



ROBERT KOCH INSTITUT
Statistisches Bundesamt

Medienberichte der letzten Jahre beschäftigen sich zunehmend mit »alternativen« Diagnose- und Therapieverfahren und erwecken nicht selten den Eindruck, als seien diese außerhalb der »Schulmedizin« angesiedelten Methoden für Patienten wie Ärzte heute ganz selbstverständliche Praktiken in unserem Gesundheitswesen. Tatsächlich gab es bislang jedoch nur sehr wenige zuverlässige und empirisch fundierte Daten zur Inanspruchnahme und Verbreitung der vielfältigen Verfahren alternativer Medizin, die von den klassischen Naturheilverfahren über Homöopathie und anthroposophische Medizin bis hin zu der in den letzten Jahren zunehmend populär gewordenen Akupunktur reichen. Im vorliegenden Bericht werden erstmals für Deutschland zahlreiche Informationsquellen und Daten unterschiedlicher Träger (Gesetzliche und Private Krankenversicherung, repräsentative Bevölkerungsumfragen, Ergebnisse aus Modellvorhaben von Krankenkassen) zusammengetragen. Neben der Klärung begrifflicher und gesetzlicher Fragen gibt der Bericht Auskunft zu folgenden Aspekten des Themas: Zahlen zu ärztlichen und nicht-ärztlichen Anbietern, Kosten und Ausgaben in der GKV, Inanspruchnahme in der Bevölkerung, Ergebnisse aus Modellvorhaben von Krankenkassen bei Einsatz alternativer Heilverfahren, Motive der Inanspruchnahme bei Patienten, Forschungsausblick. Zahlreiche Hintergrundinformationen, Tabellen und Grafiken, Literaturempfehlungen und Links im www runden den Bericht ab.



Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Heft 9

**Inanspruchnahme
alternativer Methoden in der Medizin**

© Robert Koch-Institut

ISBN 3-89606-130-5

ISSN 1437-5478

Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Heft 9

**Inanspruchnahme
alternativer Methoden in der Medizin**

Autoren: Dr. phil. Gerd Marstedt und Dr. rer. nat. Susanne Moebus, MPH

Herausgeber: Robert Koch-Institut

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (GBE des Bundes) beschreibt den Gesundheitszustand der Bevölkerung, das Gesundheitsverhalten, die Verbreitung von Risikofaktoren, die Inanspruchnahme von Leistungen sowie die Kosten und Ressourcen des Gesundheitswesens. Sie basiert auf vorhandenen Daten, die in den Berichten zusammengeführt und bewertet werden. Ihre Aussagen beziehen sich auf die nationale, bundesweite Ebene und haben eine Referenzfunktion für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Die GBE des Bundes stellt eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei. Nicht zuletzt bietet sie allen Interessierten eine datengestützte Informationsgrundlage.

Nach dem Erscheinen des ersten kompletten Gesundheitsberichts für Deutschland¹ wird die Gesundheitsberichterstattung durch die regelmäßige Herausgabe von Themenheften aktuell gehalten und weiter ausgebaut. Dies gewährleistet:

- ▶ aktuelle Berichte,
- ▶ ein flexibles Themenspektrum,
- ▶ die Berücksichtigung des Leserinteresses.

Schwerpunktberichte und Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung ergänzen und vertiefen die regelmäßig erscheinenden Hefte.

Die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* umfasst alle Bereiche des Gesundheitswesens:

- ▶ Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens
- ▶ Gesundheitliche Lage
- ▶ Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen
- ▶ Krankheiten/Gesundheitsprobleme
- ▶ Ressourcen der Gesundheitsversorgung

- ▶ Leistungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
 - ▶ *Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin (Heft 9)*
- ▶ Ausgaben, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Dieser Aufbau liegt dem 1998 erschienenen *Gesundheitsbericht für Deutschland* mit über 100 verschiedenen gesundheitsbezogenen Themen zugrunde und ist kompatibel mit dem Aufbau der GBE in den Bundesländern. In diese Struktur integrieren sich auch die bereits erschienenen Themenhefte.

Der *Gesundheitsbericht für Deutschland* ist über das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes www.gbe-bund.de abrufbar. Darüber hinaus bietet das Informationssystem eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Informationen und Kennziffern zum Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung. Die Zusammenarbeit des Robert Koch-Instituts mit dem *Informations- und Dokumentationszentrum Gesundheitsdaten* am Statistischen Bundesamt gewährleistet die Einbeziehung valider und aktueller Daten in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

- Heft 1 »Schutzimpfungen«
- Heft 2 »Sterbebegleitung«
- Heft 3 »Gesundheitsprobleme bei Fernreisen«
- Heft 4 »Armut bei Kindern und Jugendlichen«
- Heft 5 »Medizinische Behandlungsfehler«
- Heft 6 »Lebensmittelbedingte Erkrankungen«
- Heft 7 »Chronische Schmerzen«
- Heft 8 »Nosokomiale Infektionen«

Die Berichte können über das Robert Koch-Institut bezogen werden und stehen außerdem unter www.rki.de zur Verfügung.

¹ Statistisches Bundesamt (Hg.): Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart (Metzler-Poeschel) 1998

Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin

Einleitung

In der wissenschaftlichen Literatur, in den Medien und in der Bevölkerung werden zahlreiche Begriffe für jene Diagnose- und Therapieformen verwendet, die außerhalb oder am Rand der »Schulmedizin« bzw. der wissenschaftlichen Medizin angesiedelt sind (vgl. Tabelle 1). Die genannten Begriffe sind keineswegs deckungsgleich und entstammen unterschiedlichen (journalistischen, wissenschaftlichen, gesetzlichen) Verwendungszusammenhängen. Anhänger der alternativen Medizin definieren diese bisweilen als »ganzheitliche« medizinische Ausrichtung, die andere Krankheitsursachen und auch andere therapeutische Wirkungsmechanismen als die Schulmedizin kennt (etwa: Hartmann 1989, Schulz 2001). Zur Unterscheidung der beiden Ansätze lässt sich der naturwissenschaftliche Ansatz der »Schulmedizin« als pathogenetisch orientiert beschreiben, infolgedes-

sen Krankheitssymptome als Funktionsdefizite interpretiert werden. In der Konsequenz einer eher salutogenetisch (in Anlehnung an die Theorie der Salutogenese von Antonovsky) ausgerichteten Alternativmedizin werden die Symptome als aktive Funktionsäußerung des Organismus gedeutet, die gelingend oder misslingend auf Selbstheilung zielen.

Zunehmend scheint sich in der internationalen Diskussion der Begriff »Komplementärmedizin« oder »Komplementär- und Alternativmedizin« (»Complementary and Alternative Medicine«) durchzusetzen. Eine Sonderstellung in dieser Begriffsvielfalt nehmen die klassischen Naturheilverfahren und die phytotherapeutischen Verfahren ein, die für sich genommen durchaus als Bestandteil der »Schulmedizin« verstanden werden können und in der universitären Ausbildung

Tabelle 1
Heterogenität der Bezeichnungen für alternative Therapie- und Diagnoseverfahren
(Die Tabelle vermittelt eine Übersicht über die Begriffsvielfalt, ein wissenschaftlicher Anspruch auf Vollständigkeit und Systematik ist damit nicht verbunden.)

Bezeichnungen
Alternative Medizin, alternative Heilmethoden
Außenseitermethoden/-medizin, nicht etablierte Medizin, Paramedizin
Besondere Therapierichtungen
Erfahrungsheilkunde, Erfahrungsmedizin
Ganzheitsmedizin, holistische Medizin
Komplementärmedizin, Komplementär- und Alternativmedizin (englisch: »CAM«)
Naturheilverfahren, (klassische) Naturheilkunde, naturgemäße Heilweisen
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)
Nicht anerkannte Behandlungsmethoden
Sanfte Medizin, grüne Medizin, biologische Medizin
Scharlatanerie, Quacksalberei
Unkonventionelle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (UUB), Unkonventionelle Medizinische Richtungen (UMR)
Volksmedizin, traditionelle Medizin, Ethnomedizin

Berücksichtigung finden. Dennoch werden diese Verfahren aus den unterschiedlichen Perspektiven der Akteure des Gesundheitswesens (u. a. Arzt, Patient, Öffentlichkeit, Wissenschaft) und damit aus den unterschiedlichsten Gründen häufig dem Bereich der Alternativmedizin zugeordnet oder sogar gleichgesetzt. Diesen Umstand berücksichtigend, wird das vorliegende Themenheft der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) »Alternative Methoden« in einem recht breiten Sinne (unter Einschluss von Naturheilverfahren und Phytotherapie) behandeln.

Theoretische Fundierung und empirische Evaluation der überaus vielfältigen Methoden sind ebenso heterogen wie ihre Verbreitung in der ärztlichen Praxis oder deren Finanzierungsmodalitäten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Gemeinsam ist ihnen lediglich, dass sie in der Gesundheitspolitik, in den Medien, aber auch bei Patienten und Versicherten in den letzten Jahren große Aufmerksamkeit gefunden haben und als Konkurrenz zu der in der universitären Ausbildung vermittelten »Schulmedizin« wahrgenommen werden. In einem Bericht der Europäischen Kommission wird »Unkonventionelle Medizin« als sehr heterogener Sektor beschrieben, als gemeinsames Merkmal der verschiedenen Ansätze lediglich ihr »Ausschluss aus der konventionellen, etablierten wissenschaftlichen Medizin« sowie ihre »spärliche Repräsentanz in der universitären Lehre und Forschung« hervorgehoben. Ähnlich definiert die US-amerikanische »National Library of Medicine« Komplementärmedizin lediglich abgrenzend als »jene Praktiken der gesundheitlichen Versorgung, die nicht Bestandteil der konventionellen Medizin sind.«

Methoden

So vielfältig die Oberbegriffe für das Spektrum der »nicht-schulmedizinischen« Diagnose- und Therapieformen sind, so uneinheitlich ist auch eine Systematik zur eindeutigen Definition und Abgrenzung der verschiedenen Untergebiete und Methoden. Zugleich wird darauf hingewiesen, dass bestimmte Therapieformen, die vor nicht allzulanger Zeit in der Medizin noch als fragwürdig galten, heute zur Alltagspraxis der etablierten Medizin gehören. So legt z. B. Bühring dar, dass die früher von Laienmedizinern ausgeübte »Chiropraktik« heute unter dem Begriff »manuelle Medizin« zum Ausbildungsprogramm in der Orthopädie gehört oder dass die »Neuraltherapie« heute unter dem Terminus »therapeutische Lokalanästhesie« ein wichtiges Element der Schmerzbehandlung ist, auch wenn die der Chiropraktik zugrundeliegenden Annahmen über Wirkungsmechanismen nicht akzeptiert werden.

Allen Methoden-Bereichen gemeinsam ist lediglich, dass sie (mit Ausnahme der Naturheilverfahren und Homöopathie) in den Studiengängen der universitären Medizin-Ausbildung und Prüfungsordnungen bislang keine Berücksichtigung gefunden haben und als Gegenpol zur »Schulmedizin« wahrgenommen werden. Auch der wissenschaftliche Status und Forschungsstand zu den Einzelverfahren ist sehr uneinheitlich: Während zu Akupunktur und Homöopathie inzwischen eine Vielzahl auch systematischer Zusammenfassungen von Einzelstudien vorliegt, vermisst man zu vielen anderen Methoden nahezu vollständig empirische Studien.

Eine wissenschaftlich fundierte, weithin akzeptierte Systematik der Vielzahl alternativer Methoden steht noch aus. Im Rahmen der Finanzierung medizinischer Leistungen in der GKV werden »alternative« und »schulmedizinische« Verfahren nach einheitlichen Kriterien anerkannt oder auch ausgeschlossen. Daher können sowohl die »klassischen Naturheilverfahren« als auch die »besonderen Therapierichtungen« zum Leistungskatalog der GKV gehören.

Anbieter

Ärzte

Die Zahl der Ärzte, die alternative Untersuchungs- und Heilmethoden in ihrer Praxis einsetzen, hat im letzten Jahrzehnt ebenso zugenommen wie die Inanspruchnahme durch Patienten. Deutlich wird dies an den wachsenden Mitgliederzahlen in Ärzte-Verbänden und der zunehmenden Zahl einschlägiger Zusatzbezeichnungen. Solche Zusatzbezeichnungen im Umfeld der alternativen Methoden und der Naturheilverfahren führen heute viele Ärzte, ohne dass diese damit durchgängig als »nicht-schulmedizinisch« charakterisiert werden könnten (Tabelle 2). Insgesamt sind es, wenn man auch Balneologen und Chiroprapeuten einschließt, 35.312 Ärzte/Ärztinnen, die im Jahre 2000 eine solche Zusatzbezeichnung führten, also knapp 10 % der insgesamt 369.000 Ärzte in Deutschland.

Während alternative Heilmethoden im Bereich der Akutkrankheiten (ambulant wie stationär) trotz der zunehmenden Nachfrage (vgl. dazu Abschnitt Inanspruchnahme) im Vergleich zur Schulmedizin immer noch von zweitrangiger quantitativer Bedeutung sind, haben sie bei der Behandlung chronisch Kranker und in der Rehabilitation einen deutlich höheren Stellenwert.

Naturheilverfahren

Innerhalb der hier weit verstandenen alternativen Medizin werden am häufigsten die klassischen Naturheilverfahren von niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten angewandt. Dies zeigen Bevölkerungsumfragen, aber auch Befragungen von Ärzten. Haltenhof u. a. fanden, dass über die Hälfte der Ärzte zumindest gelegentlich phytotherapeutische Verfahren anwendet.

Die Zusatzbezeichnung »Naturheilverfahren«¹ führten 5.680 Ärzte im Jahr 1995 (77 % niedergelassen, 23 % in Kliniken), im Jahre 2000 sind es 10.746. Der »Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren« hatte 1980 rund 2.300 Mitglieder, 1990 waren es 5.140, 1995 etwa 8.970 und im Jahr 2.000 – nach der Ausgliederung eines Unterverbandes – noch knapp 8.000.

Tabelle 2
Ärzte mit Zusatzbezeichnungen im Umfeld der alternativen Medizin im Jahre 2000
Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Zusatzbezeichnung	Anzahl
»Balneologie und Medizinische Klimatologie«	2.553
»Chirotherapie«	12.626
»Physikalische Therapie«	4.897
»Homöopathie«	4.490
»Naturheilverfahren«	10.746

Homöopathie

Bei der Bundes-Ärztelkammer waren im Jahre 1994 etwa 2.400 Ärzte mit der Zusatzbezeichnung »Homöopathie«² registriert (rund 80 % davon niedergelassene Ärzte, 20 % in Kliniken), im Jahre 2000 waren es mit 4.490 fast doppelt so viele. Der Deutsche Zentralverein Homöopathischer Ärzte hatte 3.135 Mitglieder im Jahre 1996, im Jahr 2000 etwas mehr als 4.000.

Akupunktur

Die Akupunktur ist jene Einzelmethode der alternativen Medizin, die in den letzten Jahren den größten Zustrom von Patienten erfahren hat und bis vor kurzem in diesem Bereich den größten Einzelposten bei den Ausgaben in der (GKV) Gesetzliche Krankenversicherung und PKV (Private Krankenversicherung) ausmachte.

Die Deutsche Ärztgesellschaft für Akupunktur (DÄA) als größte Organisation der ärztlichen Akupunktur-Verbände in Deutschland hatte 1996 rund 7.200 Mitglieder, im Jahre 2000 waren es knapp 11.000. Nach Schätzungen dieses Verbandes wenden rund 20.000 bis 30.000 Ärzte in Deutschland zumindest gelegentlich Akupunktur an, andere Schätzungen gehen sogar von 40.000 bis 50.000 Ärzten aus.

¹ Fußnoten siehe Anmerkungen S. 25 ff.

Anthroposophie

In Deutschland praktizieren etwa 6.000 Ärzte schwerpunktmäßig nach den Vorgaben anthroposophischer Medizin. Sehr stark verbreitet ist die anthroposophische Medizin in der ambulanten Versorgung im Rahmen der Krebstherapie (Einsatz von Mistelpräparaten). Eine Reihe von Akut- und Rehabilitationskliniken in Deutschland integrieren Prinzipien der anthroposophischen Medizin.

Nicht-ärztliche Anbieter

Heilpraktiker

Außerhalb der ärztlichen Praxis werden alternative Therapieformen (z. B. Akupunktur, Homöopathie, Neuraltherapie, Ozon- und Sauerstoffbehandlungen) in großem Umfang auch von Heilpraktikern erbracht. Die Leistungen der Heilpraktiker werden nur von Privaten Krankenkassen und auch nur in einzelnen Disziplinen erstattet. Heilpraktiker dürfen keine verschreibungspflichtigen Arzneimittel verordnen, Schutzimpfungen vornehmen und keine übertragbaren meldepflichtigen Krankheiten behandeln. Die Zahl der Heilpraktiker in Deutschland wird auf etwa 12.000 bis 15.000 geschätzt. Die Heilpraktiker sind zum überwiegenden Teil in einem der sechs großen Berufsverbände organisiert. Der Verband Deutscher Heilpraktiker und der Freie Verband Deutscher Heilpraktiker gehören mit insgesamt über 11.000 Mitgliedern zu den größten Berufsverbänden.

Physiotherapeuten und weitere nicht-ärztliche Heilberufe

Auch Physiotherapeuten (früher: Krankengymnasten), erbringen in großem Umfang Leistungen im Bereich der klassischen Naturheilverfahren, und zwar durch Anordnung oder Verordnung von Ärzten. 1999 gab es in Deutschland 21.415 Krankengymnasten und Physiotherapeuten, im Vergleich zu 1993 hat sich ihre Zahl damit um fast die Hälfte (48 %) vergrößert (1993: 14.473). Auch Massage und medizinische Bademeister sowie Hebammen zählen zu den Anwendern der klassischen Naturheilverfahren. Genaue Angaben über den Umfang der Anwendungen liegen bislang nicht vor.

Kosten und Ausgaben

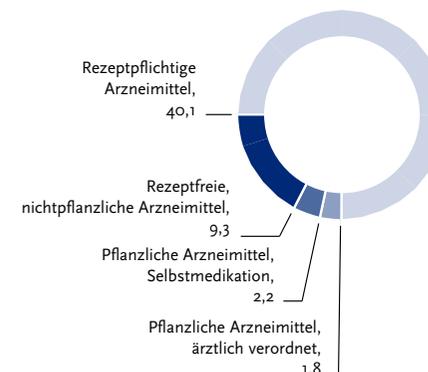
Eine exakte Bezifferung der Ausgaben in der GKV, die durch die Anwendung alternativer Heil- und Diagnose-Methoden verursacht werden, ist aus einer Reihe von Gründen nicht möglich bzw. nur überschlägig abschätzbar. Dies hängt mit der Systematik ärztlicher Abrechnungen zusammen, aber auch damit, dass verfügbare Belege von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen aus Zeitgründen nicht gesondert nach »schulmedizinischen« oder »alternativen« Leistungen ausgewertet werden.³

Arzneimittel

Werden nur rezeptfreie pflanzliche Arzneimittel berücksichtigt, die in Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland 2000 verkauft wurden, so ergibt sich ein Umsatz von 3,99 Milliarden DM. Davon waren 44 % ärztlich verordnet und 56 % durch Selbstmedikation erworben. Im Vergleich dazu weisen nicht-pflanzliche rezeptfreie Arzneimittel einen Umsatz auf, der mit 9,25 Milliarden DM mehr als doppelt so hoch ausfällt.

Abbildung 1
Arzneimittel-Umsätze in Apotheken 2000
Umsatz in Milliarden DM

Quelle: Bundesfachverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH)



Weitere Absatzbereiche außerhalb der Apotheken sind eher unbedeutend, denn innerhalb des gesamten Arzneimittelmarktes (rezeptpflichtige und frei verkäufliche Mittel) machten Umsätze in Drogerie- und Verbrauchermärkten in Gesamtdeutschland etwa 0,8 Milliarden von 54,9 Milliarden DM aus, also nur etwa 1,5 %. Tabelle 3 zeigt die bedeutsamsten Indikationsbereiche für pflanzliche Arzneimittel.

Tabelle 3
Indikationsbereiche für pflanzliche Arzneimittel
(Apotheken-Umsätze, Gesamtdeutschland 2000)

Quelle: Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller

Indikation	Umsatz (Mio DM)	Anteil (%)
Husten, Erkältung	553	24,6
Magen, Verdauung	343	15,3
Herz, Kreislauf	321	14,3
Beruhigung, Schlaf	265	11,8
Schmerzen	172	7,6
Blase, Geschlechtsorgane	170	7,6
andere	423	18,8
gesamt	2247	100

Ärztliche Behandlung

Vergleichsdaten aus dem Jahre 1995 liefert eine Statistik, die aus einer internen Erhebung des Verbandes der Angestelltenersatzkassen bei ihren Mitgliederkassen im Zeitraum August 1994 bis Januar 1995 hervorgegangen ist. Dabei wurde festgestellt, dass von Versicherten 14.385 Anträge auf Kostenerstattung für Leistungen im Bereich alternativer Heilmethoden gestellt wurden. Knapp ein Drittel der Anträge (30,2 %) entfiel auf Akupunktur, 13,2 % auf Arzneimittel, 7,7 % auf Sauerstofftherapie. Andere Verfahren, wie Bioresonanztherapie, verschiedene Ozon-Therapien oder Elektro-Akupunktur, waren mit jeweils etwa 1–5 % der Anträge quantitativ weitaus weniger bedeutsam.

Die Kosten für die Erstattung dieser Leistungen lagen insgesamt bei rund 120 Millionen DM, die hochgerechnet auf die gesamte GKV etwa 400 Millionen DM für solche noch nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethoden betragen würden. Innerhalb der GKV-Gesamtausgaben (1995: 201,6 Milliarden DM) macht dies nur 0,2 % aus. Auffällig ist der hohe Anteil, den die Akupunktur in dieser Statistik mit rund 30 % der Fälle einnimmt.

In einer Prüfung des Bundesversicherungsamtes (BVA) wurden im Jahre 1999 bei 107 Krankenkassen bundesweit etwa 80.000 Belege eingesehen, um die Rechtmäßigkeit der Ausgaben für »Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden« (NUB) zu überprüfen. Da die Aufwendungen vom BVA auf die gesamte GKV hochgerechnet wurden und Akupunktur 71 % der Leistungen ausmachte, hätten nach dieser Hochrechnung die GKV-Ausgaben für Akupunktur im Jahre 1999 insgesamt 382 Millionen DM ausgemacht.⁴ Dies weicht nicht sehr stark von anderen Angaben ab: So beziffert die Deutsche Ärzte-Gesellschaft für Akupunktur im April 2001 in einem Rundschreiben an ihre Mitglieder das Volumen der zuletzt erbrachten Erstattungen für Akupunktur auf 500 Millionen DM.

Für das vorliegende GBE-Themenheft wurden von einer größeren, bundesweit geöffneten Betriebskrankenkasse (Securita BKK mit rund 92.000 Versicherten im Juli 2001) Daten zu den Ausgaben für alternative Diagnose- und Therapieformen zur Verfügung gestellt.⁵ Die Securita BKK hat ein stark naturheilkundlich geprägtes öffentliches Image. Bei den Versicherten ist daher eine überdurchschnitt-

lich hohe Nachfrage nach Komplementärmedizin feststellbar. Nach internen Schätzungen des Kasenvorstands liegen die Ausgaben für den Gesamtbereich »alternativer Methoden« mit Ausnahme der Akupunktur etwa dreimal so hoch wie im GKV-Durchschnitt. Die folgende Auswertung hat also sehr stark modellhaften Charakter und kann nicht direkt auf andere Betriebskrankenkassen oder gar die gesamte GKV übertragen werden.

Betrachtet man die finanzierten Therapieformen, dann fällt auf, dass Akupunktur als Einzelmaßnahme mit rund 40 % der Kosten und 25 % der Fälle in der Versicherten-Nachfrage ganz vorn rangiert. Homöopathische Erst- und Folge-Anamnesen zusammen liegen in der Rangfolge von Versicherten-Interessen mit 35 % der Fälle und 16 % der Kosten ebenfalls recht weit oben. Von Bedeutung sind auch verschiedene anthroposophische Maßnahmen (Heileurythmie, Malthherapie, plastisch-therapeutisches Gestalten), die zusammen 11 % der Fälle und rund 20 % der Kosten ausmachen. Alle anderen Therapieformen sind in Relation dazu quantitativ eher unbedeutend.

Hinsichtlich des Stellenwertes besonderer Therapien ist feststellbar, dass diese insgesamt rund ein Sechstel der Gesamtkosten für ärztliche Behandlung ausmachen. Rechnet man die Gesamtkosten für alternative Heilmethoden auf die GKV hoch, so kommt man für das Jahr 2000 auf einen Gesamtbetrag von rund 4,3 Milliarden DM, das entspräche etwa einem Zehntel der GKV-Ausgaben für ärztliche Behandlung. Dabei wurde das Nachfrage-Verhältnis Securita BKK:GKV (aufgrund von Einschätzungen des Vorstands der Kasse) für Akupunktur mit 1:1, für die übrigen Methoden mit 3:1 angesetzt.

Daten zur Inanspruchnahme alternativer Medizin wurden auch von den Privaten Krankenversicherungen zur Verfügung gestellt. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) mit 51 Krankenkassen und rund 7,5 Millionen Versicherten im Jahre 2000 führt jährlich eine Analyse und Dokumentation der Kostenerstattungen durch. Auch für die Interpretation dieser Daten sind besondere Einschränkungen (Selbstbeteiligungsregelungen, Versichertenstruktur) zu berücksichtigen. Dem Datenpool liegen Abrechnungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zugrunde. Darunter aufgeführt sind

Tabelle 4
Besondere Therapien im Jahre 2000 in der Securita BKK,
Anzahl der Fälle und Kosten

Therapieform	Anzahl Fälle	Anteil an Fällen (%)	Kosten in TDM	Kostenanteil (%)	Kostenanteil (%)
Akupunktur	5.315	25,4	2.420,2	6,9	40,4
Heileurythmie	1.787	8,5	933,1	2,7	15,6
Homöopathische Folgeanamnese	4.967	23,7	571,8	1,6	9,5
Ozon-Blut-Ther., UVB-Eigenblut-Therapie	1.049	5,0	415,6	1,2	6,9
Homöopathische Erstanamnese	2.375	11,3	407,3	1,2	6,8
Hämatogene Oxidationstherapie (HOT)	954	4,6	334,6	1,0	5,6
Malthherapie	462	2,2	210,1	0,6	3,5
Rythm. Massage nach Wegmann	573	2,7	179,3	0,5	3,0
Eigenblutbehandlung	980	4,7	101,4	0,3	1,7
Sprachgestaltung	223	1,1	98,4	0,3	1,6
Akupressur	338	1,6	86,3	0,2	1,4
Neuraltherapie	710	3,4	81,5	0,2	1,4
andere Therapien	1.195	5,7	149,5	0,4	2,5
alle alternativen Therapien	20.928	100	5.989,1	17,1	100
ärztliche Behandlung insgesamt			35.110,0	100	

klassische Naturheilverfahren, aber auch Methoden, bei denen nicht mehr eindeutig gesagt werden kann, ob hier eher schulmedizinische oder alternative Therapien zur Anwendung kamen (z. B. im Bereich Gesundheitsberatung und -schulung). Unter Beachtung dieser Voraussetzungen sind folgende Ergebnisse hervorzuheben:

- ▶ Die Akupunktur liegt an erster Stelle der Statistik für den ambulanten Bereich mit 3,1 % der Kosten im Jahre 1999, gefolgt von Gesundheitsberatung und -schulung mit 2,3 % der Gesamtausgaben. In absoluten Zahlen wurden 1999 in der PKV rund 184 Millionen DM für Akupunktur ausgegeben.
- ▶ Von 1997 zu 1999 ist für diese Methode eine Steigerung der Ausgaben um etwa ein Viertel zu verzeichnen.
- ▶ Im stationären Sektor sind Gesundheitsberatung und -schulung in ökonomischer Hinsicht am bedeutsamsten (3,3 % der Gesamtausgaben 1999), gefolgt von Krankengymnastik, Bädern und Massagen (3,0 %).

Zusammenfassend ist damit feststellbar, dass für die Inanspruchnahme von Akupunktur Ende der 90er Jahre eine ganz erhebliche Zunahme zu beobachten ist und diese Therapieform innerhalb des breiten Spektrums alternativer Verfahren mit Ausgaben in Höhe von schätzungsweise 500 Mio DM zu dieser Zeit die quantitativ größte Bedeutung hatte. Für den Gesamtbereich »alternativer Diagnose- und Therapieformen« ist, wenn man erhebliche Unschärfen in der Abgrenzung und zugleich Unsicherheiten der Daten-Hochrechnung im Auge behält, davon auszugehen, dass diese im Jahre 2000 mit grob geschätzt 4 Milliarden DM etwa ein Zehntel der Gesamtausgaben für ambulante Versorgung in der GKV ausmachten. Die tatsächlichen Gesundheitsausgaben in der Bevölkerung für alternativ- und komplementärmedizinische Behandlungen dürften jedoch weitaus höher liegen, denn hier wären beispielsweise Aufwendungen für Heilpraktiker oder sog. »IGEL«-Leistungen (privat zu erstattende »Individuelle Gesundheits-Leistungen«) bei niedergelassenen Ärzten zusätzlich zu berücksichtigen.

Inanspruchnahme

Pressemeldungen wie jene, dass »in Umfragen fast zwei Drittel der erwachsenen Bundesbürger ebenso wie die Mehrheit der erwachsenen Amerikaner einer ‚sanften‘, ‚alternativen‘ Medizin (vertrauen)«, suggerieren in letzter Zeit immer wieder, dass die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden heute bei der Mehrheit der Deutschen eine selbstverständliche Verhaltensweise im Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden ist. Tatsächlich zeigt jedoch eine genauere Betrachtung vorliegender Studien und Umfragen (vgl. Tabelle 5), dass hier eine sehr viel differenziertere Bilanz zu ziehen ist, nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass in Befragungen sehr unterschiedliche Begriffe verwendet werden, die jeweils auch unterschiedliche Ergebnisse zu Tage bringen.

Tabelle 5
Persönliche Erfahrungen mit alternativen Heilmethoden und Naturheilmitteln in verschiedenen Bevölkerungs-Umfragen

Erfahrungen mit ...	Anteil der Bevölkerung mit persönl. Erfahrungen	Befragungs-Quelle *
Akupunktur	12 %	Techniker-Krankenkasse 2001
	25 %	Identity Foundation 2001
	29 %	Berliner Morgenpost 2001
alternativen Therapeuten (Arzt, Homöopath, Heilpraktiker)	34 %	Marstedt u.a. 1993
	10 %	Bundesverband der IKKn 1994
alternativer Medizin/ alternativen Heilverfahren	41 %	Marstedt u.a. 1993
	26 %	Techniker-Krankenkasse 2001
Naturheilmitteln	65 %	Inst. f. Demosk. Allensbach 1997
Naturheilkunde überhaupt	50 %	Berliner Morgenpost 2001
	48 %	Identity Foundation 2001
	28 %	Inst. f. Demosk. Allensbach 1997
Naturheilmitteln in den letzten 3 Monaten	47 %	BAH 1999

* alle Studien sind nach eig. Angabe repräsentativ, meist für die Bevölkerung ab 16 Jahre

Ergebnisse aus Bevölkerungsumfragen

Persönliche Erfahrungen mit alternativer Medizin oder auch Naturheilverfahren wurden in Bevölkerungsumfragen etwa seit Anfang der 90er Jahre immer wieder erhoben. Tabelle 5 macht allerdings deutlich, dass es auch in diesen Umfragen erhebliche Differenzen zur Inanspruchnahme gibt, die sicher nicht nur durch zeitliche Veränderungen verursacht sind, sondern auch zurückgehen auf unterschiedliche Vorstellungen in der Bevölkerung, was unter »alternativer Medizin« zu verstehen ist.

Abbildung 2
Erfahrungen mit Naturheilmitteln 1970, 1997 und 2002
 Angaben in Prozent
 Quelle: Institut für Demoskopie Allensbach



Trotz dieser Differenzen gibt es recht deutliche Hinweise auf eine zunehmende Popularität von Naturheilmitteln in den letzten drei Jahrzehnten aufgrund von Umfragen des Instituts für Demoskopie Allensbach in den Jahren 1970, 1997 und 2002 mit einer einheitlichen Fragenformulierung in allen Erhebungen. Zuletzt (2002) wurden 2.172 Personen (repräsentativer Querschnitt der Bevölkerung ab 16 Jahre) befragt (siehe Abbildung 2). Zentrale Befunde dieser Befragungen sind:

► Bei knapp drei Vierteln aller Deutschen über 16 Jahre liegen heute Erfahrungen mit Naturheilmitteln vor (73%), ein deutlich höherer Anteil im Vergleich zu 1970, als dies nur für die Hälfte (52%) galt.

► Während in den 70er Jahren kein Anstieg der Inanspruchnahme zu beobachten war (1980: 51%), kam es in den 80er und 90er Jahren zu deutlichen Steigerungen (1989: 58%, 1997: 65%).

► Angestiegen ist in den letzten 30 Jahren auch die Intensität der Inanspruchnahme: der Anteil derjenigen, die auch »innerhalb des letzten Vierteljahrs« Naturheilmittel verwendeten, verdoppelte sich von 14% im Jahre 1970 auf 28% im Jahre 1997 und erhöhte sich weiter auf 34% im Jahre 2002.

► Dieser Trend dürfte sich fortsetzen, denn ein Großteil der Bevölkerung (47%) und mehr als die Hälfte der Verwender von Naturheilmitteln (54%) glauben, dass Naturheilmittel in 50 Jahren noch häufiger als heute in Anspruch genommen werden.

Einige Befunde zur Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden liefern auch Daten des Bundesgesundheitsurvey 1998, der auf Befragungen und Untersuchungen von 7.124 Männern und Frauen im Alter von 18 bis 80 Jahren basiert. Danach hatten in den letzten 12 Monaten vor dem Interview insgesamt 2,8% aller Befragten einen Arzt für Naturheilkunde oder einen Arzt für Homöopathie (etwa gleich häufig) aufgesucht. Auch Besuche beim Heilpraktiker fallen mit 3,6% (ein oder mehr Besuche in den letzten 12 Monaten) sehr niedrig aus, insbesondere, wenn man Facharztbesuche zum Vergleich heranzieht (Orthopäde, Internist: jeweils etwa 22%).

Ein Blick ins benachbarte Ausland zeigt eine überraschend hohe Inanspruchnahme: In einer repräsentativen Bevölkerungs-Umfrage in der Deutsch- und Westschweiz wurden im Dezember 2000 insgesamt 702 Personen im Alter von 18–74 Jahren nach ihren persönlichen Erfahrungen bei einem Arzt mit Akupunktur, Homöopathie, Neuraltherapie, Phytotherapie, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) oder anthroposophischer Medizin befragt. Die Befragung zeigt eine bei erstem Hinsehen überraschend hohe Inanspruchnahme-Quote: 33% aller Schweizer hatten schon »irgendwann einmal« einen alternativen Therapeuten aufgesucht, 80% von ihnen bewertet das Ergebnis positiv (»hat genützt«).

Für diese sehr hohe Inanspruchnahme ist allerdings zu berücksichtigen, dass Phytotherapie, Anthroposophische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie und Traditionelle Chinesische Medizin vom Eidgenössischen Departement des Innern auf Antrag der Eidgenössischen Kommission für die Leistungen der Krankenversicherer beginnend zum 1.7.1999 und zeitlich befristet bis zum 30.6.2005 als ärztliche Pflichtleistung in die Grundversicherung aufgenommen wurden.

Erfahrungen einzelner Bevölkerungsgruppen

Übereinstimmend wurde in mehreren Befragungen festgestellt, dass es innerhalb der Bevölkerung erhebliche Unterschiede der Inanspruchnahme alternativer Medizin in Abhängigkeit von soziodemografischen Merkmalen sowie Gesundheitszustand und -verhalten gibt:

- ▶ **Alter:** Die früher bei unter 45-Jährigen feststellbare geringere praktische Erfahrung ist deutlich gestiegen. Nur bei Jüngeren (unter 30) ist heute noch eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme feststellbar, die allerdings nicht unbedingt eine Distanz zur alternativen Medizin bedeuten muss, sondern wohl auch der niedrigeren Morbidität und Inanspruchnahme des Medizinsystems dieser Altersgruppe zuzuschreiben ist.
- ▶ **Geschlecht:** Übereinstimmend zeigt sich in allen Studien, dass Frauen sehr viel häufiger als Männer Naturheilmittel, aber auch andere unkonventionelle Methoden erproben (etwa in der Relation 3:2).
- ▶ **Bildungsniveau:** Befragte mit höherem schulischem Bildungsabschluss erweisen sich in mehreren Befragungen als häufigere Nutzer der nicht-schulmedizinischen Therapieformen.
- ▶ **Erkrankung:** Über 50% der chronisch Erkrankten haben schon alternative Medizin ausprobiert, bei nicht chronisch Erkrankten liegt diese Quote nur bei 30%.
- ▶ **Lebensstil und Gesundheitsverhalten** zeigen ebenfalls Einflüsse: Befragte mit sehr niedriger Körpersensibilität (gemessen an Verhaltensweisen wie Schlafgewohnheiten, körperliche Schonung, Beobachtung von Körpermerkmalen) geben zu 32% an, schon einmal »alternative« medizinische Behandlungsmethoden ausprobiert zu haben, solche mit sehr hoher Körpersensibilität hingegen fast doppelt so oft, nämlich zu 56% (Marstedt u. a. 1993). In der Allensbach-Umfrage 1997 sind 57% der Befragten insgesamt und 78% der Anhänger von Naturheilmitteln der Meinung, dass Naturheilmittel-Verwender stärker auf ihre Gesundheit achten.

Begutachtungsfälle des MDK

Hinweise zur Inanspruchnahme, die zumindest Aufschluss über die unterschiedliche Bedeutung einzelner Verfahren geben, lassen sich aus einer Statistik des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) Hessen entnehmen, in der die Zahl der Begutachtungsfälle (im Rahmen der GKV-Kostenerstattung) nach einzelnen Methoden aufgeschlüsselt wurde. Hier zeigt sich, dass Akupunktur die am häufigsten zu begutachtende Methode war (32% der Fälle), gefolgt von Sauerstoff-/Ozon-Therapie- (9%), Lichttherapie- (6%) und Lasertherapieverfahren (6%).⁶

Begutachtungsanträge sind im Jahre 2001 beim MDK Hessen allerdings um 40% gesunken, hauptsächlich wegen der neuen Akupunktur-Richtlinien des Bundesausschusses, die jetzt zwingend den Einbezug von Akupunktur in ein Modellvorhaben und eine Eingrenzung auf drei Indikationen vorsehen.

Modellvorhaben in der GKV

Etwa seit Mitte der 90er Jahre nutzen Krankenkassen das gesundheitspolitische Instrument der Modellvorhaben (früher: Erprobungsregelungen), um den Einsatz alternativer Diagnose- und Heilverfahren im ambulanten Versorgungsbereich zu erproben und ihren Mitgliedern solche Verfahren erstatten zu können, die nicht im Leistungskatalog der GKV aufgeführt sind. Gesetzlich vorgeschrieben ist die wissenschaftliche Evaluation der Vorhaben. Tabelle 6 zeigt für wesentliche Modellvorhaben die jeweils einbezogenen Methoden und die besondere Zugangsvoraussetzungen für Versicherte.

In der überwiegenden Mehrzahl sind die Modellvorhaben zu komplementärer Medizin auf chronische Erkrankungen sowie Verfahren der Homöopathie und Akupunktur beschränkt. Nur ein Vorhaben (Bundesverband der Innungskrankenkassen) ist für alle Erkrankungen offen und nur ein Vorhaben (Betriebskrankenkasse Essen/Köln) umfasst eine größere Anzahl komplementär- und alternativmedizinischer Verfahren.

Die Inanspruchnahme in Abhängigkeit von soziodemografischen Merkmalen und Erkrankungsschwerpunkten unterscheidet sich sowohl zwischen den einzelnen Vorhaben als auch zwischen den oben geschilderten Umfrageergebnissen kaum. So sind es eher die Frauen, die teilnehmen. Das Durchschnittsalter liegt meist um die 40 Jahre, und bei den Diagnosen sind es in erster Linie chronische Rückenprobleme, Kopfschmerz/Migräne und Erkrankungen der Atemwege. Im Modellvorhaben der Essener/Kölner BKKn liegt zudem der Anteil der qualifizierten Angestellten und der gesundheitsbewussten Personen deutlich über dem westdeutschen Durchschnittsbevölkerung.

Auffällig ist, dass auch bei den für alle Erkrankungen offenen Erprobungsvorhaben des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen (BV IKKn) die überwiegende Mehrzahl der Teilnehmer durchschnittlich seit 7 Jahren an chronischen Erkrankungen leidet. Das spricht für die sowohl national als auch international immer wieder gemachte Beobachtung, dass Nutzer der Komplementärmedizin häufig chronische Erkrankungen aufweisen. Auf der anderen Seite wurde im Modellvorhaben der BKKn Essen/Köln trotz einer Vielzahl zugelassener komplementärer Behandlungsverfahren (siehe Tabelle 6) auch hier in der Mehrzahl akupunktiert.

Tabelle 6
Abgeschlossene und laufende Modellvorhaben
nach §§ 63ff SGB V zu alternativen Heilmethoden

Kasse/Verband	Zugelassene Therapien	Einschlusskriterien	Laufzeit	Umfang	Evaluation
Betriebskrankenkassen im Raum Essen, Oldenburg, Köln (insgesamt 21 BKKn)	Anamnese Decoder, Lüscher Test, Regulationsthermographie, Elektroakupunktur, Mundstrommessung (diagnostisch) Akupunktur, Elektroakupunktur, Neuraltherapie, Homöopathie, Colon-Hydro-Therapie, Hämatogene Oxidationstherapie, Sauerstofftherapien (mit Ausnahmen), Physiotherapie, Reflexzonentherapie, Vitamine und Mineralstoffe, Isotherapie und Symbiose-lenkung (therapeutisch)	Schulmedizinisch »aus-therapierte« chronische Erkrankte	03/1994–06/1998 (Essen/Oldenburg) und 10/1996–09/2001 (Köln)	1200 Patienten für Essen und Köln Eigene GOÄ-Ziffern Rund DM 16,8 Mio für die Behandlungen (incl. Zahnarzt-kosten und Fremd-leistungen) während der gesamten Laufzeit (1994–2001) Begleitforschung DM 1,2 Mio	Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epide-miologie, Universitäts-klinikum Essen
BV IKKn, IKK Sachsen, IKK Sachsen-Anhalt, IKK Baden-Württemberg	Akupunktur, Homöopathie	Alle Versicherten	1995–1998, verlängert bis 2003	5000 Patienten DM 60,-/Sitzung (rund DM 3,4 Mio Behandlungskosten bis 08/2001) Begleit-forschung ca. DM 800.000,-	Institut für Umwelt-medin und Krankenhaus-hygiene, Universitäts-klinikum IUK, Freiburg
LV BKKn, KV Westfalen-Lippe	Sieben naturheilkundliche Therapieverfahren	Schulmedizi-nisch »aus-therapierte« chronisch schwerkranke Versicherte	04/1997–06/2000	918 Patienten	Institut für Empirische Gesundheits-ökonomie, Burscheid
IKK Hamburg	Homöopathie, Anthroposophische Medizin	LWS-Syndrom, Cox-, Gonarthrose, Schlafstö-rungen, Depres-sives Syndrom, Migräne, Allerg. Rhinitis, Asthma bronchiale, Neurodermitis, Chron. Sinusitis, Chron. Tonsillitis	1998–2001	Ca. 1000 Patienten in alternativer Therapiegruppe vorgesehen	Institut für Arbeits-, Sozialmedizin und Epide-miologie, Universitäts-klinikum Charité, Berlin
BKK Post	Akupunktur, Homöopathie	Kopf- und Rücken-schmerzen, atopische Erkrankungen	07/1998–07/2005	Geplant: 15.000 Patienten DM 70,-/Patient und Sitzung + DM 534.000 für Begleit-forschung (3 Jahre)	Institut für Umwelt-medin und Krankenhaus-hygiene, Universitäts-klinikum IUK, Freiburg

Kasse/Verband	Zugelassene Therapien	Einschlusskriterien	Laufzeit	Umfang	Evaluation
LV BKKn, KV Bayern, BKK BMW, BKK Siemens, BKK Allianz	Klassischen Naturheil-verfahren (Ernährungs-, Bewegungstherapie/ Massageverfahren, Hydro-/Thermotherapie, Ordnungstherapie, Phytotherapie), Akupunktur (Körper, Ohr), Neuraltherapie, Physikalische Therapie	Chronische Kopfschmerzen, chronische Rücken-schmerzen, Neurodermitis	04/1997–01/2001	376 Patienten Ärztvergütung über Dokumenta-tionspauschale von DM 600,- für gesamten Beob-achtungszeitraum, GOÄ/EBM-Leis-tungsziffern Begleitforschung: DM 800.000 (insgesamt)	Zentrum für Naturheil-kundliche Forschung, II. Medizini-sche Klinik und Poliklinik der TU München
Techniker-Kasse * (TK)	Akupunktur	Allergische Rhinitis, allergi-sches Asthma bronchiale, LWS-Syndrom, HWS-Syndrom, Kopfschmerzen, Dysmenorrhoe	12/2000–2008	Geplant: 30.000 Patienten/Jahr, DM 30 Mio/Jahr veranschlagt, 70,- DM/Sitzung, davon trägt 10% der Patient	Institut für Arbeits-, Sozialmedizin und Epidemio-logie, Univer-sitätsklinikum Charité, Berlin
Modellvorhaben zu Akupunktur nach Vorgaben des Bundesausschusses Ärzte mit der Eingrenzung auf 3 Indikationen:					
AOK, IKK, BKK (einige Ausnah-men), Knappschaft, Landwirtschaft-liche KK, Seekasse	Akupunktur mit Schein-akupunktur (nach Vorgabe Bundesausschuss Ärzte)	Chron. Spannungskopf-schmerz, Migräne, Chron. LWS-Beschwer-den, Coxarthrose, Gonarthrose, Chronizität >6 Monate	Kohorten-studie: 03/2001–2004 Randomisa-tionsstudie: Herbst 2001–2003	Geplant: Kohorte 120.000 AOK- + 80.000 BKKn/IKKn- Patienten/Jahr DM 50,-/Sitzung + DM 8 Mio für Begleit-forschung Rando-misation: 4.000 Patienten DM 15 Mio für Begleitforschung	Abt. für Medizinische Biometrie und Epidemio-logie, Universität Bochum
Alle Ersatzkassen (außer TK)	Akupunktur mit Schein-akupunktur (nach Vorgabe Bundesausschuss Ärzte)	Chron. Spannungskopf-schmerz, Migräne, Chron. LWS-Beschwer-den, Chron. Gelenk-beschwerden bei Osteoarthritis, Chronizität > 6 Monate	07/2001–01/2004	Geplant: Mehr als 100.000 Patienten 50,- DM/Sitzung + DM 10,- für Inhaber des A-Diploms respektive DM 20,- für B-Diplom; geplante DM 1,3 Mio für Behand-lungen im Rahmen der Randomisati-ons-studie; Begleitforschung: DM 4,4 Mio	Zentrum für Naturheil-kundliche Forschung, II. Medizini-sche Klinik und Poliklinik der TU München

* wurde nach der Entscheidung des Bundesausschusses Ärzte an die entsprechenden Vorgaben angepasst

Ergebnisse aus den Modellvorhaben

Eine auch nur grobe Übersicht des Forschungsstandes zur Evaluation alternativer Heilmethoden⁷ ist in Anbetracht der Vielzahl der Methoden, der teilweise kaum mehr überschaubaren Zahl veröffentlichter Studien⁸ und der sehr kontroversen Diskussion an dieser Stelle nicht zu leisten.⁹ Dazu bedürfte es einer sehr differenzierten Würdigung der Grundlagen und Vorgehensweisen größerer und methodisch anspruchsvoller Studien.

Anstelle einer Forschungsbilanz sollen jedoch aus den bereits oben erwähnten Modellvorhaben des BV IKKn mit ihren beteiligten IKKn Sachsen, Sachsen-Anhalt und Baden-Württemberg sowie der verschiedenen Betriebskrankenkassen (BKKn) aus Essen und Köln einige zentrale Ergebnisse über gesundheitliche Effekte referiert werden. Bei den eigens für dieses Themenheft der Gesundheitsberichterstattung des Bundes durchgeführten statistischen Analysen wurden erstmals Ergebnisse unabhängiger Modellvorhaben (hier des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen und der BKKn Essen/Köln) zusammengeführt und ausgewertet.

Mit der gesetzlich vorgeschriebenen wissenschaftlichen Evaluation der Modellvorhaben besteht erstmalig die Möglichkeit, die Anwendung der besonderen Therapierichtungen auf der Versorgungsebene systematisch und auf wissenschaftlichen Kriterien beruhend zu beschreiben. Umfang und Komplexität der über ein Jahrzehnt erfassten Beobachtungsdaten von einer großen Anzahl chronisch Erkrankter, stehen in dieser Art bis heute europaweit nicht zur Verfügung. Die Datenkörper stellen patientenbezogene Informationen zur Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen, Arzneimittelverordnungen und Arbeitsunfähigkeit bereit und werden darüber hinaus um Befragungsdaten u. a. über die Entwicklung des Gesundheitszustandes ergänzt.

Explizite Vergleichsgruppen sind im Rahmen dieser Modellvorhaben nicht mitgeführt worden. Kontrollmöglichkeiten ergeben sich jedoch über einen personenbezogenen Vorher/Nachher-Vergleich und eine Standardisierung auf vergleichbare Referenzpopulationen (Pflichtversichertenkollektiv der Krankenkassen), wodurch säkulare Trends berücksichtigt werden können.

Dessen ungeachtet sind die Beobachtungsstudien rein deskriptiver Natur und dem Bereich der Versorgungsforschung zuzuordnen. Bei guter Planung schaffen sie Transparenz zu praxisnahen Abläufen und liefern Erkenntnismaterial mit Hinweisen zu Trends, zum Effekt, zur ökonomischen Effizienz und zu möglichen Risiken der zu untersuchenden Intervention. Wirksamkeitsnachweise – wie in klassischen klinischen Studien – sind auf dieser (breiten Versorgungs-)Ebene nicht zu erwarten.

Die Daten zum Inanspruchnahmeverhalten des Versorgungssystems (AU- und Krankenhausgeschehen, ambulante Arztkosten, Medikamente) und auch zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität werden beim Modellvorhaben der BKKn Essen/Köln retrospektiv bis zu 5 Jahren sowie prospektiv bis zu 7 Jahren erfasst. Zusätzlich erfolgt eine ausführliche Dokumentation der Krankengeschichte, eine engmaschige Arztdokumentation während der durchschnittlich 2 Jahre dauernden komplementärmedizinischen Behandlung und eine vollständige Erfassung aller komplementärmedizinisch erbrachten medizinischen Leistungen und Arzneiverordnungen. Vor Beginn, unmittelbar nach und im Follow-up 18 Monate nach der Behandlung werden die Patienten u. a. zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität befragt.

Zur Darstellung gesundheitlicher Effekte wird hier die Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens herangezogen. Als Arbeitsunfähigkeits(AU)-Indikatoren dienen die AU-Tage (pro Patient und Jahr), die AU-Quote (Verhältnis der Zahl der PatientInnen, die im Beobachtungsjahr wenigstens einmal krankgeschrieben waren und der Zahl aller StudienteilnehmerInnen, für die im jeweiligen Beobachtungsjahr AU-Daten vorliegen) sowie standardisierte Ratenverhältnisse (SRR). Die AU-Quote ist als Indikator für das AU-Geschehen im gesamten Studienkollektiv zu interpretieren, SRR (standardized rate ratio) kontrollieren auf säkulare Trends.¹⁰

Im Modellvorhaben des BV IKKn standen von den 5.000 behandelten Patienten 646 Patienten im ersten Studienjahr in einem Arbeitsverhältnis, während dies im Modellvorhaben der BKKn Essen/Köln von 1200 Studienteilnehmern 374 waren.

Der überwiegende Teil des Arbeitnehmerkollektivs des BV IKKn (84%) wurde im Mittel drei Wochen lang mit Akupunktur, die übrigen wur-

Tabelle 7
Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der Patienten der Modellvorhaben der BKKn Essen/Köln (BKKn) und des BV IKKn /IKK Sachsen-Anhalt (IKKn)

Beobachtungsjahr*	AU-Quote (Anteil Patienten mit einem AU-Fall in einem Jahr, %)		Tage (Mittelwert pro Patient und Beobachtungsjahr)	
	BKKn	IKKn	BKKn	IKKn
-3	66	59	23	22
-1	68	62	32	31
1	68	60	27	33
2	59	56	23	24
4	56	51	22	18

* Beobachtungsjahr bezeichnet den Zeitraum in der jeweiligen Studie in Bezug auf das Aufnahmedatum des Patienten (-3 = Beobachtungsjahr drei Jahre vor Behandlungsbeginn, 1 = Beobachtungsjahr im ersten Behandlungsjahr, ...)

den weniger als ein Jahr lang homöopathisch behandelt. Das Arbeitnehmerkollektiv der BKKn Essen/Köln wurde durchschnittlich zwei Jahre behandelt. In beiden Modellvorhaben sind die Patienten durchschnittlich seit sieben Jahren erkrankt und zwar vorwiegend an Rückenleiden, Migräne, Asthma oder Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises. Das Durchschnittsalter der am Modellvorhaben teilnehmenden Arbeitnehmer liegt bei 42 Jahren. Der Anteil der Frauen ist insgesamt niedriger als in den jeweiligen Gesamtkollektiven (BV IKKn: 53%; BKKn: 46%), und in beiden Modellvorhaben sind die pflicht- bzw. freiwilligversicherten Männer im Mittel älter als die Frauen. Folgende Ergebnisse lassen sich zusammenfassend hervorheben:

- ▶ In beiden Modellvorhaben ist insgesamt eine deutliche und nachhaltige Abnahme der AU-Tage im Vergleich vor und nach Behandlungsbeginn von anfangs 32 bzw. 31 Tage auf 23 (24) Tage im zweiten Beobachtungsjahr nach Behandlungsbeginn erkennbar (Tabelle 7). Die Nachhaltigkeit der Abnahme zeigt sich im Vergleich zur Zeit vor Behandlungsbeginn in einem gleichbleibend niedrigeren AU-Niveau auch vier Jahre nach Behandlungsbeginn.
- ▶ Dieser Effekt ist ebenfalls bezogen auf die Gesamtkohorte erkennbar (AU-Quote, Tabelle 7). Sind es vor der komplementärmedizinischen

Intervention noch zwischen 62% und fast 70% der Patienten, die in einem Beobachtungsjahr mindestens einen AU-Fall aufweisen, so sinkt diese Quote auf rund 51% bzw. 56%. Damit liegen zumindest die Patienten der BKKn Essen/Köln wieder auf einem Niveau, wie es dem Durchschnitt der westdeutschen BKKn-Pflichtversicherten entspricht (SRR=1.0).

- ▶ Bei männlichen Patienten sind die Effekte jeweils stärker ausgeprägt bzw. treten früher ein als bei den Frauen (Tabelle 8). Frauen des Modellvorhabens des BV IKKn weisen durchschnittlich mehr AU-Tage im Vergleich zu den Männern auf. Eine Reduktion der AU-Tage tritt hier auch erst deutlich später (im zweiten Behandlungsjahr) von 39 auf rund 29 auf 20 AU-Tage vier Jahre nach Behandlungsbeginn ein (Tabelle 8).
- ▶ Von gesundheitsökonomischer Bedeutung ist die Beobachtung einer nachhaltigen Abnahme des zu Behandlungsbeginn hohen Anteils an Patienten (19%) mit krankengeldpflichtigen AU-Dauern. Die Langzeit-AU-Quote sinkt kontinuierlich und liegt drei bis vier Jahre nach Behandlungsbeginn bei 12% bis 13%. Der Anteil derjenigen Arbeitnehmer ohne AU-Fall in einem Beobachtungsjahr steigt demgegenüber von 36% auf 47% (Abbildung 3).
- ▶ Diese Ergebnisse korrespondieren mit einer nachhaltigen Verbesserung des subjektiven Ge-

sundheitszustandes – gemessen an der Entwicklung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität – der Patienten.

Im Kollektiv des Essener/Kölner Erprobungsvorhabens haben unter der komplementärmedizinischen Behandlung insbesondere Patienten mit den Hauptdiagnosen Infektanfälligkeit, atopische Dermatitis (Neurodermitis), Magen-Darm-Beschwerden, chronische Sinusitis (Nasennebenhöhlenentzündung) und Kopfschmerz/Migräne profitiert (Abbildung 4). Als nachhaltig erwiesen sich diese Verbesserungen (gemessen 18 Monate nach Behandlungsabschluss), vor allem bei Patienten mit Kopfschmerz/Migräne, Rückenleiden, Magen-Darm-Beschwerden, chronischer Sinusitis und atopischer Dermatitis.

Tabelle 8
Geschlechtsbezogene Entwicklung der AU-Tage* (1994–2001)
Die Anzahl der beobachteten Patienten liegt je nach Beobachtungsjahr, Geschlecht und Modellvorhaben zwischen 90 und 340

AU-Tage	Mittelwerte	
	Frauen IKKn/BKKn	Männer IKKn/BKKn
Jahr**		
-3	28/20	16/26
-2	26/22	26/28
-1	36/31	26/33
1	39/27	26/28
2	29/25	18/20
3	20/18	20/24
4	19/21	17/23

* Modellvorhaben von BV IKKn/IKK Sachsen-Anhalt (IKKn) und BKKn Essen/Köln (BKKn)

** Beobachtungszeitraum in der jeweiligen Studie in Bezug auf das Aufnahmedatum des Patienten (-3=Beobachtungsjahr drei Jahre vor Behandlungsbeginn, 1=Beobachtungsjahr im ersten Behandlungsjahr)

Abbildung 3
Verteilung der Patienten nach Dauer der Arbeitsunfähigkeit in den Beobachtungsjahren
Anteil Patienten in AU-Häufigkeitsklasse in Prozent

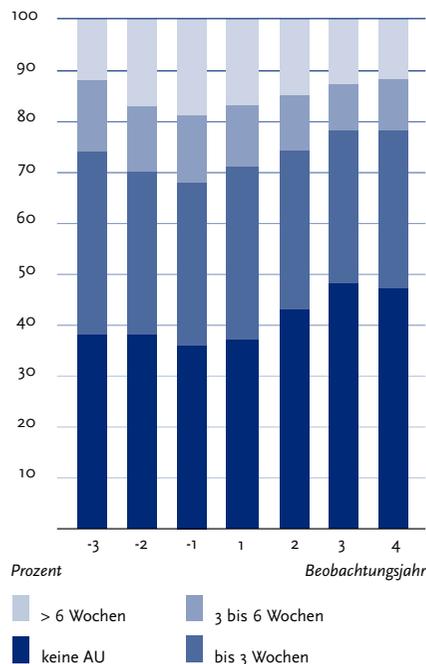
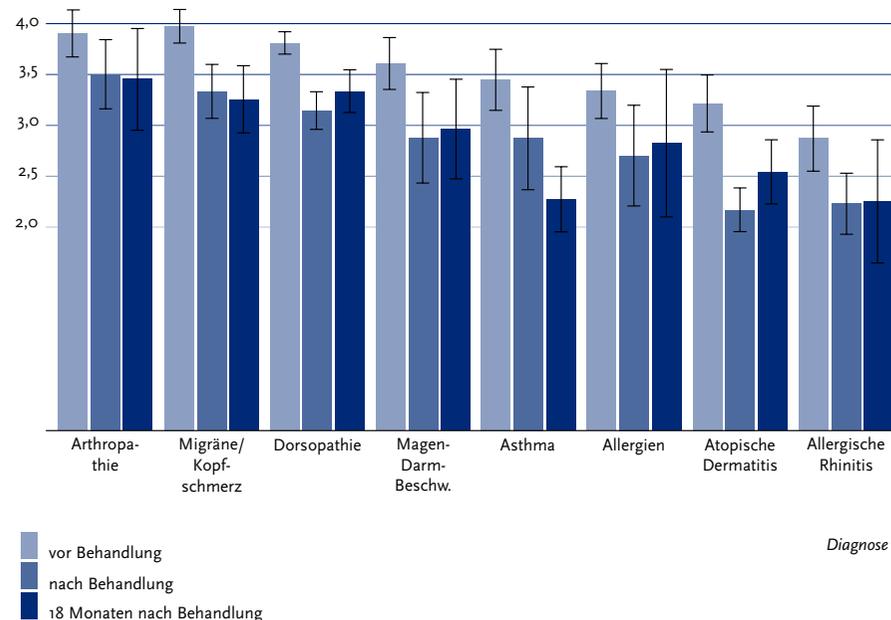


Abbildung 4
Änderung des subjektiven Gesundheitszustandes
(Der Befindlichkeitsscore wird aus fünf Items der Patientenbefragung zur Selbsteinschätzung des aktuellen Befindens gebildet.)
Score-Mittelwerte und deren 95%-Konfidenzintervall (95% KI), 1=sehr gut, ... 6=sehr schlecht



Insgesamt kann unter der komplementärmedizinischen Behandlung eine deutliche, positiv zu deutende Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens beobachtet werden. Trotz klarer Effekte lässt sich ein kausaler Zusammenhang zur Intervention im Modellvorhaben daraus nicht stringent ableiten. Durch weitergehende Analysen kann die Effektivität der Verfahren in Bezug auf Geschlecht, Alter, Diagnosen, Non-Responder (Patienten, bei denen eine therapeutisch angewandte Substanz keine Wirkung zeigt) etc. identifiziert und charakterisiert werden. Auch das Ordnungsverhalten der komplementär- und alternativmedizinisch tätigen Ärzte

kann erstmalig detailliert beschrieben werden. Daten weiterer Modellvorhaben könnten demnächst in die bisherigen Analysen einbezogen werden und damit die Datenbasis noch zusätzlich vergrößern.

In diesem Studien-Setting erweist sich die Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens als geeignet zur Beurteilung der Effektivität der gesamtmedizinischen Intervention. Grenzen der Aussagefähigkeit liegen unzweifelhaft in der Beurteilung der Wirksamkeit jedes einzelnen der angewandten alternativmedizinischen Verfahren. Hierfür sind kontrollierte, randomisierte klinische Studien unverzichtbar.

Motive der Inanspruchnahme, Bewertung und Vergleich mit der Schulmedizin

Motive und konkrete Anlässe der Inanspruchnahme

Ein zentrales Motiv der Inanspruchnahme ist die Betroffenheit von chronischer Erkrankung und ausbleibende oder subjektiv als unzureichend erlebte Heilungserfolge der Schulmedizin. Dies belegen mehrere Umfrage-Ergebnisse (z. B. Kahrs 2000, Techniker Krankenkasse 2001), aber auch Angaben der Teilnehmer an Modellvorhaben.

Die Furcht vor Nebenwirkungen bei einer medikamentösen Therapie ist ein zweiter wesentlicher Bestimmungsfaktor. In mehreren Befragungen (z. B. Techniker Krankenkasse 2001, Kahrs 1999, Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller 1999) werden von einer großen Mehrheit der Bevölkerung die »sanften«, »natürlichen« und »nebenwirkungsfreien« Begleitumstände alternativer Therapieformen und dabei insbesondere von Naturheilverfahren als besonders positiv herausgehoben. Sofern man die freie Wahl hätte zwischen einem Naturheilmittel und einem chemischen Arzneimittel würden etwa drei Viertel aller Befragten das Naturheilmittel bevorzugen (Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller 1999).

Naturheilmittel werden häufig im Rahmen der Selbstmedikation bei leichteren Gesundheitsbeschwerden (Befindlichkeitsstörungen) genommen – es wird bei solchen Beschwerden nicht mehr so schnell zum Arzt gegangen wie vor 20 oder 30 Jahren (Institut für Demoskopie Allensbach 2002). 62 % der Bevölkerung sind heute dieser Meinung, 1978 waren es nur 44 %. Ferner werden sie häufig auch zur Vorbeugung von Krankheiten eingenommen sowie als »Begleitmedikation« zusätzlich zu ärztlich verschriebenen Medikamenten. Dass im Krankheitsfall nur Naturheilmittel eingesetzt werden, ist hingegen eine deutliche Ausnahme: Nur 4 % aller Befragten handeln so (ebenda).

Bewertung und Zufriedenheit

Die Allensbach-Umfrage kommt – bei Naturheilmitteln – 2002 zu folgenden Ergebnissen: Der therapeutische Nutzen von Naturheilmitteln wird überwiegend positiv eingeschätzt. 54 % sagen (ohne Einschränkung), dass diese Mittel ihnen geholfen haben, weitere 38 % sind nicht ganz so positiv eingestimmt (»haben nicht immer geholfen«). Dabei finden sich Unterschiede in Abhängigkeit vom (selbst eingestuften) Gesundheitszustand: Akut oder chronisch Erkrankte bewerten den Erfolg von Naturheilmitteln skeptischer. Besonders positiv bewertet werden Naturheilmittel und ihr Effekt bei Erkältungs-Krankheiten und Grippe: 69 % bzw. 34 % sagen hier, dass ihnen Naturheilmittel geholfen haben. Besonders niedrige Erfolgsquoten zeigen auf der anderen Seite Kreislaufstörungen (hat geholfen: 19 %), Bronchitis (18 %), Hauterkrankungen (14 %) und Erschöpfungszustände (15 %).

Schulmedizin und alternative Medizin im Vergleich

Verschiedene Umfragen zeigen eine hohe bis sehr hohe Zufriedenheit mit alternativen Heilmethoden¹¹ In der Umfrage von Kahrs u.a. (2000) würden 90 % derjenigen, die alternative Medizin schon ausprobiert haben, sie auch Freunden weiterempfehlen. Diese überaus positive Bewertung alternativer Heilmethoden ist (aufgrund der in Zufriedenheits-Studien durchgängig gefundenen Tendenzen zu Positiv-Urteilen) nicht unbedingt überraschend. Aussagekräftiger erscheinen empirische Ergebnisse, die Schulmedizin und alternative Medizin miteinander in Verbindung bringen. Folgende Einzelergebnisse sind dazu hervorzuheben:

61 % der Bevölkerung finden unkonventionelle Heilverfahren oft besser als Schulmedizin, gleichzeitig meinen aber 71 %, dass diese Verfahren im Vergleich zur Schulmedizin wissenschaftlich weniger abgesichert sind (Wissenschaftszentrum NRW/EMNID 1995). In einer Befragung der Identity Foundation (2001) sind 57 % der Ansicht, dass Naturheilkunde auch in solchen Fällen schon erfolgreich gewesen sei, bei denen die »klassische Medizin« aufgegeben habe. Allerdings erscheint es bei schwerwiegenden Erkrankungen den meisten

Befragten (80 %) sogar gefährlich, sich auf Außen-seitermethoden zu verlassen (Kahrs u.a. 2000).

72 % der Deutschen wünschen sich alternative Heilmethoden als Ergänzung zur Schulmedizin (Techniker Krankenkasse 2001). Bei der Verordnung von Naturheilmitteln misst die Mehrheit der Bevölkerung dem Erfahrungswissen von Ärzten und Patienten eine größere Rolle zu als wissenschaftlichen Prüfungen.

Die zunehmende Popularität der Alternativmedizin ist auch begründet in der subjektiv intensiver erlebten Kommunikation und emotionalen Zuwendung, dem stärkeren Einbezug auch persönlicher Probleme aus der Familie oder dem Berufsleben. Bereits der zeitliche Umfang des persönlichen Kontaktes beim Alternativtherapeuten wird doppelt so hoch eingeschätzt wie beim Schulmediziner.

Nach einer Untersuchung von Schulz (2001) scheint ein nicht unerheblicher Teil der Patienten Besuche bei alternativen Therapeuten auch als niederschwelliges Psychotherapie- und Kommunikationsangebot in Anspruch zu nehmen. Ein Großteil der Patienten mit Interesse an psychosozialen Hintergründen ihrer Erkrankung nimmt alternative Medizin nicht als Konkurrenz zur Schulmedizin, sondern als Ergänzung (komplementäre statt substitutiver Funktion) wahr.

Ausblick

Innerhalb der Ärzteschaft und ihrer Verbände wie auch seitens der Krankenkassen bestehen weit reichende Kontroversen sowohl hinsichtlich der wissenschaftlichen Anerkennung alternativer Medizin als auch im Hinblick auf ihren Einbezug in den GKV-Leistungskatalog, wobei die Trennungslinien sehr eindeutig zwischen der Minderheit alternativmedizinischer Verbände einerseits und der Mehrheit etablierter ärztlicher Institutionen andererseits (Ärzttekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft) verlaufen. Sehr entschieden formulierte beispielsweise der Deutsche Ärztetag 1997: »Diese Verfahren halten einer Prüfung auf Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit nicht stand und sprengen somit die Grenzen des ohnehin bis an den Rand der Leistungsfähigkeit strapazierten Sozialversicherungssystems.«

Medizinsoziologische Forscher erkennen in der gewachsenen Popularität alternativer Heilverfahren auch Hinweise für eine »Erosion medizinischer Versorgungsstrukturen« (Kahrs u.a. 2000), die auch medizinische Informations- und Beratungsangebote betreffen, die derzeit außerhalb der ärztlichen Praxis (etwa durch Call-Center von Krankenkassen) aufgebaut werden.¹²

Repräsentanten der GKV, aber auch Gesundheitswissenschaftler betonen aufgrund der dargestellten Entwicklungstendenzen im Bereich alternativer und komplementärer Medizin (steigende Popularität und Nachfrage bei zugleich restriktiver Finanzierung in der GKV und Defiziten der Evaluation) die Notwendigkeit, die ebenso populären wie strittigen Diagnose- und Therapieansätze in größerem Umfang als bislang zu evaluieren.

Aus methodischen als auch aus pragmatischen Gründen sollten unterschiedlichste Evaluationsmethodiken, von der randomisiert kontrollierten Studie bis zur sorgfältig geplanten Beobachtungsstudie zur Anwendung kommen. Ziel sollte es sein, Transparenz zu schaffen im Hinblick darauf, welche Patientengruppen unter welchen Voraussetzungen von welchen Verfahren profitieren bzw. nicht profitieren.

Einige Länder haben eine systematische Forschungsförderung bereits etabliert: In der Schweiz wurden nach Abschluss eines umfangreichen Nationalen Forschungsprojektes zur Komplementärmedizin¹³ (NFP 34) Phytotherapie, Anthroposophische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie und Traditionelle Chinesische Medizin als kassenärztliche Leistung landesweit (allerdings zeitlich befristet bis zum Vorliegen von Evaluations-Befunden) freigegeben.¹⁴ Das Modellvorhaben wird wissenschaftlich begleitet. In den USA wurde 1992 auf Antrag der amerikanischen Regierung am National Institute of Health (NIH) das Office of Alternative Medicine (OAM) gegründet. 1998 fand eine Erweiterung zum National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) statt. Für Forschungszwecke im Bereich der Komplementärmedizin hat diese Einrichtung in wenigen Jahren erhebliche finanzielle Zuwächse erfahren, so stieg die Forschungsförderung von \$ 2 Millionen 1993 auf \$ 68,7 Millionen im Jahre 2000, \$ 89 Millionen 2001 und voraussichtlich \$ 101 Millionen im Jahr 2002. Im Rahmen dieser Ausweitung entstanden 13 Forschungsschwerpunkte für unter-

schiedliche alternativmedizinische Projekte an renommierten amerikanischen Hochschulen (u. a. Harvard, Stanford, Columbia University).

In Deutschland ist ein Forschungsschwerpunkt »Unkonventionelle Medizinische Richtungen« innerhalb des 1992 begonnenen Förderprogramms »Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit« inzwischen ausgelaufen. Dort wurden insgesamt 12 Projekte zu den Bereichen Akupunktur, Phytotherapie, Hydrotherapie, Homöopathie und anthroposophische Medizin ge-

fördert. Innerhalb des derzeitigen Regierungsprogramms »Gesundheitsforschung 2000« des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) werden alternative Heilmethoden nicht eigenständig erforscht (insgesamt etwa 1,1 Milliarden DM Fördersumme bis 2004). Allerdings sollen dort vermehrt vergleichende Therapiestudien bei solchen Krankheiten gefördert werden, bei denen besonders häufig auch nicht-schulmedizinische Therapien eingesetzt werden (z. B. Krebs, Allergien usw.).

Anmerkungen und Hintergrund-Informationen

- 1 Um die Zusatzbezeichnung »Naturheilverfahren« zu führen, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen: a) Nachweis einer mindestens zweijährigen klinischen Tätigkeit, b) Teilnahme an vier Kursen über naturgemäße Heilweisen von je einer Woche Dauer, c) drei Monate Weiterbildung an einer Weiterbildungsstätte. Letztere kann auch in Abschnitten von jeweils mindestens zwei Wochen durchgeführt werden. Die Voraussetzungen b) und c) sind auch erfüllt, wenn der Arzt eine mindestens sechsmonatige Weiterbildung in einer Krankenhauseinrichtung für Naturheilverfahren nachweist. Im Rahmen der Weiterbildung werden Kenntnisse in der Hydro- und Thermotherapie, der Bewegungstherapie und Atemtherapie, Massageverfahren, der Ernährungs-, Phyto- und Ordnungstherapie sowie den ausleitenden Verfahren vermittelt.
- 2 Zum Erwerb der Zusatzbezeichnung »Homöopathie« empfiehlt die Bundesärztekammer den Landesärztekammern in ihrer Muster-Weiterbildungsordnung von 1992 spezielle Kriterien: a) Nachweis einer mindestens zweijährigen klinischen Tätigkeit, b) Theoretische und praktische Beschäftigung mit homöopathischen Heilverfahren über mindestens drei Jahre oder eine einjährige Weiterbildung an einem Krankenhaus c) Teilnahme an sechs Kursen von einer Woche Dauer mit 40 Stunden oder wahlweise an einem sechsmonatigen Kurs in der homöopathischen Therapie.
- 3 Gründe für die Probleme einer exakteren Ausgabenberechnung sind folgende: Zum Ersten sind alternative Methoden, die als anerkannt gelten und zum Leistungskatalog der GKV-finanzierten Sachleistungen (»auf Rezept«) zählen, nur in sehr begrenztem Umfang auch explizit in der für die GKV gängigen Gebührenordnung EBM (Einheitlicher Bewertungs-Maßstab) aufgeführt. Der EBM ist hinsichtlich der jeweils zugrundeliegenden ärztlichen Einzelleistungen sehr viel weniger differenziert als die in der PKV gebräuchliche GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) und erlaubt nur sehr begrenzt eine Identifizierung der jeweils verordneten Methoden. Von daher sind alternative Heilmethoden auch nur sehr unvollständig in Belegen dokumentiert und bei den Kassenärztlichen Vereinigungen verfügbar.
- Zum Zweiten gibt es Abrechnungsvorschläge für niedergelassene Ärzte, die (teilweise auf Empfehlung von Fachverbänden im Bereich der alternativen Methoden) Abrechnungsziffern empfehlen, aus denen sich die spezifische Diagnose- und Therapiemethode nicht mehr rekonstruieren lässt (vgl. Hermanns, P.M., Roscher B., Ascher, W.: Alternative Medizin. Abrechnung nach GOÄ und EBM für Ärzte und Zahnärzte, Landsberg 2000). In dem Nachschlagewerk findet sich beispielsweise der Abrechnungsvorschlag für die inzwischen vom Bundesausschuss negativ bewertete hämatogene Oxydationstherapie (HOT); analog GOÄ 285 (Aderlass aus der Vene oder Arterie), GOÄ 500 (Inhalationstherapie), GOÄ 567 (Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum), GOÄ 286 (Reinfusion); daneben werden weitere Abrechnungsvorschläge vorgestellt,

die allesamt aufgrund der Untergliederung in anerkannte Einzelleistungen die eingesetzte Therapieform nicht mehr eindeutig erkennen lassen. Für homöopathische Therapieformen wie Heileurythmie, Musiktherapie, Malthherapie oder plastisch-therapeutisches Gestalten wird dort eine Abrechnung nach GOÄ 15 (Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken) empfohlen.

Drittens: Auch für Abrechnungsbelege mit einem eindeutigen Hinweis auf alternative Methoden (z. B. Akupunktur, homöopathische Erstanamnese) bedürfte es einer speziellen Erfassung und Klassifizierung dieser Belege, um diesen Bereich in Bezug auf Kosten und Fälle einzugrenzen, was bei den KVn jedoch aus Zeit- und Kostengründen unterbleibt.

Viertens: Kostenerstattungsanträge für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen bei Krankenkassen zwar immer vorab (zur MDK-Begutachtung) eingereicht werden, so dass es später im Prinzip möglich wäre, diesen Bereich auch quantitativ zu erfassen (Kosten, Fälle). Tatsächlich wird diese gesonderte Erfassung und Dokumentation bei den Kassen aufgrund des höheren Verwaltungsaufwandes in der Regel nicht durchgeführt bzw. nicht nach außen gegeben. Belege werden lediglich nach der Art der Leistung (Arzneimittel, ambulante Versorgung) erfasst.

4 Fazit der Expertise war, dass sich für das Jahr 1999 eine »fehlerhafte«, »nicht rechtskonforme« Kostenerstattung für NUB-Leistungen in der GKV in Höhe von 30,5 Millionen DM ergab, die für die gesamte GKV auf einen Betrag von 537,7 Millionen DM hochgerechnet wurde (Tabelle 9).

Dem Urteil des Prüferberichts, dass die Kostenerstattungen für diese Verfahren allesamt »nicht rechtskonform« gewesen seien, wurde von Seiten der GKV nachhaltig widersprochen. In einer gemeinsamen Erklärung (BV IKKn, AOK-Bundesverband, BV BKKn, VdAK, AEK-Verband) wurde insbesondere moniert, dass zum Zeitpunkt der Prüfung eine ganz andere Rechtslage hinsichtlich der Anerkennung von Akupunktur bestand. Die vom BVA geprüften Buchungen stammten aus dem Zeitraum 1999. Erst im Herbst 2000 wurde jedoch vom Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen beschlossen (und im Januar 2001 rechtsgültig), die Voraussetzungen für die Akupunktur mit Nadeln erheblich einzuschränken (nur in Modellvorhaben, nur 3 Indikationsbereiche, Chronizität der Beschwerden). Diese Restriktion galt jedoch im Jahre 1999 noch nicht.

5 Anfragen bei 30 weiteren GKV-Kassen, die alternative Methoden bereits im Rahmen von Modellvorhaben bzw. Erprobungsregelungen erprobt haben, blieben erfolglos.

Zur Einschätzung der im Folgenden referierten Daten ist zweierlei zu berücksichtigen. Erstens: Hier sind eine Reihe von ärztlichen Leistungen mit alternativen Heilmethoden nicht aufgeführt, und zwar solche, die als »normale« Sachleistungen von Ärzten erbracht und abgerechnet bzw. als sog. »IGEL«-Leistungen privat liqui-

Tabelle 9
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Prüfbericht des Bundesversicherungsamtes 2001 (Auszug aus dem Prüfbericht)

Methode	Zahl der Fälle	Fälle in %	Ausgaben in TDM	Ausgaben in %
Nadel-Akupunktur	52.140	88,2	21.674	71
Balneo-Phototherapie	2.575	4,4	2.562	8,4
Hyperbare Sauerstofftherapie	598	1,0	1.739	5,7
Soft-/Mid-Power-Laser	230	0,4	131	0,4
Eigenblutbehandlung	143	0,2	66	0,2
UV-Kaltlicht-Therapie	116	0,2	125	0,4
Thermotherapie	106	0,2	252	0,8
andere	3.207	5,4	3.972	13,1
insgesamt	59.115	100	30.521	100

diert wurden. In der Tabelle aufgeführt sind nur Leistungen, die im Rahmen von Kostenerstattungs-Anträgen reguliert wurden. Zweitens: Die Versichertenstruktur der Securvita BKK ist nicht als repräsentativ für die Versichertenstruktur in der GKV anzusehen. Vielmehr dürfte hier die Nachfrage nach alternativen Heilmethoden deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegen.

6 Die Auswertung der Begutachtungsfälle ergab im Einzelnen: siehe Tabelle 10.

7 Zur Evaluation der Wirksamkeit medizinisch-therapeutischer Interventionen findet sich in der Literatur eine breite Skala von Bewertungsmethoden. Am häufigsten findet man einfache Patienten-Befragungen (z. B. über Gesundheitszustand und Beschwerden vorher und nachher) oder auch ärztliche Urteile. Vergleiche »objektiver« Indikatoren (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Tage und -Fälle, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen) sind schon sehr viel seltener. Ähnlich verhält es sich mit dem Studien-Design

Tabelle 10
Begutachtung zu UUB und Arzneimitteln im MDK in Hessen (August 1998–Juli 1999)
Quelle: Kreck 2000

Anlass-Gruppe	Fallzahl	Fallzahl in %
Akupunktur	2.451	31,8
Sauerstoff- /Ozon-Therapieverfahren	672	8,7
Lichttherapieverfahren	456	5,9
Lasertherapieverfahren	424	5,5
Nuklearmedizinische Diagnostik	232	3,0
Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	227	3,0
Magnetresonanztomographie-Diagnostik in neuen / unkonventionellen Indikationen	220	2,9
Fertigarzneimittel bei nicht zugelassenen Indikationen	201	2,6
Thermotherapieverfahren	190	2,5
Anthroposophische Verfahren (außer Arzneimittel)	150	2,0
Radiologische Diagnostik und Therapie	129	1,7
Psychotherapieverfahren, unkonventionelle	123	1,6
Hippotherapie	122	1,6
Arzneimittel nach Ziffer 17.1 Arzneimittelrichtlinien	113	1,5
Physiotherapeutische Verfahren	113	1,5
Ultraschalltherapieverfahren	109	1,4
Importarzneimittel	109	1,4
Sonstige	1.660	21,6
Gesamt	7.701	100

sowie der Auswahl und Größe der Stichprobe. Es überwiegen kleinere (oft »selbst-selektive«) Stichproben und Studien ohne Kontrollgruppen. Für einen Wirksamkeitsnachweis gilt aus Sicht der wissenschaftlich orientierten Methodik die randomisierte Doppelblindstudie als sog. »Gold-Standard«: eine Studie muss danach a) prospektiv sein, d.h. Beobachtungen über einen längeren Zeitraum, vor, während und nach der Therapie umfassen, b) randomisiert sein, also eine Zufallsauswahl von Teilnehmern und auch eine zufällige Zuweisung zu Kontroll- und Therapie-Gruppe beinhalten und schließlich c) »doppelblind« mit Placebo-Einsatz realisiert werden, wobei sowohl die zu testende Substanz, als auch ein äußerlich gleiches, aber »wirkungsloses« Mittel zum Einsatz kommt und weder Arzt noch Patient wissen, was jeweils angewendet wird (vgl. zu den Problemen eines Wirksamkeitsnachweises nach den Kriterien klinischer Methodik: Gaus (1996), Abel (2000)).

8 Um die quantitativen Dimensionen zur Dokumentation des Forschungsstandes anzudeuten: Der Arbeitsausschuss »Ärztliche Behandlung« im BMG hatte allein zum Thema »Akupunktur« eine 500seitige Expertise für den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorbereitet. Der amerikanischen Food and Drugs Administration (FDA) wurde 1996 eine 3.000seitige Dokumentation vorgelegt, um den gesetzlichen Status der Akupunktur neu einzustufen (Stux/Stiller 1999). Das amerikanische »National Institute of Health« verglich im Jahre 1998 über 2.300 Studien zur Akupunktur. Die Literaturliteraturbank »Medline« liefert für den Suchbegriff »Akupunktur« Hinweise auf knapp 1.900 Veröffentlichungen für den Zeitraum 1955–2001.

9 Für einige in der öffentlichen Diskussion über alternative Medizin besonders kontrovers diskutierte Aspekte hat eine unlängst in der Schweiz veröffentlichte Studie (Sommer u.a. 1998) die Konflikte noch einmal verdeutlicht. Einer Experimentgruppe von 7.500 Versicherten war für einen Zeitraum von drei Jahren (1993–95) eine kostenlose Zusatzversicherung gewährt worden, die zur Inanspruchnahme verschiedener komplementärmedizinischer Therapieformen (maximaler Leistungsumfang 4.000 SFr jährlich) berechtigte. Daten dieser Gruppe (Versicherungs-Leistungen und -Kosten, subjektive Einschätzung von Gesundheitszustand und Lebensqualität) wurden verglichen mit einer Kontrollgruppe ohne Zusatzversicherung und nur schulmedizinischer Versorgung. Besonders herausgestellt wurden folgende Ergebnisse der Studie:

- Komplementärmedizin ersetzt nicht die schulmedizinische Versorgung, sondern wird additiv genutzt.
- Die Nachfrage ist sehr viel geringer als Medienberichte oft suggerieren.
- Eine für Versicherte kostenlose Inanspruchnahme der Komplementärmedizin führt zu keinerlei Kostensenkung in der Krankenversicherung.
- Die Selbsteinstufung von Gesundheitszustand und Lebensqualität in der Experimentgruppe (mit komplementärmedizinischer Versorgung) ist nach Ablauf der Studie nicht besser als in der Kontrollgruppe.

Schon kurze Zeit nach Veröffentlichung der Studie wurde jedoch massive Kritik laut am methodischen Vorgehen und der Validität der mitgeteilten Befunde. Kienle/Kiene bemängelten in einer ausführlichen Expertise (siehe: Kienle GS, Kiene H (1999) Können aus der Studie »Komplementärmedizin in der Krankenversicherung« wissenschaftlich tragfähige Schlüsse gezogen werden? In: Forschende Komplementärmedizin 6. 262–270.) unter anderem:

- In der Experimentgruppe war ein erheblich höherer Anteil von Versicherten mit hohen Gesundheitskosten (also vermutlich auch schlechterem Gesundheitszustand) vor Studienbeginn im Vergleich zur Kontrollgruppe vertreten.
- Die medizinischen Kosten in Experiment- und Kontrollgruppe unterschieden sich nur insignifikant voneinander (Kostensteigerungen 1992–1995 in Höhe von 521 SFr bzw. 498 SFr).
- Das Fazit einer additiven Nutzung der Komplementärmedizin qua Definition sei unsinnig und ginge »an der medizinischen Realität vorbei«. Als »additiv« wird eine Leistung in der Studie definiert, wenn der Versicherte auch irgendeine schulmedizinische Leistung in Anspruch nimmt, auch wenn dies mit einer ganz anderen Erkrankung in Zusammenhang steht.
- Die drop-out-Quote (ausscheidende, in der Stichprobe zum Schluss nicht berücksichtigte Teilnehmer) sei mit rund 50 % so hoch, dass z.B. die Ergebnisse zur Schlussbefragung über die gesundheitsbezogene Lebensqualität kaum aussagekräftig seien.

10 Referenzkollektiv BKKn-Pflichtversicherte (West): Zur Bereinigung der AU-Daten (Essen und München) um säkulare Trends – so ist in den letzten zehn Jahren in den alten Bundesländern allgemein eine rückläufige Entwicklung der Krankschreibungen zu beobachten – werden die AU-Tage auf den in den Krankheitsartenstatistiken der Betriebskrankenkassen veröffentlichten Mittelwert standardisiert. Geschichtet nach Kalenderjahr, Alter und Geschlecht werden so standardisierte Ratenverhältnisse (SRR=standardized rate ratio) gebildet. In 1998 z. B. waren 2,7 Millionen Pflichtversicherte der BKKn in den alten Bundesländern das Referenzkollektiv, davon 35,5 % Frauen. Von 1992 bis 1998 sank die mittlere Anzahl der krankheitsbedingten Fehltag pro Pflichtmitglied und Kalenderjahr im Referenzkollektiv von 23,5 auf 15 Tage.

Als Referenz liegen die Mittelwerte der AU-Tage und -Fälle pro Kalenderjahr je Altersklasse und Geschlecht aller BKKn-Versicherten vor. Referenzdaten aller Mitglieder der IKKn liegen derzeit noch nicht vor. Da der säkulare Trend der Arbeitsunfähigkeit in den neuen Bundesländern dem in den alten Bundesländern gegenläufig ist, schien eine Standardisierung der Modellvorhaben Sachsen und Sachsen-Anhalt auf das BKKn-Gesamtkollektiv nicht sinnvoll und wurde hier nicht durchgeführt. So waren 1992 Pflichtmitglieder der BKKn in den neuen Bundesländern im Mittel 15,3, die Pflichtversicherten der IKK Sachsen-Anhalt 12,6 Tage krankgeschrieben, 1998 16,5 respektive 16,0 Tage. Die Daten der BKKn-Pflichtmitglieder (Ost) können nicht

als repräsentativ angesehen werden (Bevölkerungsanteil 1998 in Sachsen-Anhalt 7,2 %).

AU-Parameter (Tage pro Jahr, SRR) sind stark rechtsschief verteilt, da ca. 40 % aller ArbeitnehmerInnen/Jahr keine Ausfallzeiten aufweisen. Zur Analyse werden daher der Median, das 75% Perzentil (Q₃) und die zugehörigen 95 %-Konfidenzintervalle sowie Verfahren der Rangstatistik in durchgängig beobachteten Subkohorten herangezogen. Zeitliche Verläufe des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens werden mit nichtparametrischen Methoden analysiert. Der Friedman-Test prüft auf Homogenität verbundener Stichproben unter Berücksichtigung von Bindungen. Wenn Homogenität abgelehnt wird, schließen sich Rangsummentest nach Wilcoxon/Wilcox (multipler Vergleich einzelner Jahre) und repeated measures Varianzanalyse des zeitlichen Verlauf der Ränge an. Getestet wird jeweils in definierten verbundenen Subkohorten (Subkohorte BKKn n=154, BV IKKn n=399 mit durchgehend 6 Jahre non-missing AU-Daten). Zur Berücksichtigung säkularer Trends und zeitlicher Korrelationen (regression to the mean) des allgemeinen AU-Geschehens werden je Kalenderjahr (1989–1998), Altersgruppe und Geschlecht standardisierte Ratenverhältnissen gebildet (Referenzpopulation: BKKn-Pflichtversicherte West), s.a.: Lehmann, N., Moebus, S., Jöckel, K.-H.: Sick Leave Trends and Complementary Medicine (CAM) – An Observational Study. Proceedings, 47. Biometrisches Kolloquium IBS, Homburg/Saar, 2001, S. 29.

- 11 Auf einer sechsstufigen Skala zeigten eine hohe Zufriedenheit (5 oder 6 Zufriedenheits-Punkte) beim Arzt für Naturheilkunde 74 %, beim Heilpraktiker: 53 %. Eine sehr schlechte Note (1 oder 2 Punkte) vergaben nur 7 % bzw. 15 % (BV IKKn 1994). Ähnliche Befunde zeigt die TK-Studie (2001): Vollkommen oder sehr zufrieden äußern sich 57 %, eher oder völlig unzufrieden hingegen nur 7 %.
- 12 Indikatoren wie die zuletzt ebenfalls gestiegene Nachfrage nach pränataler Diagnostik, nach kosmetischer Chirurgie und ebenso nach gesundheitlicher Information und Beratung im Zusammenhang von Ökologie- und Verbraucher-Fragen deuten nach dieser Veröffentlichung an, dass von vielen Bevölkerungskreisen an das Medizinsystem heute zunehmend Ansprüche und Erwartungen ge-

richtet werden, die im Rahmen der GKV-finanzierten Leistungen kaum mehr erbracht werden können und für die Ärzte und Mediziner auch nicht über die notwendigen Auszubildungsvoraussetzungen verfügen. Gleichzeitig steigt jedoch das Angebot kommerzieller Anbieter im Bereich der Gesundheitsinformation (Internet, Buchmarkt, CD-ROMs), und auch Institutionen wie Verbraucherberatung und Krankenkassen weiten beispielsweise über sog. Call-Center ihr gesundheitliches Beratungsangebot für Bürger und Patienten aus. Der Konflikt um alternative Diagnose- und Therapieverfahren wird von den Autoren nur als ein Beispiel von vielen in den aktuell zu beobachtenden Umbrüchen im Gesundheitswesen interpretiert, bei denen es um ökonomische Fragen einerseits, aber auch Kompetenzen und Zuständigkeiten geht.

- 13 Die Schweizer Landesregierung unterstützt über das Swiss National Science Foundation (SNSF) nationale Forschungsprogramme zu gesundheitsrelevanten Bereichen. Mit dem NFP 34 konnte über mehrere Jahre in großem Umfang die Komplementäre Medizin hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Methoden, Wirksamkeitsaspekten und gesundheitsökonomischen Belangen untersucht werden.
- 14 Phytotherapie, Anthroposophische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie und Traditionelle Chinesische Medizin wurden vom Eidgenössischen Departement des Innern beginnend zum 1.7.1999 und zeitlich befristet bis zum 30.6.2005 als ärztliche Pflichtleistung in die Grundversicherung aufgenommen, d.h. diese Verfahren gelten derzeit in der Schweiz als normale, kassenärztlich finanzierte Leistungen. In der Zeitspanne bis zum Jahre 2005 muss nachgewiesen werden, dass die Verfahren den aktuellen Anforderungen an Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit gerecht werden, um weiterhin in der Grundversicherung verbleiben zu können. Während das Bundesamt für Sozialversicherung mit jährlich etwa 110 Millionen Schweizer Franken Mehrkosten rechnet (das würde einem Prämienanstieg von einem Prozent entsprechen), gehen die Krankenkassen von deutlich über 200 Millionen SFR aus. Legt man einen Mittelwert von 160 Millionen Schweizer Franken zugrunde, so wären das bei einer Wohnbevölkerung von 5,8 Millionen im Jahre 2000 pro Kopf etwa 18 EURO.

Weiterführende Literatur

- Brock FE (Hg.) (1999) Handbuch der Naturheilkundlichen Medizin: Ausbildung – Klinik – Praxis. Loseblattwerk. Landsberg: Ecomed.
- Bühning M, Kemper FH (Hg.) (2000) Naturheilverfahren und unkonventionelle medizinische Richtungen. Springer-Loseblatt-Systeme. 3 Bände. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg New York. Stand Juli 2000.
- Ernst E (Hg.) (1996) Complementary medicine – an objective appraisal. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Institut für Demoskopie (2002) Naturheilmittel 2002. Wichtigste Erkenntnisse aus Allensbacher Trendstudien. Manuskript.
- Jütte R (1996) Geschichte der alternativen Medizin: von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute. München Beck.
- Kahrs M, Marstedt G, Niedermeier R, Schulz T (2000) »Alternative Medizin« – Paradigma für veränderte Patienten-Ansprüche und die Erosion medizinischer Versorgungsstrukturen? In: Arbeit und Sozialpolitik 1/2. Jg. 20–31.
- Kahrs M (1999) Alternative Medizin. Quantitative Befunde zum Laienverständnis alternativer Heilverfahren. In Marstedt G. u. a. (Hg.) Gesundheitskonzepte im Umbruch. Lebenslaufpolitik der Unfall- und Krankenkassen. Bremerhaven. 133–154.
- Moebus S (Hg.) (1999) Wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben zu Naturheilverfahren. Rationale Bewertung von alternativen Heilmethoden. Tagungsband. Forum Medizin Verlagsgesellschaft.
- Schulz T (2001) Orientierungswandel bei Gesundheit und Krankheit. Prozesse der Selbstkontextualisierung im Gesundheitssystem. Bremerhaven.
- Stiftung Warentest (Hg.) (1996) Die Andere Medizin. Nutzen und Risiken sanfter Heilmethoden, Berlin.

Die **Gesundheitsberichterstattung des Bundes** präsentiert ihr Daten- und Informationsangebot auch im Internet unter

www.gbe-bund.de

Die dort angebotenen Informationen geben Ihnen einen umfassenden Überblick über alle Teilaspekte des tief gegliederten Gesundheitswesens in Deutschland.

Sie haben die Möglichkeit anhand der vorliegenden Daten Ihre eigenen Tabellen zu erstellen. Die Tabellen sowie die darüber hinaus angebotenen Grafiken und Texte können Sie zur weiteren Verarbeitung auf Ihren eigenen Rechner übertragen.

Das Informationsangebot der Gesundheitsberichterstattung steht Ihnen rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr zur Verfügung. Es wird ständig erweitert und aktualisiert.

Zur Anmeldung verwenden Sie bitte den Nutzernamen »gast«. Dieser Name benötigt kein Passwort.

Weitere Auskünfte erhalten Sie unter **01888-644-8121**

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei
Der Deutschen Bibliothek erhältlich.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Dr. Thomas Ziese (v.i.S.d.P.)
Seestraße 10
13353 Berlin

Autoren

Dr. phil. Gerd Marstedt
Universität Bremen
Zentrum für Sozialpolitik
Dr. rer. nat. Susanne Moebus, MPH
Universitätsklinikum Essen
Institut für Medizinische Informatik,
Biometrie und Epidemiologie

Abonnentenservice

Die Hefte »Gesundheitsberichterstattung des Bundes« erscheinen in der Regel monatlich. Sie können im Jahresabonnement oder als einzelne Hefte bezogen werden:
E-Mail: gbe@rki.de
www.gbe-rki.de
Tel.: 018 88. 754-34 00
Fax: 018 88. 754-35 13

Druck

Muk. Medien und
Kommunikations GmbH, Berlin

ISBN

3-89606-130-5

ISSN

1437-5478

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt

Heft 9
August 2002

**Inanspruchnahme
alternativer Methoden in der Medizin**

Berlin: Verlag Robert Koch-Institut
ISBN 3-89606-130-5
ISSN 1437-5478

Complementary and alternative diagnostic and therapeutical procedures steadily increase in popularity. Although a growing amount of publications, press articles and surveys give the impression of a major presence and persuasive attraction of alternative medicine in our health care system, little is known about the overall situation of alternative medicine in Germany. Reliable and empirically founded databases for health care utilization and prevalence of complementary and alternative medicine in Germany are still missing. Main purpose of this special federal health report is to provide a clearer picture of the current situation of alternative medicine use in Germany for the first time. Different sources of information have been used for this report: literature, data bases and postal interviews of different health related institutions including health insurances and societies of the different alternative medicine providers, representative surveys, and model projects of health insurance funds. Besides clarification of conceptual and legal foundations, this report includes actual data of medical and para-medical providers, trends of health expenditures esp. of compulsory sickness insurances, demographics, prevalence, and patterns of utilization, results of population based surveys describing motives for alternative medicine use as well as some comments on the actual research situation. Numerous background information, tables, graphics, literature and www-links are completing the report.



Abbildung 2, Seite 13
Erfahrungen mit Naturheilmitteln 1970, 1997 und 2002

Angaben in Prozent

Quelle: Institut für Demoskopie Allensbach

Bevölkerungsgruppe	2002	1997	1970
Selbständige, freie Berufe	68	65	61
leit. Angestellte, Beamte	74	67	56
einf. Angestellte, Beamte	82	70	53
Arbeiter	67	57	47
Abschluss Abitur, Studium	73	72	65
Abschluss Mittlere Reife	73	66	49
Abschluss Volks-, Hauptschule	72	61	52
über 59-Jährige	80	68	61
45–59-Jährige	72	67	64
30–44-Jährige	75	68	48
16–29-Jährige	57	54	36
Frauen	79	74	55
Männer	66	55	49
Bevölkerung ab 16 J. insg.	73	65	52

Abbildung 3, Seite 20
Verteilung der Patienten nach Dauer der Arbeitsunfähigkeit in den Beobachtungsjahren

Anteil Patienten in AU-Häufigkeitsklasse in Prozent

Beobachtungsjahr	> 6 Wochen	3 bis 6 Wochen	bis 3 Wochen	keine AU
-3	12	14	36	38
-2	17	13	32	38
-1	19	13	32	36
1	17	12	34	37
2	15	11	31	43
3	13	9	30	48
4	12	10	31	47

Abbildung 4, Seite 21
Änderung des subjektiven Gesundheitszustandes

(Der Befindlichkeitsscore wird aus fünf Items der Patientenbefragung zur Selbsteinschätzung des aktuellen Befindens gebildet.)

Score-Mittelwerte und deren 95 %-Konfidenzintervall (95 % KI), 1=sehr gut, ... 6=sehr schlecht

Beschwerden	P1	95%KI unten	95%KI oben	P2	95%KI unten	95%KI oben	P3	95%KI unten	95%KI oben
Arthropathie	3,90	3,67	4,13	3,50	3,16	3,84	3,45	2,95	3,95
Migräne, Kopfschmerz	3,98	3,81	4,14	3,33	3,07	3,60	3,25	2,92	3,58
Dorsopathie	3,81	3,70	3,92	3,14	2,96	3,33	3,33	3,12	3,54
Magen-Darm-Beschw.	3,60	3,35	3,86	2,87	2,43	3,32	2,96	2,47	3,45
Asthma	3,45	3,15	3,75	2,88	2,37	3,38	2,27	1,95	2,59
Allergien	3,34	3,07	3,61	2,70	2,21	3,20	2,82	2,10	3,55
Atopische Dermatitis	3,22	2,94	3,50	2,17	1,96	2,39	2,54	2,23	2,86
Allergische Rhinitis	2,87	2,55	3,19	2,23	1,93	2,53	2,25	1,64	2,85