher Versorgungsangebote (vgl. Kap. 3.2).

### **Passung ärztlicher und patientenseitiger Deutungen und Einschätzungen**

Unter einer „Passung“ ärztlicher und patientenseitiger Deutungen und Einschätzungen von Beschwerden und Erkrankungen ist zu verstehen, dass die beteiligten Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen – unter Berücksichtigung ihrer jeweils unterschiedlichen Rollen – im dialogischen Prozess Wege der Annäherung und des Verstehens bezogen auf ihre jeweiligen Vorstellungen zum weiteren (gemeinsamen) Vorgehen finden. Dabei dürften sich explizit jene Situationen als konflikthaft zeigen, in denen ärztliche Empfehlungen – auch dann, wenn sie evidenzbasiert sind – von Patienten/Patientinnen nicht angenommen werden. Beispiele für ein Auseinanderdriften von ärztlichen und patientenseitigen Einschätzungen können sich zum Beispiel entlang unterschiedlicher Risikobewertungen entfalten. Entsprechende Beispiele aus den Interviews beziehen sich u.a. auf Maßnahmen wie Impfungen und Antibiotikabehandlungen bei Kindern oder auch Operationen, Chemo- und Strahlentherapien bei Erwachsenen (vgl. Kap. 3.1). Zu fragen bleibt, welche Handlungsmöglichkeiten auf ärztlicher Seite bestehen, sofern es keine Übereinstimmung zwischen evidenzbasierten, an Leitlinien orientierten ärztlichen Empfehlungen und patientenseitigen Bedürfnissen und Erwartungen gibt. „Stimmen die ärztliche und die Patientenperspektive nicht überein, dann geht es nicht darum, den Patienten zu überreden, sondern darum, ihn besser zu verstehen. Können die Vorbehalte nicht aus dem Weg geräumt werden, ist seine Haltung zu akzeptieren, wenn nicht eine (krankheitsbedingte) Einschränkung des Beurteilungsvermögens mit massiver Selbst- und Fremdgefährdung vorliegt.“ (Schmacke 2009: 5) Dabei ist weiterführend zu erörtern, wie ein Prozess des Verstehens im Rahmen einer Arzt-Patienten-Begegnung befördert werden kann. Angelehnt an Erkenntnisse der systemischen Beratung und Therapie besteht eine Möglichkeit in einer durch Fragen evozierten thematischen Kontexterweiterung (vgl. Simon et al. 2004). Eine dieserart gestaltete Kontexterweiterung kann einen zeitlichen und inhaltlichen Rahmen bieten für eine weitere (gemeinsame) Auseinandersetzung mit den jeweiligen Entscheidungsprozessen einschließlich der Entwicklung neuer Sichtweisen und Deutungsmuster. Fragen

nach dem Erleben und Empfinden von Patienten/Patientinnen, nach ihren Ideen, Deutungen und Gewichtungen von Beschwerden und Erkrankungen dürften ferner die professionelle Begegnung zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen intensivieren. Die im Rahmen homöopathisch-ärztlicher Versorgung verwirklichte Praxis- und Gesprächskultur greift – z.B. entlang der Erstanamnese – Elemente einer systemisch orientierten Kontexterweiterung auf. Prozesse der Kontexterweiterung bieten sich sowohl an, wenn ärztliche und patientenseitige Perspektive nicht übereinstimmen, sie bieten sich aber zum Beispiel auch an, wenn keine (eindeutigen) Empfehlungen für die Gestaltung von Entscheidungen vorliegen.

Anknüpfend an die Ergebnisse der Interviewauswertung scheint ein Empfinden der Passung in der Begegnung zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen des Weiteren festgemacht zu werden entlang von Prozessen kontinuierlicher Begleitung und Beratung sowie einer damit einher gehenden Entängstigung und Entlastung. Die damit verbundenen patientenseitigen Wünsche und Hoffnungen kommen in dem folgenden Zitat zum Ausdruck: *„Aber damals bin ich eigentlich eher zu dieser Ärztin weniger wegen der Allergien, sondern mehr eben um betreut zu sein, um wieder aus dieser Erschöpfung raus zukommen und und ja auch auch durch den Gedanken, ich will keinen Fehler machen. Ich will auch, ich mein ich lass regelmäßig den Tumormarker nachgucken, aber während meiner Zeit, wo ich mich halt so mit mit Krebs und Therapien, Krebstherapien, Chemo und eben andere Dinge beschäftigt hatte, hab ich den Satz gelesen irgendwo, Krebs ist wie eine Horde, wie eine Schar Vögel. Man scheucht sie auf der einen Stelle auf und sie setzen sich woanders wieder hin. Und das war so die, der Gedanke der, der da ist und und wo ich dachte ganz ohne Betreuung kann ich nicht, also ich brauch irgendwo irgendwen.“* (W21/244-256)

### **Risiken und Nebenwirkungen von Prozessen homöopathisch-ärztlicher Partizipation und Passung**

In den Interviews enthalten sind Hinweise darauf, dass die einer homöopathisch-ärztlichen Praxis- und Gesprächskultur inhärenten Elemente – z.B. umfassende ärztliche Erreichbarkeit wie auch hohe Wertschätzung detaillierter bio-psycho-sozialer Selbstbeobachtungen und Selbstbeschreibungen – auch Gefahren einer Beförderung von Unmündigkeit in sich bergen können. Die nicht zuletzt durch die Praxis- und Gesprächskultur entstandene Bindung oder Nähe zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen dürfte beitragen zur Entwicklung und Legitimierung von Wünschen und Erwartungen nach ärztlicher Begleitung, nach Verantwortungsentlastung und Verantwortungsabgabe. Beispielhaft sei auf die in den Interviews enthaltenen Wünsche nach ärztlicher Begleitung in allen (schwierigen) Lebenssituationen – z.B. in Phasen mit Erziehungsproblemen – sowie eine damit verbundene Hoffnung auf Entlastung hingewiesen (vgl. Kap. 4.3.3.1). Verbinden sich Wünsche nach umfassender Entscheidungsdelegation mit mehr oder weniger verborgenen Varianten eines direktiven ho-

möopathisch-ärztlichen Vorgehens so stellt sich sogar die Frage, inwieweit ein solches Vorgehen Elemente enthält, die die Entwicklung von Unmündigkeit – aufgrund der engen Bindungen – bestärken können. Dazu ein Zitat aus einem der Interviews: „(...) und wir waren dann montags in X-Land (während des Urlaubs, Anmerk. d. Verf.) bei 'nem Lungenfacharzt, der 'n Lungenfunktionstest gemacht hat, und mein Sohn hatte 'ne Lungenkapazität grad noch von 45 %. Und daraufhin hab ich sie (die homöopathisch tätige Hausärztin, Anmerk. d. Verf.) dann wieder angerufen und da hat sie gesagt, sie brechen sofort ab, sie kommen sofort nach Hause, ich schreib ihnen Atteste, alles Mögliche, sie kommen am nächsten Tag, am Dienstag, hat mir sofort 'n Termin gegeben. Sagt sie am Dienstag um halb neun stehen sie hier, und wir werden es weiter untersuchen und werden weiter schauen, was wir machen können und ich schreib ihnen die Atteste für die, für den Reiseveranstalter, sie müssen sofort abbrechen. Und das ist also auch wie gesagt was nicht jeder Arzt ist sonntags für seine Patienten zu erreichen. Also da ist ist auch bei ihr in in solchen Notfällen sie, da ist sie immer immer erreichbar, also das ist fantastisch.“ (W2/707-721)

Zu problematisieren bleibt, welche Möglichkeiten des Umgangs denkbar erscheinen im Spannungsfeld aus erhoffter Entlastung durch Verantwortungsabgabe und einem, eher abstrakt aufscheinenden Ziel der Beförderung von Mündigkeit – nicht nur aber auch in Zusammenhängen gesundheitlicher Versorgung. Gerade vor dem Hintergrund einer rollenspezifischen Machtdifferenz ist in diesem Zusammenhang eine immer wiederkehrende Notwendigkeit gemeinsamer Thematisierung stillschweigender Verabredungen (wie z.B. der homöopathischen Grundverabredung, vgl. Kap. 4.3.3.2) zu beachten, die es den Patienten und Patientinnen ermöglicht, ihre Haltung im Spannungsfeld von Autonomie, Partizipation und Delegation neu zu überdenken. Zu erörtern ist ferner – nicht nur innerhalb individueller Begegnungen zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen sondern auch im Sinne eines interdisziplinären Diskurses –, wie eine fächerübergreifende Verbindung definierter Zuständigkeiten und Grenzen (z.B. bezogen auf die Fächer Medizin, Psychologie und Pädagogik) im Sinne bestmöglicher Versorgungsangebote gestaltet sein kann, um auf diesem Wege Autonomie zu stärken und Gefahren von Medikalisierung und Pathologisierung zu minimieren.

### **5.3 Anregungen für die Praxis, die Aus- Fort- und Weiterbildung sowie für die Forschung**

Im Folgenden möchten wir Anregungen für die Praxis, die Aus-, Fort- und Weiterbildung (5.3.1) sowie die Forschung (5.3.2) geben.

#### **5.3.1 Anregungen für die Praxis sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Eines der zentralen Ergebnisse der vorliegenden Studie ist, dass das Aufsuchen einer homöopathischen ÄrztIn, in weiten Teilen auf Störungen in der Kommunikation und Interaktion zwischen PatientInnen und ÄrztInnen zurückzuführen ist (vgl. Kap. 4) Diese ließen sich auf die Kommunikationsstruktur, ein mangelndes Interesse an den PatientInnen als Personen, fehlende aktive (oder nicht-direktive) Einbeziehung der PatientInnen in Diagnostik und Therapie sowie strukturelle Bedingungen zurückführen.

Die in unseren Interviews gefundene deutliche Betonung der Bedeutsamkeit der Individualität von Seiten der PatientInnen, weist unmissverständlich darauf hin, dass kranke Menschen in erster Linie als Menschen und nicht als Träger einer Krankheit gesehen werden möchten. Ein Befund, der sich auch in anderen Studien zeigte (vgl. Mercer et al. 2007). Ebenso wünschen PatientInnen sich, dass Ärzte und Ärztinnen ihnen mehr Zeit widmen. Auch dieses Resultat lässt sich durch Ergebnisse anderer Studien bestätigen. So hielten Marstedt (2003) und Marstedt & Moebus (2002) im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung ebenfalls fest, dass die zunehmende Popularität alternativmedizinischer Behandlungsmethoden unter anderem auf eine zufriedenstellendere Kommunikation, größere Empathie von Seiten der Professionellen sowie ein größeres Zeitbudget für die Konsultation zurückzuführen ist.

Mögliche Wege zur Verbesserung der Begegnung von PatientInnen und ÄrztInnen könnten sein:

#### **Aktives Zuhören**

Eine bewährte Methode für die Verbesserung von Kommunikation ist das so genannte „aktive Zuhören“ (vgl. Rogers 2007/1942). Dabei handelt es sich um eine Technik, die es dem Zuhörer erleichtert, einem Gespräch zu folgen, ohne unaufmerksam zu werden und die gleichzeitig dem Sprechenden deutlich macht, dass er gehört wird. Dazu können von der/dem Zuhörenden Mittel der nonverbalen Kommunikation wie Nicken, Augenkontakt, Mimik eingesetzt werden oder auch kurze sprachliche Laute (wie z.B. „mh“). Rückfragen, besonders nach der Befindlichkeit des Gegenübers, sind (an entsprechender Stelle) ebenso möglich, wie das Paraphrasieren des Gehörten. Die Paraphrasierung ist überdies eine gute Möglichkeit sich rückzuversichern, dass man das Gesagte richtig verstanden hat. Wichtig ist darüber hinaus, ungeteilte Aufmerksamkeit anzubieten. Wer in Papieren raschelt oder mit dem Kugelschreiber spielt, während die

GesprächspartnerIn über körperliche oder seelische Probleme berichtet, sendet das Signal aus, dass ihn das Berichtete nicht interessiert. Bereits seit längerer Zeit werden Seminare speziell für den hausärztlichen Bereich angeboten, in denen solche Kommunikationstechniken vermittelt werden (vgl. Breder 2001).

### **Patienteninformation als Information VOM Patienten als eine Säule der Diagnosestellung und Therapieplanung**

Eine weitere Möglichkeit der Verbesserung des Verhältnisses ließe sich durch eine größere Teilhabe der PatientInnen an Diagnosestellung und Therapiefindung erreichen. Die homöopathische Methode der Diagnostik und Mittelfindung scheint eine gleichberechtigte Atmosphäre zu schaffen, denn hier ist die ÄrztIn auf die Mitarbeit der PatientIn angewiesen. Ohne die Selbstbeobachtung und die detaillierte Schilderung der körperlichen und seelischen Befindlichkeit, kann das „richtige“ Mittel nicht gefunden werden (vgl. Kap. 4). Möglicherweise wird die Bedeutung der patientenseitigen Wahrnehmung in der Schulmedizin unterschätzt oder wie Ernst et al. es ausdrückten: „*To put it wryly: if all else fails, talk to your patient*“ (Ernst et al. 1997: 119). Nun bietet die in der Homöopathie übliche Abfragesystematik einen Rahmen für die Einbeziehung der Wahrnehmung der PatientIn und darüber hinaus die Möglichkeit für die PatientIn, aktiv zu sein. Etwas Vergleichbares existiert im Bereich der Schulmedizin nicht, bzw. nur in Ansätzen und für einen sehr eingegrenzten Anwendungsbereich. So ist es z.B. in der Behandlung von MigränepatientInnen nicht unüblich, dass die PatientInnen ein Migränetagebuch führen. Die Notizen dienen dazu, festzustellen, in welchen Situationen oder durch welche zugeführten Stoffe ein Migräneanfall ausgelöst worden ist. Über dieses Tagebuch lernen nicht nur die PatientInnen sich selber besser kennen, sondern auch der Arzt/die Ärztin erfährt mehr über den Menschen, den er/sie behandelt. Die Tagebücher bieten einen Anknüpfungspunkt für ein persönliches Gespräch und darüber hinaus wertvolle Informationen für die Therapie und Prävention. PatientInnen scheinen dem Führen solcher Tagebücher gegenüber recht aufgeschlossen zu sein (Müller & Berger 2008, unveröffentlichtes Interviewmaterial). Diese Methode ließe sich auch auf andere Erkrankungen anwenden und die Erhebungsaspekte erweitern – nicht zuletzt nach dem Bedarf der PatientInnen. Man könnte hier von einer Patienteninformation in einem ganz neuen Sinn sprechen: nicht als Information FÜR den Patienten, sondern als Information VOM Patienten. In der praktischen Umsetzung müssen jedoch auch die Gefahren eines Zuviel an Selbstbeobachtung im Blick behalten werden.

### **Strukturelle Maßnahmen/Praxisorganisation**

Ein nicht zu vernachlässigender Aspekt sind die strukturellen Gegebenheiten. Auch (oder gerade) Strukturen können Kommunikation fördern, Ängste abbauen und unterstützend auf die Bildung persönlicher Beziehungen wirken.



**Kommunikation braucht Zeit:** Zu Beginn einer Konsultation sollte Zeit und Gelegenheit sein, sich auf das jeweilige Gegenüber und auf die Situation einzustellen. Wer krank ist, trägt nicht deswegen sein Herz auf der Zunge. Darüber hinaus sind Arztkonsultationen in der Regel nicht positiv besetzt, die PatientInnen stehen also möglicherweise unter Stress. Daher sollte vor allem in einer Erstkonsultation Zeit sein dafür, sich ein wenig zu akklimatisieren. Das bedeutet zuallererst, dass die Termintaktung in der Praxis nicht zu eng sein sollte. Eine großzügigere Bemessung der Konsultationszeit führt, wie durch Untersuchungen bestätigt ist, in der Gesamtbilanz eher zu einem geringeren, „schlimmstenfalls“ jedoch ähnlichen Zeitaufwand, wie kurze, dafür aber zahlreichere Besuche (Bahrs 2003). Der Zeitrahmen, den Ärzte und Ärztinnen in Deutschland ihren PatientInnen in einer Konsultation zur Verfügung stellen, ist im Vergleich mit fünf anderen europäischen Ländern der niedrigste, während die Besuchsfrequenz die höchste ist (Bahrs 2003). Dieses Problem hat in den letzten Jahren sogar zugenommen (GEK Ärztebericht 2010) und kann so interpretiert werden, dass Anliegen, die nicht vorgetragen und Fragen, die nicht gestellt werden konnten, zu weiteren Arztbesuchen führen. Es führt also zu keiner Zeitersparnis, wenn Termine so kurz geplant werden, dass die Anliegen der PatientInnen nicht genügend Raum haben.<sup>18</sup>

**Persönliche Gestaltung des Aufeinandertreffens:** Für die persönlichere Gestaltung der Begrüßungssituation eignen sich z.B. Rituale. So ist es beispielsweise ein Alltagsritual, Bekannte, die man zufällig trifft, nach ihrem Befinden zu fragen. Das bezeugt eine größere Nähe, als das „Sagen der Tageszeit“, enthebt aber FragerIn und Gefragte langwierigen Überlegungen danach, was man bloß sagen soll. Der Austausch von Grußfloskeln ist in manchen Kulturkreisen von überbordendem Ausmaß, was darauf hinweist, dass – so floskelhaft die ausgetauschten Sätze auch sind – sie in Bezug auf die Bindung zwischen verschiedenen Personen einen großen Wert besitzen. Hier sollen nun keine konkreten Vorschläge zur Gestaltung dieser Eingangssituation gemacht werden, sondern nur generell darauf hingewiesen werden, dass die ersten Fragen sich mehr auf die Person und nicht auf den Konsultationsgrund richten sollten.

**Zweckmäßige Gestaltung der Praxisräume:** Es gibt zahlreiche Möglichkeiten durch die Gestaltung der Praxisräume deutlich zu machen, dass dort der Mensch (und nicht die Krankheit) im Vordergrund steht. Während eines Gesprächs sollten die Gesprächspartner auf den gleichen Stühlen und am selben Tisch sitzen, Funktionsräume sollten nur bei Bedarf aufgesucht werden. Über die Notwendigkeit des Tragens weißer Kittel kann ebenfalls nachgedacht werden. Generell ist nach Möglichkeiten zu suchen, die

---

<sup>18</sup> Die im Zusammenhang mit größeren Zeitbudgets möglicherweise auftretenden Vergütungsfragen können ohne entsprechende Effizienzstudien nicht beantwortet werden.

die Distanz zwischen PatientIn und Ärztin verringern, nach dem Motto: So alltagsnah wie möglich, so funktional wie nötig.

### **Akzeptanz und Respekt**

**Akzeptanz unterschiedlicher Wertvorstellungen:** Astin stellt auf Grund einer quantitativen Patientenbefragung als besonders bedeutsam die Kongruenz von Wertevorstellungen zu Gesundheits- und Lebensfragen mit dem jeweiligen therapeutischen Konzept heraus: *„The majority of alternative medicine users appear to be doing so not so much as a result of being dissatisfied with conventional medicine, but largely because they find these health care alternatives to be more congruent with their own values, beliefs and philosophical orientation towards health and life”* (Austin 1998: 1548). Über diese Übereinstimmung hinaus, scheint auch eine größere Betonung von Krankheitszusammenhängen, also eine Bezugnahme auf mögliche Ursachen oder begünstigende Faktoren, eine Rolle zu spielen (vgl. Kap. 4, s. dazu auch Kleinman et al. 2006/1978). Auch wenn im Falle divergierender Wertvorstellungen oder Annahmen über Ursachen und Zusammenhänge der Krankheitsentstehung keine Einigung auf gemeinsame Vorstellungen möglich ist, ist eine akzeptierende und respektierende Haltung notwendig. Aus der Forschung zum Umgang mit herkunftsbedingt anderen Vorstellungen von Krankheit und Heilung ist bekannt, dass es mit relativ wenig Aufwand möglich ist, andere Vorstellungen angemessen zu berücksichtigen (Borde & Albrecht 2007). Werden unterschiedliche Auffassungen nicht thematisiert und berücksichtigt, kann dies zu gravierenden Versorgungsmängeln wie höheren Fehldiagnosen, geringerer Compliance aber auch überproportionaler Nutzung des Gesundheitssystems führen. Auch hier gilt als *via regia*: „Fragen Sie Ihren Patienten.“

**Akzeptanz des Erlebens der PatientIn bei der Bestimmung von Behandlungszielen:** Für PatientInnen ist das „Kranksein“ der primäre Bezugspunkt, während für Professionelle dies die Krankheit ist (vgl. 4.2.4). Laut Kleinman et al. ist das systematische Ignorieren des Krankseins zum Teil für Non-Compliance, Unzufriedenheit von PatientInnen mit der Gesundheitsversorgung verantwortlich (vgl. Kleinman et al. 2006/1978). In der vorliegenden Studie konnten die möglichen Probleme, die durch Nicht-Übereinstimmung von Kranksein und Krankheit, aber auch von Therapiemaßnahmen entstehen, abgebildet werden (vgl. 5.1.1.2). Möglicherweise kann hier eine Annäherung über das Erfragen und Abstimmen der jeweiligen Behandlungsziele hilfreich sein. Von Kiresuk und Sherman wurde für diesen Zweck die „Goal Attainment Scale“ entwickelt, ein Instrument, das die Festlegung individueller Ziele ermöglicht. Ursprünglich für den Einsatz im psychiatrischen Bereich gedacht, wird dieses Instrument jedoch in letzter Zeit vermehrt auch in anderen Bereichen eingesetzt, so z.B. in der Physiotherapie oder auch in der Gesundheitsförderung (wie z.B. im Projekt „Aktionsbündnisse Gesun-

de Lebensstile und Lebenswelten“ des *IPP Bremen* [[www.dlr.de/.../Kurzbeschreibung\\_des\\_Evaluationsprojektes\\_AB.pdf](http://www.dlr.de/.../Kurzbeschreibung_des_Evaluationsprojektes_AB.pdf)]).

### **Ärztliche Zugewandtheit und Empathie**

Ein wesentliches Ergebnis der Studie zeigt sich in dem Anliegen der Interviewpartnerinnen und -partner nach einer interessierten, zugewandten und empathischen Haltung der sie behandelnden Ärzte und Ärztinnen (vgl. Kap. 4). Eine Erörterung dieses patientenseitigen Anliegens findet sich – innerhalb wie außerhalb des Bereichs der Komplementärmedizin – auch in Literatur. So weist zum Beispiel eine Fragen der Komplementärmedizin nicht berührende qualitative Studie aus Schottland darauf hin, welche große Bedeutung neben der Einschätzung der fachlichen Kompetenz von Ärzten und Ärztinnen vor allem der Eindruck hat, sich als Individuum wahrgenommen zu fühlen. Ferner wird geschätzt, wenn Ärzte und Ärztinnen auch „das größere Bild“ interessiert und nicht nur „Befunde“ (Mercer et al. 2007). Diese Untersuchung ist im Kontext dieser Studie v.a. deshalb bedeutsam, weil Patienten und Patientinnen aus sozialen Brennpunkten befragt wurden und damit noch einmal ein starkes Argument gegen eine „Mittelschichtanfälligkeit“ der Kommunikationshypothese entwickelt worden ist. Es scheint aber außerordentlich schwierig zu sein, in der „konventionellen“ Medizin auf entsprechende Kritik wirksam zu reagieren. Die Aufgabe ist erkannt, Rezepte sind nicht leicht auszustellen: „In short, the answer is to appreciate that the popularity of complementary medicine may be an indicator that general practice is not always providing what all good GPs know that it should: deeply caring doctors who provide a service that they would be happy to use themselves” – so formulierte 2000 der Londoner GP Philip White im *British Journal of General Practice*. Es sollte „eigentlich“ einfach sein, eine zugewandte Haltung gegenüber Patienten und Patienten zu entwickeln und spürbar werden zu lassen. Auch wenn man sehen muss, dass mit Begriffen wie Empathie die Problematik Komplementär- versus Schulmedizin natürlich noch nicht ausreichend beschrieben ist, scheint hier in jedem Fall ein weiter zu professionalisierendes Feld für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten und Ärztinnen auf.

Anknüpfend an die Vorstellung, dass ärztliches Interesse, ärztliche Zugewandtheit und Empathie patientenseitige Aktivität im Umgang mit Beschwerden und Erkrankungen befördern können, liegen in dieser Verwobenheit ärztlicher und patientenseitiger Haltungen weiterführende Chancen für Partizipationsprozesse. Dabei ist von einer vielfältigen Gestaltung einer Partizipation auf Seiten der Patienten und Patientinnen (vgl. Kap. 4.3.3.2) – und vermutlich auch auf Seiten der Ärzte und Ärztinnen – auszugehen. Berührt wird mit dieser Thematik die Frage nach bisherigen und zukünftigen Rollen von Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen. Ging es in der Vergangenheit um eine tendenziell „passive“ Patientenrolle im Verhältnis zu einer tendenziell „heilenden“ Rolle von Ärzten/Ärztinnen, so ist – gerade in Zeiten einer Zunahme chronischer Erkrankungen – von einem Wandel auszugehen hin zu einer aktiveren Patienten- und

Patientinnenrolle verbunden mit ärztlicher Information, Beratung und kontinuierlicher Begleitung unter Berücksichtigung von Individualität der Patienten und Patientinnen. Ein dieserart gestalteter Wandel, der nachhaltig auf Veränderungen ärztlicher wie patientenseitiger Rollen im Kontext des Versorgungssystems abzielt, bedarf auf ärztlicher Seite – im Rahmen von Studium, Fort- und Weiterbildung – Räume zur Auseinandersetzung mit ärztlichem Selbstverständnis im Spiegel gesellschaftlicher Veränderungen. Grundlegend denkbar ist die Beförderung eines hermeneutischen (Fall-) Verstehens, auf das bereits im Rahmen der Fachdefinitionen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin hingewiesen wird ([www.degam.de/fachdefinition.html](http://www.degam.de/fachdefinition.html)). Mit Blick auf dieses Ziel könnten im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung, Ausschnitte aus Interviews mit Patienten und Patientinnen in Gruppen von (angehenden) Ärzten und Ärztinnen betrachtet und interpretiert werden, um auf diesem Wege nicht nur Verstehensprozesse zu initiieren sondern zugleich Auseinandersetzungen über Bedarf, Bedürfnisse wie auch rollenspezifische Erwartungen anzuregen. Entlang der vorliegenden Studie deutlich geworden ist die Gratwanderung zwischen der Entfaltung von Nähe in der Arzt-Patienten-Beziehung als Basis der Versorgung und zugleich der Gefahr, durch „zuviel“ Nähe Abhängigkeitsstrukturen zu stärken (vgl. Kap. 4.3). Facetten dieser Gratwanderung werden wesentlich zu erörtern sein im Verlauf von Diskursen über eine Veränderung der Rollen von Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen.

### **5.3.2 Ansatzpunkte für eine weiterführende Forschung**

Die vorhandene Spannbreite von Paternalismus bis Partizipation im Kontext homöopathisch-ärztlicher Versorgung ist entlang der vorliegenden Studie aufgezeigt und entfaltet worden (vgl. Kap. 4.3). Im Rahmen der Literatur konnte nur eine Arbeit gefunden werden, die sich empirisch gestützt (halbstrukturierte Interviews mit Patienten und Patientinnen, welche die Option „konventionell“ und „komplementär“ parallel nutzen konnten) ausdrücklich zu der Frage „Paternalismus und Homöopathie“ äußert (Fadlon 2004). Die entsprechende Kernstelle aus der Diskussion der Arbeit lautet: „The alternative treatment itself...can embody both paternalism and egalitarianism. The Homeopathic encounter...is highly cooperative during preliminary case taking, since the Homeopath depends on the information provided by the patient. In classical Homeopathy theory there is only one effective remedy which the practitioner prescribes, and therefore this stage of the consultation is very paternalistic, and patients do not usually even learn the name of the remedy they are taking“ (Fadlon 2004: 2427). Fragen zur Gestaltung partizipativer Versorgungsprozesse – im Sinne eines abstrakt aufscheinenden Ideals im Verhältnis zu ärztlichen wie patientenseitigen Erwartungen und Vorstellungen – dürften ein wesentliches Thema für zukünftige Forschung darstellen. In diesem Zusammenhang bleibt auch zu verweisen auf die Problematik fragmentierter Versorgungskontexte verbunden mit der Annahme, dass im Rahmen homöopathisch-ärztlicher Versorgung ein „Zusammenfügen“ dieser Fragmentierung erfolgt, z.B. im

Sinne einer Beratung von Patienten und Patientinnen zu Empfehlungen, die von schulmedizinisch orientierten Ärzten und Ärztinnen ausgesprochen worden sind (vgl. 4.3). Denkbar ist, diese Thematik vertiefend zu untersuchen auf ihr Potential für eine Veränderung bzw. Umstrukturierung des Versorgungsystems im Sinne einer Überbrückung bestehender Fragmentierung.

Aus der Sicht der transkulturellen Psychiatrie deutet Kirmayer die Attraktivität der komplementären Medizin in den Industrienationen sowohl mit patientenseitigen Erfahrungen der Grenzen der modernen Medizin wie der metaphorischen Übersetzungsleistung der Komplementärmedizin, welche Ganz-Sein, Lebensbalance und Wohlempfinden adressiert (Kirmayer 2004). Es wäre reizvoll, danach zu fragen, ob sich derartige Deutungen durch weitere Befunde der Psychiatrie- und Psychotherapieforschung ergänzen lassen und damit vielleicht noch einmal ein ganz anderer Blick auf den Stellenwert der Homöopathie ermöglicht wird. Ohne hierzu mit dem Material dieser Studie bereits Antworten liefern zu können, liegt nahe, danach zu fragen, welche Bedeutung die Bindung zwischen homöopathisch tätigen Ärzten und Ärztinnen und ihren Patienten und Patientinnen hat. Hier ergeben sich möglicherweise interessante Forschungsperspektiven in Anknüpfung an die Theorie der „Common Factors“ in der Psychotherapieforschung. Der Begriff geht auf Saul Rosenzweig zurück, der vermutlich als erster die Frage gestellt hat, ob tatsächlich von einer spezifischen Wirksamkeit unterschiedlicher psychotherapeutischer Methoden gesprochen werden kann oder ob es nicht „allgemeine“ patienten- wie therapeutenseitige Faktoren gibt, welche Behandlungserfolg oder –misserfolg ausmachen (Rosenzweig 1936). Duncan (2002) hat in einem Rückblick auf Rosenzweigs Arbeiten als besonders wichtig erachtet: Aufmerksamkeit für die Ziele des Patienten/der Patientin wie Aufmerksamkeit für die Reaktionen des Patienten/der Patientin auf Kommentare, Erklärungen, Deutungen, Fragen und Vorschläge. Und weiter nennt Duncan als therapeutisch relevante Prinzipien „Placebo, Hope and Expectancy“. Schließlich wird als übergreifende Interpretation angeboten, dass Heilung immer an Rituale gekoppelt ist, welche die positive Erwartung bei den Patienten und Patientinnen erzeugen, dass der Heiler tatsächlich über spezifische Befähigungen zur Heilung verfügt<sup>19</sup>. Die Frage, ob möglicherweise Psychotherapie und komplementärmedizinische Verfahren jeweils von „common factors“ profitieren bzw. stark auf ihnen fußen, wurde unseres Wissens erstmals von Hyland gestellt, und sein Resümee verweist darauf, dass hier möglicherweise ein ergiebiges Forschungsfeld brach liegt: „The therapist matters, but how or why we do not know. We need a better understanding of therapist effects, in psychotherapy, in CAM and also amongst physicians“ (Hyland 2002: 361).

---

<sup>19</sup> Es geht hier wohl bemerkt nicht um eine Bewertung des Methodenstreits in der Psychotherapieforschung sondern ausschließlich um die Frage, ob die Theorie der „Common Factors“ für weitere Untersuchungen zum Verständnis des Standortes der Homöopathie Anregungen liefern könnte. Zur entsprechenden Debatte in der Psychotherapieforschung s. z.B. die kontroversen Standpunkte von Luborsky et al. (2002) und Strauß (2001).

## Literatur

- AKdÄ – Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Außerhalb der wissenschaftlichen Medizin stehende Methoden der Arzneitherapie. Deutsches Ärzteblatt 1998; 95 (14): A800-A805.
- Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung. Ethik und Datenschutz im Kontext qualitativer Forschung. Bremen 2009. [http://www.akg.uni-bremen.de/pages/arbeitspapierBeschreibung.php?ID=12&SPRACHE=DE&Bestell\\_AP=2d4ca01445c69aa77d1512bbc80557f1](http://www.akg.uni-bremen.de/pages/arbeitspapierBeschreibung.php?ID=12&SPRACHE=DE&Bestell_AP=2d4ca01445c69aa77d1512bbc80557f1) [eingesehen am 29.01.2010].
- Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. JAMA 1998; 279(19): 1548-1553.
- Bahrs O. Mein Hausarzt hat Zeit für mich. Wunsch und Wirklichkeit. Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. G+G Wissenschaft 2003; 3 (1): 17-23.
- Becker-Witt C, Ludtke R, Weissshuhn TE, Willich SN. Diagnoses and treatment in homeopathic medical practice. Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd 2004; 11(2): 98-103.
- Borde T, Albrecht N. Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder. Frankfurt am Main: IKO; 2007.
- Breder C. Aktiv zuhören und effektiv informieren. Deutsches Ärzteblatt 2001; 98 (26): A1728.
- Bücker B, Groenewold M, Schoefer Y, Schafer T. The use of complementary alternative medicine (CAM) in 1001 German adults: results of a population-based telephone survey. Gesundheitswesen 2008; 70(8-9): 29-36.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Social Science & Medicine 1999; 49: 651-661.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared Decision-Making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). Social Science & Medicine 1997; 44 (5): 681-692.
- Cucherat M, Haugh MC, Gooch M, Boissel JP. Evidence of clinical efficacy of homeopathy. A meta-analysis of clinical trials. HMRAG. Homeopathic Medicines Research Advisory Group. Eur J Clin Pharmacol 2000; 56(1): 27-33.
- Davis MP, Darden PM. Use of complementary and alternative medicine by children in the United States. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2003; 157: 393-6.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Fachdefinition 2002. <http://www.degam.de/fachdefinition.html> am 15.07.2007 [eingesehen am 04.02.2010].
- Dinges M (Hrsg.). Weltgeschichte der Homöopathie, Länder – Schulen – Heilkundige. München: Beck Verlag; 1996.

- Duncan B. The Legacy of Saul Rosenzweig: The profundity of the dodo bird. *Journal of Psychotherapy Integration* 2002; 12: 32-57 (hier zitiert nach [http://www.talkingcure.com/uploadedFiles/Common\\_Factors.pdf](http://www.talkingcure.com/uploadedFiles/Common_Factors.pdf) ).
- Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *New England Journal of Medicine* 1993; 328: 246-52.
- Elwyn G, Edwards A, Rhydderch M. (Übersetzung von Simon D, Härter M.) Shared Decision Making: das Konzept und seine Anwendung in der klinischen Praxis. In: Härter M, Loh A, Spieß C. (Hg.) *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitssystem*. Köln: Dt. Ärzte Verlag 2005: 3-12.
- Ernst E, Resch K und Hill S. Do complementary practitioners have a better bedside manner than physicians? *Journal of the Royal Society of Medicine* 1997; 90: 118-9.
- Fadlon J. Unrest in Utopia: Israeli patients' dissatisfaction with non-conventional medicine. *Social Science & Medicine* 2004; 58: 2421-2429.
- Federspiel K, Herbst V. *Die Andere Medizin. „Alternative“ Heilmethoden für Sie bewertet*. Stiftung Warentest; 2005.
- Flick U, von Kardoff E, Steinke I. (Hg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag; 2000.
- Flick U. *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag; 2002, 2007.
- Frei H, Everts R, von Ammon K, Kaufmann F, Walther D, Schmitz SF, et al. Randomised controlled trials of homeopathy in hyperactive children: treatment procedure leads to an unconventional study design. Experience with open-label homeopathic treatment preceding the Swiss ADHD placebo controlled, randomised, double-blind, cross-over trial. *Homeopathy*. 2007; 96(1): 35-41.
- Geiser M. Hochkonjunktur des „Bazar du bizarre“. *Schweizerische Ärztezeitung* 2001; 82 (16): 793-794.
- Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine. Why study narrative? *British Medical Journal* 1999; 318: 48-50.
- Härtel U, Volger E. Inanspruchnahme und Akzeptanz klassischer Naturheilverfahren und alternativer Heilmethoden in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. *Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd* 2004;11: 327-334
- Härter M, Loh A, Spieß C. (Hg.) *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitssystem*. Köln: Dt. Ärzte Verlag; 2005.
- Hamann J, Neuner B, Kasper J et al. Participation preferences of patients with acute and chronic conditions. *Health expectations* 2007; 10: 358-63.
- Harris P, Rees R. The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population: a systematic review of the literature. *Complementary Therapies in Medicine* 2000; 8: 88-96.
- Hyland ME. A tale of two therapies: psychotherapy and complementary and alternative medicine (CAM) and the human effect. *Clinical Medicine* 2002; 5: 361-367.

- Jacobs J, Jimenez LM, Gloyd SS, Gale JL, Crothers D. Treatment of acute childhood diarrhea with homeopathic medicine: a randomized clinical trial in Nicaragua. *Pediatrics* 1994; 93(5): 719-25.
- Jacobs J, Jimenez LM, Malthouse S, Chapman E, Crothers D, Masuk M, et al. Homeopathic treatment of acute childhood diarrhea: results from a clinical trial in Nepal. *J Altern Complement Med* 2000; 6(2): 131-9.
- Kiresuk TJ, Sherman RE. Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal* 1968; 4: 443-453.
- Kirmayer LJ. The cultural diversity of healing: meaning, metaphor and mechanism. *British Medical Bulletin* 2004; 69: 33-48.
- Kleijnen J, Knipschild P, ter Riet G. Clinical trials of homoeopathy. *BMJ* 1991; 302(6772): 316-23.
- Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Focus* 2006; 4(1): 140-9. (Nachdruck der Originalveröffentlichung aus *Annals of Internal Medicine* 1978; 88: 251-258). Verfügbar unter: <http://focus.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/4/1/140>. [eingesehen am 29.01.2010].
- Knoblauch H. Qualitative Methoden am Scheideweg. Jüngere Entwicklungen der interpretativen Sozialforschung. Mittagsvorlesung. 4. Berliner Methodentreffen Qualitative Forschung. 4.-5. Juli 2008. Verfügbar über [http://www.qualitative-forschung.de/methodentreffen/archiv/texte/texte\\_2008/knoblauch.pdf](http://www.qualitative-forschung.de/methodentreffen/archiv/texte/texte_2008/knoblauch.pdf) [eingesehen am 02.06.2009].
- Lalouschek J. Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Randolphzell: Verlag für Gesprächsforschung; 2002.
- Leary B. The homoeopathic management of cholera in the nineteenth century with special reference to the epidemic in London, 1854. *Med Ges Gesch* 1997;16:125-44.
- Linde K, Clausius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F, Hedges LV, et al. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Lancet* 1997; 350(9081): 834-43.
- Linde K, Melchart D. Randomized controlled trials of individualized homeopathy: a state-of-the-art review. *J Altern Complement Med* 1998 Winter; 4(4): 371-88.
- Luborsky L, Rosenthal R, Diguier L, Andrusyna TP, Berman JS, Levitt JT, Selgman DA, Krause ED. The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well – Mostly. *Clinical Psychology - Science and Practice* 2002; 6: 95-106.
- Ludtke R, Rutten AL. The conclusions on the effectiveness of homeopathy highly depend on the set of analyzed trials. *J Clin Epidemiol* 2008; 61(12): 1197-204.
- Marstedt G, Moebus S. Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 9. Berlin: Robert Koch Institut; 2002.
- Marstedt G. Alternative Medizin: Eine Bilanz aus Patientensicht. In: *Gesundheitsmonitor, Newsletter der Bertelsmann-Stiftung*, Nr. 2/03, Juni 2003, 2-5.
- Mayring P. Einführung in die Qualitative Sozialforschung. 5.Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Verlag; 2002.



- Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8.Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Verlag; 2003.
- Mercer SW, Cawston PG, Bikker AP. Quality in general practice consultations; a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. *BMC Family Practice* 2007; 8:22 ([www.biomedcentral.com/1471-2296/8/22](http://www.biomedcentral.com/1471-2296/8/22)).
- Mercer SW, Reilly D. A qualitative study of patient's views on the consultation at the Glasgow Homoeopathic Hospital, an NHS integrative complementary and orthodox medical care unit. *Patient Educ Couns.* 2004; 53(1): 13-8.
- Meuser M, Nagel U. ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitative Methodendiskussion. In: Bogner A, Littig B, Menz W. (Hg.) *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung.* 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2005: 71-93.
- Müller VE, Berger B. Nutzerinneninterviews zum Informationspaket 'Wechseljahre' der Gesundheitsinformationsseite des IQWiG. Projektbericht. Verfügbar unter: [www.akg.uni-bremen.de](http://www.akg.uni-bremen.de) – Projekte. [Eingesehen am 29.01.2010].
- Pschyrembel – Naturheilkunde und alternative Heilverfahren. 3. überarb. Aufl. Berlin: De Gruyter; 2006.
- Pschyrembel – Wörterbuch Naturheilkunde und alternative Heilverfahren mit Homöopathie, Psychotherapie und Ernährungsmedizin. 2. Aufl. Berlin: De Gruyter 2000
- Randomised controlled trials of homeopathy in hyperactive children: treatment procedure leads to an unconventional study design. Experience with open-label homeopathic treatment preceding the Swiss ADHD placebo controlled, randomised, double-blind, cross-over trial. *Homeopathy* 2007; 96(1): 35-41.
- Richardson J. What patients expect from complementary therapy: a qualitative study. *Am J Public Health.* 2004; 94(6): 1049-53.
- Rise MB, Steinsbekk A. How do parents of child patients compare consultations with homeopaths and physicians? A qualitative study. *Patient Educ Couns* 2009; 74(1): 91-6.
- Rogers C. Die nicht direktive Beratung. 12. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch-Verlag; 2007. Originaltitel: *Counselling and Psychotherapy.* Boston 1942
- Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry* 1936; 6: 412-415.
- Scheibler F, Pfaff H. (Hg.) *Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess.* Weinheim und München: Juventa Verlag; 2003a.
- Scheibler F, Pfaff H. Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. *Soz.-Präventivmed* 2003b; 48: 11-24.
- Schmacke N. Therapietreue neu gedacht. Das Ende der Folgsamkeit. *Gesundheit und Gesellschaft* 2009; Spezial 5: 4-5.
- Shang A, Huwiler-Muntener K, Nartey L, Juni P, Dorig S, Sterne JA, et al. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. *Lancet* 2005; 366(9487): 726-32.
- Siahpush M. Why do people favour alternative medicine? *Aust N Z J Public Health* 1999; 23(3): 266-71.

- Siahpush M. Postmodern values, dissatisfaction with conventional medicine and popularity of alternative therapies. *Journal of Sociology* 1998; 34(1): 58-70.
- Simon FB, Clement U, Stierlin H. *Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular*. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2004.
- Singh S, Ernst E. *Gesund ohne Pillen*. München: Carl Hanser; 2009.
- Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I. (Hg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag; 2000: 319-331.
- Strauss B. Abschied vom Dodo-Vogel: Störungsspezifische versus allgemeine Therapie aus der Sicht der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Psychosomatische Medizin und medizinische Psychologie* 2001; 51: 425-429.
- Thompson TD, Weiss M. Homeopathy-what are the active ingredients? An exploratory study using the UK Medical Research Council's framework for the evaluation of complex interventions. *BMC Complement Altern Med* 2006; 6: 37.
- Tindle HA, Davis RB, Phillips RS, Eisenberg DM. Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2005; 11: 42-9.
- Walach H. Verblindung in klinischen Homöopathie-Studien? In: Hornung J, editor. *Forschungsmethoden in der Komplementärmedizin- Über die Notwendigkeit einer methodologischen Erneuerung*. Stuttgart: Schattauer; 1996, 1-16.
- White P. What can general practice learn from complementary medicine? *British Journal of General Practice* 2000; 50: 821-823.
- Witt C, Albrecht H, (Hrsg.): *New directions in homeopathy research-advice from an interdisciplinary conference*. Essen: KVC-Verlag; 2009.
- Witt CM, Brinkhaus B, Pach D, Reinhold T, Wruck K, Roll S, et al. Homeopathic versus conventional therapy for atopic eczema in children: medical and economic results. *Dermatology*. 2009; 219(4): 329-40.
- Witt CM, Ludtke R, Baur R, Willich SN. Homeopathic medical practice: long-term results of a cohort study with 3981 patients. *BMC Public Health*. 2005; 5: 115.
- Zutavern A, Schaaf B, von Berg A, Borte M, Herbarth O, Wichmann HE, et al. Inanspruchnahme von Homöopathie und Konsultation von Heilpraktikern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 2007;155(5): 439-45.

## Anhang

### Anhang 1: „Checkliste Erstkontakt“

Kodierung:

Suchstrategie	
in homöopathischer Behandlung seit (Zeitraum angeben, mind. 12 Monate)	
bei wem?	Allgemeinmediziner/in ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (AUSCHLUSS!)  <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin mit Diplom des DZVhÄ <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin mit BÄK-Zusatzausbildung Homöopathie (nur wenn nicht genügend mit DZVhÄ-Diplom) <input type="checkbox"/> andere (AUSCHLUSS!): _____
Kassen oder Privatpraxis	<input type="checkbox"/> Kassenpraxis <input type="checkbox"/> Privatpraxis
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich vers., wenn ja: <input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> andere  <input type="checkbox"/> mit Zusatzversicherung alternative Heilverfahren  <input type="checkbox"/> privat versichert
Behandlungsgrund (keine Erkrankung ausschließen, wenn allerdings genügend TeilnehmerInnen mit chron. Erkrankungen, dann andere InteressentInnen ausschließen) (ggf. Anzahl Arztkontakte im letzten Jahr)	
Kinder, wenn ja: auch in homöopath. Behandlung.?	
Alter	
Wohnort:	<input type="checkbox"/> Stadt <input type="checkbox"/> Land
Aktuell berufstätig als	
(Berufsabschluss)	
Familiäre Situation (allein lebend, Partner, Kinder im Haus)	

## Anhang 2: Einwilligungserklärung (vormals Einverständniserklärung)

VFwF e.V. • Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung  
Wilhelm-Herbst-Str. 7 • 28359 Bremen

Frau / Herr

Vorname, Name

Straße

Wohnort

Datum

**Forschungsvorhaben:** „*Perspektiven von Patientinnen und Patienten auf ihre Versorgung durch homöopathisch tätige Ärzte und Ärztinnen – Eine qualitative Studie*“

### Erklärung der Projektleitung

Hiermit erklärt der Projektleiter, Herr Prof. Dr. med. Norbert Schmacke,

- dass alle von Ihnen gemachten Angaben vollständig anonymisiert werden, so dass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich sein wird und
- dass Tonbandaufzeichnungen sowie personenbezogene Daten jeweils getrennt voneinander in verschlossenen Schränken aufbewahrt werden und nur der Projektleiter sowie die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter Zugang zu diesen Daten haben.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift)

### Einverständniserklärung der/des Interviewten

Hiermit versichere ich, Frau / Herr \_\_\_\_\_,

dass Teile meines Interviews unter Wahrung der Anonymität im Rahmen des oben genannten Forschungsvorhabens und damit verbundenen Publikationen und Vorträgen genutzt werden können.

Darüber hinaus gestatte ich, dass Teile des Interviews unter Wahrung der Anonymität im Rahmen der Lehre im Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen genutzt werden können:  ja  nein.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift)

Stand der Einverständniserklärung: 13.10.2008

Die Einwilligungserklärung der AKG ist nach Durchführung des Projektes weiterentwickelt worden. Der aktuelle Stand der Erklärung ist dem Gesamtkonzept der AKG zu Ethik und Datenschutz im Kontext qualitativer Forschung (Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung 2009) zu entnehmen.

### Anhang 3: Transkriptionsnotationen

(sec.)	Pause mit Angabe der Dauer in Sekunden (ab ca. 5 Sek.)
?	Frageintonation
,	kurzes Absetzen zwischen den Satzteilen (Komma)
.	fallende Intonation (Satzende) (Punkt)
<u>Unterstreichu</u>	auffällige Betonung
(unverständlich)	unverständliche Textteile
Wortabbru_	Markierung eines Abbruchs innerhalb der Wortgrenze
(lachend)	Charakterisierung nichtsprachlicher Vorgänge
(gewesen[?])	schlecht verständliches Wort
„Da sagte sie: ‚Ich möchte gerne das Buch bestellen‘.“	Kennzeichnung wörtlicher Rede innerhalb eines Zitats
(...)	Kennzeichnung einer Auslassung innerhalb eines Zitats

#### Anhang 4: Leitfadentwurf für das Homöopathie Projekt

##### **Begrüßung und Einleitung**

Ich komme von der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung in Bremen und bin beteiligt an einem Forschungsprojekt zum Thema **„Perspektiven von Patientinnen und Patienten auf ihre Versorgung durch homöopathisch tätige Ärzte und Ärztinnen – Eine qualitative Studie“**. Leiter des Projektes ist Herr Prof. Dr. Norbert Schmacke, Hochschullehrer an der Universität Bremen und Leiter der Arbeitsstelle Gesundheitsversorgungsforschung.

Im Mittelpunkt des Forschungsprojektes stehen Erlebnisse und Erfahrungen von Patienten und Patientinnen mit homöopathisch-ärztlicher Behandlung aber auch Vergleiche zwischen homöopathisch-ärztlicher und schulmedizinischer Versorgung. Das Interview wird voraussichtlich mindestens eine Stunde, vielleicht auch länger dauern. Wie telefonisch besprochen, wird das Gespräch auf Band aufgezeichnet, später abgeschrieben, anonymisiert und dann ausgewertet. Ihre Aussagen werden selbstverständlich streng vertraulich und anonym behandelt. Ihr Arzt/Ihre Ärztin erhält von uns keinerlei Informationen zu diesem Gespräch.

Im Projekt wird ein Bericht erstellt, in dem die Auswertung aller Interviews zusammengefasst wird. Enthalten sind in dem Bericht auch anonymisierte Zitate aus den Interviews. Der Bericht wird in ca. einem Jahr vorliegen.

Nach der Einleitung folgen das Besprechen der Einwilligungserklärung und der Aufwandsentschädigung sowie die Möglichkeit, offen gebliebene Fragen zu erörtern.

**Erzählaufforderung**

Ich möchte Sie bitten, sich zurück zu erinnern an Ihre ersten Erlebnisse mit homöopathisch-ärztlicher Behandlung; in welcher Lebenssituation Sie sich befunden haben und wie Ihr damaliger Weg zur Homöopathie verlaufen ist. Sie können sich für Ihre Erinnerungen gerne so viel Zeit nehmen, wie Sie möchten, auch für Einzelheiten, denn für mich ist alles das interessant, was für Sie wichtig ist.

<b>Erfahrungen mit homöopathischer Medizin/ Aktuelle Einschätzungen</b>	<b>Mögliche Nachfragen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie ist es dazu gekommen, dass Sie einen homöopathisch tätigen Arzt/eine homöopathisch tätige Ärztin für Ihr gesundheitliches Problem aufgesucht haben?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit wann sind Sie in homöopathisch-ärztlicher Behandlung? (Notiz: Arztwechsel in der Vergangenheit)</li> </ul>
<p><b>Kinder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sie haben sich für eine homöopathisch-ärztliche Behandlung Ihres Kindes/Ihrer Kinder entschieden. Wie ist es dazu gekommen, dass Sie einen homöopathisch tätigen (Kinder-)Arzt, eine homöopathisch tätige (Kinder-)Ärztin aufgesucht haben?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit wann ist Ihr Kind/ sind Ihre Kinder in homöopathisch-ärztlicher Behandlung? (Notiz: Arztwechsel in der Vergangenheit)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Welche Erinnerungen haben Sie an die erste Begegnung mit dem homöopathisch tätigen (Kinder-)Arzt/der homöopathisch tätigen (Kinder-)Ärztin?</li> <li>▪ Bitte lassen Sie die gesamte Zeit, in der Sie/Ihre Kinder in homöopathisch-ärztlicher Behandlung sind, einmal Revue passieren. Was ist (für Sie) anders geworden, seit Sie/Ihre Kinder in homöopathisch-ärztlicher Behandlung sind? (Notiz: welche Erkrankungen, welche Aspekte: psychosoziale Krankheitsbewältigung, Symptombehandlung, ...)</li> <li>▪ Welche weiteren Erfahrungen haben Sie mit homöopathisch-ärztlicher Behandlung gemacht?</li> <li>▪ Bei welchen weiteren Ärzten und Ärztinnen sind Sie/Ihre Kinder in Behandlung?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Inwiefern hilft Ihnen/Ihren Kindern die homöopathisch-ärztliche Behandlung?</li> <li>▪ Wenn Sie an den Verlauf Ihrer Erkrankung/der Erkrankung Ihrer Kinder denken; was schätzen Sie an der Homöopathie am meisten?</li> <li>▪ Inwieweit haben Sie auch (weniger) gute Erfahrungen mit homöopathisch-ärztlicher Behandlung gemacht?</li> <li>▪ Ist der/ die homöopathisch tätige Arzt/die homöopathisch tätige Ärztin zugleich Hausarzt/Hausärztin oder erfolgt parallel eine Versorgung durch schulmedizinische Hausärzte/Hausärztinnen?</li> <li>▪ Welcher Arzt/ welche Ärztin hat die U-Untersuchungen durchgeführt?</li></ul>
---	---



<b>Homöopathische Medizin versus Schulmedizin</b>	<b>Mögliche Nachfragen</b>
<p>Nun würde ich Ihnen gerne einige Fragen stellen, die sich darauf beziehen, wie Sie Schulmedizin und Homöopathie jeweils einschätzen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welche Erwartungen haben Sie speziell an eine homöopathisch-ärztliche Behandlung (bezogen auf sich selbst/ bezogen auf Ihre Kinder)?</li> <li>▪ Worin liegen für Sie Unterschiede zwischen schulmedizinischer und homöopathisch-ärztlicher Behandlung?</li> <li>▪ Sie/Ihre Kinder werden von einem (Kinder-)Arzt/einer (Kinder-)Ärztin behandelt, die sowohl schulmedizinisch als auch homöopathisch vorgeht. Wie kommt es jeweils zu der Entscheidung für ein schulmedizinisches bzw. ein homöopathisch-ärztliches Vorgehen?</li> <li>▪ Inwiefern sind auch Ihre Kinder in homöopathisch-ärztlicher Behandlung (gewesen)? (Sofern die Kinder der Interviewpartner und –partnerinnen bereits erwachsen sind.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ich möchte Sie bitten, das, was Sie schon gesagt haben, noch einmal unter folgender Frage zu betrachten: Was macht für Sie das Besondere der Homöopathie aus?</li> <li>▪ Inwiefern hat es auch mal Unterbrechungen in der homöopathisch-ärztlichen Behandlung (Ihrer Kinder) gegeben? Wie ist es zu diesen Unterbrechungen gekommen?</li> </ul>

<b>Kommunikation und Interaktion</b>	<b>Mögliche Nachfragen</b>
<p>Im Folgenden werde ich jetzt noch einmal Dinge nachfragen, über die Sie (teilweise) schon (eine Menge) berichtet haben. Vielleicht mögen Sie an dieser Stelle den einen oder anderen Aspekt noch vertiefen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bitte stellen Sie sich vor, Sie haben für sich/für Ihre Kinder einen Termin bei Ihrem homöopathisch tätigen (Kinder-)Arzt/Ihrer homöopathisch tätigen (Kinder-)Ärztin. Vielleicht mögen Sie einmal beschreiben, wie ein solcher Termin aus Ihrer Perspektive verläuft. (Stichworte: Anamnese, Therapieentscheidung, Therapieverlauf)</li> <li>▪ Was ist für Sie besonders wichtig, wenn Sie an die Begegnung mit Ihrem (Kinder-)Arzt/Ihrer (Kinder-)Ärztin denken?</li> <li>▪ Im Verlauf ärztlicher Versorgung sind immer mal wieder Entscheidungen zu treffen über weitere Behandlungsschritte. Wenn Sie an Gespräche mit Ihrem (Kinder-)Arzt/Ihrer (Kinder-)Ärztin denken, inwiefern sprechen Sie dann über verschiedene Behandlungswege? (Weitere Stichworte: Behandlungsmöglichkeiten/Behandlungsziele)</li> <li>▪ Wenn von ärztlicher Behandlung die Rede ist, geht es immer mal wieder um das Thema Zeit, z.B. die Zeit im Wartezimmer oder die Zeit im Sprechzimmer. Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Thema „Zeit“ – in Zusammenhang mit Ihrer homöopathisch-ärztlichen Behandlung (der Behandlung Ihrer Kinder) bisher gemacht?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Worüber sprechen Sie mit Ihrem (Kinder-)Arzt/Ihrer (Kinder-)Ärztin?</li> <li>▪ Welche Wünsche haben Sie an Gespräche mit Ihrem (Kinder-)Arzt/Ihrer (Kinder-)Ärztin?</li> <li>▪ Inwiefern werden diese Wünsche erfüllt?</li> <li>▪ Wenn Sie an Ihre Behandlung/ die Behandlung Ihrer Kinder denken, welche Erinnerungen haben Sie an die Gestaltung von Behandlungsentscheidungen? (Weitere Stichworte: Gestaltung von Entscheidungsprozessen; Entscheidungsbegleitung, Entscheidungsfindung)</li> </ul>

<b>Bedeutung von Krankheit und Gesundheit</b>	<b>Mögliche Nachfragen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welche Bedeutung hat die (chronische) Erkrankung/haben Ihre gesundheitlichen Beschwerden heute in Ihrem Leben für Sie?</li> <li>▪ Welche Bedeutung hat die (chronische) Erkrankung/haben die gesundheitlichen Beschwerden Ihrer Kinder heute in Ihrem Leben für Sie?</li> <li>▪ Was denken Sie, wie schätzt Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihre Erkrankung heute ein?</li> <li>▪ Was denken Sie, wie schätzt Ihr (Kinder-)Arzt/Ihre (Kinder-)Ärztin die Erkrankung/die gesundheitlichen Beschwerden Ihres Kindes heute ein?</li> <li>▪ Was ist Ihnen besonders wichtig, wenn Sie an Ihre Zukunft/die Zukunft Ihrer Kinder denken?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie sehen Sie die Erkrankung heute in Ihrem Leben?</li> <li>▪ Wie schätzen Sie Ihre Erkrankung heute ein?</li> <li>▪ Welche Ziele haben Sie heute, wenn Sie an Ihre Erkrankung denken?</li> </ul>
<b>Abschluss</b>	<b>Mögliche Nachfragen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nun sind wir am Ende des Interviews angelangt. Gibt es noch weitere Gedanken, die Sie gerne noch ansprechen oder weiter ausführen möchten?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an dem Interview.</li> </ul>