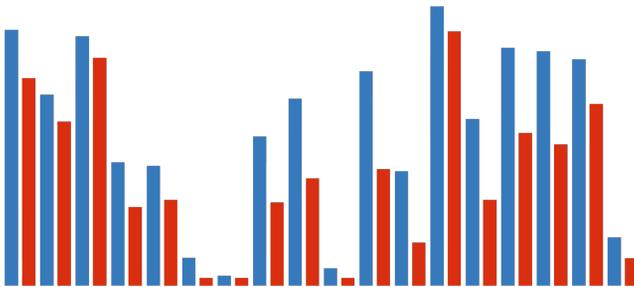


Michael Johannes Maisch

Komplementär- und alternativmedizinisches
Versorgungsangebot in der Gynäkologie und
Geburtshilfe in Hessen



Inauguraldissertation zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.

Die rechtliche Verantwortung für den gesamten Inhalt dieses Buches liegt ausschließlich bei den Autoren dieses Werkes.

Jede Verwertung ist ohne schriftliche Zustimmung der Autoren oder des Verlages unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung in und Verarbeitung durch elektronische Systeme.

1. Auflage 2018

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the Authors or the Publisher.

1st Edition 2018

© 2018 by VVB LAUFERSWEILER VERLAG, Giessen
Printed in Germany



édition scientifique
VVB LAUFERSWEILER VERLAG

STAUFENBERGRING 15, D-35396 GIESSEN
Tel: 0641-5599888 Fax: 0641-5599890
email: redaktion@doktorverlag.de

www.doktorverlag.de

**Komplementär- und alternativmedizinisches
Versorgungsangebot in der Gynäkologie und
Geburtshilfe in Hessen**

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von

Maisch, Michael Johannes

aus Herrenberg

Gießen 2018

Aus dem Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
unter der Leitung von Prof. Dr. med. Ivo Meinhold-Heerlein,
des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

Gutachter: Prof. Dr. Dr. Hans-Rudolf Tinneberg
Gutachter: Prof. Dr. Dr. Michael Kirschbaum

Tag der Disputation: 16.10.2018

Meinen Eltern gewidmet.

Gender Erklärung:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Dissertation die Sprachform des generischen Maskulinums verwendet. So werden personenbezogene Bezeichnungen, die sich zugleich auf Frauen und Männer beziehen, generell nur in der im Deutschen üblichen männlichen Form angeführt, also z. B. „Frauenärzte“ statt „Frauenärzt_innen“.

Eine Ausnahme gilt für den Begriff „Patientinnen“ welche sich in der frauenärztlichen Praxis meistens als weiblich identifizieren.

Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass dies keinesfalls eine Geschlechterdiskriminierung zum Ausdruck bringen soll.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Fragestellung.....	5
3	Material & Methoden.....	6
3.1	Erfassungsbogen.....	6
3.2	Datenerhebung.....	8
3.3	Bewertung des komplementär- und alternativmedizinischen Versorgungsangebots und der Nachfrage.....	8
3.4	Datenauswertung.....	9
4	Ergebnisse.....	10
4.1	Rücklauf.....	10
4.2	Demographische Daten.....	10
4.3	Zusammenarbeit im Bereich Komplementär- und Alternativmedizin.....	12
4.4	Komplementär- und alternativmedizinisches Versorgungsangebot und Nachfrage.....	13
4.5	Einfluss einer CAM-Zusatzbezeichnung auf das Versorgungsangebot.....	21
4.6	Präferenz der CAM-Methoden bei unterschiedlichen Krankheits- und Beschwerdebildern.....	23
4.7	Präferenz der jeweiligen CAM-Methoden bei Führen einer CAM-Zusatzweiterbildung.....	25
5	Diskussion.....	29
5.1	Demographische Daten.....	29
5.2	Zusammenarbeit im Bereich Komplementär- und Alternativmedizin.....	31
5.3	Komplementär- und alternativmedizinisches Versorgungsangebot und Nachfrage.....	31
5.4	Die Auswahl der CAM-Methode bei spezifischen Krankheitsbildern.....	33
5.5	Einfluss der CAM-Zusatzbezeichnung auf die Wahl der CAM-Methode.....	34
5.6	Limitationen.....	36
5.7	Fazit.....	40

5.8	Ausblick	40
6	Zusammenfassung	43
7	Summary	44
8	Abkürzungsverzeichnis	45
9	Literaturverzeichnis.....	46
10	Anhang	53
10.1	Erfassungsbogen	53
10.2	Ehrenwörtliche Erklärung	56

1 Einleitung

Hinter den Begriffen Komplementär- und Alternativmedizin (complementary and alternative medicine = CAM) stecken aus schulmedizinischer Sicht zwei verschiedene medizinische Richtungen, welche sich in der Akzeptanz der konventionellen Medizin stark voneinander unterscheiden. Komplementärmedizin akzeptiert die Schulmedizin und wünscht diese durch komplementäre Behandlung in Wirksamkeit oder Verträglichkeit zu verbessern, während Alternativmedizin schulmedizinische Therapien ablehnt und eigene Entwürfe bezüglich Pathogenese und Behandlung innehat (Münstedt und Riepen, 2012). Oftmals nimmt die Alternativmedizin für sich selbst in Anspruch, zu einer „sanften Heilung“ ohne Operationen oder Medikamente in der Lage zu sein (AMWF Leitlinie Zervixkarzinom, 2014).

Zusätzlich wird teilweise der Begriff „integrative Medizin“ verwendet. Dieser beinhaltet nach der Definition des “Academic Consortium for Integrative Medicine and Health in the USA” (2018) neben der interprofessionellen, ganzheitlichen Fokussierung auf die Person auch evidenzbasierte Medizin. Zudem besteht der Wunsch der Vertreter von integrativer Medizin, gleichberechtigt mit Schulmedizinern über die Therapie zu bestimmen (Münstedt, 2016). Klein et al. (2017) klassifizieren integrative Medizin in fünf Untergruppen: holistische Systeme (z.B. Homöopathie, Naturheilverfahren), Körper/Geist Interventionen (z.B. Meditation), körperbezogene Therapien (z.B. Sport), biologische Behandlungen (z.B. Phytotherapie, Nahrungsergänzungsmittel) und energiebasierte Methoden (z.B. Elektrotherapie).

Üblicherweise in Deutschland verwendete CAM-Methoden umfassen Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) inklusive Akupunktur, Homöopathie, klassische Naturheilverfahren, Phytotherapie, Nahrungsergänzungsmittel, Sport und anthroposophische Medizin (Frass et al., 2012; Hack et al., 2013; Klein et al., 2017; Linde et al., 2014a; Thanner et al., 2014).

Der Einsatz von komplementär- und alternativmedizinischen Therapien hat in den letzten Jahrzehnten weltweit deutlich zugenommen (Frass et al., 2012). Auch in Deutschland vergrößert sich seit den 1970er Jahren das Angebot an Komplementär- und Alternativmedizin im klinischen und ambulanten Spektrum der Patientenversorgung stetig (Beer und Ostermann, 2003).

Insbesondere in der Onkologie erfährt CAM zunehmend Resonanz (Horneberger et al., 2011; Klein et al., 2017; Kristoffersen et al., 2013). Viele Hausärzte und Orthopäden in der ambulanten Patientenversorgung haben CAM-Methoden in ihre tägliche Arbeit integriert (Linde et al., 2014a). Auch die Anwendung von Komplementär- und Alternativmedizin in der Schwangerschaft und während der Geburt ist weit verbreitet (Hall et al., 2011; Münstedt et al., 2013).

Generell wird CAM nicht als kurzfristiger Modetrend aufgefasst, sondern als etablierte Behandlungsart dargestellt (Thanner et al., 2014). Dafür sprechen auch die zunehmende Anzahl an CAM-Publikationen und randomisierte kontrollierte Studien (RCT) z. B. im gynäkoonkologischen Bereich (Kalder et al., 2016).

Die Beweggründe für Patienten, CAM-Anbieter aufzusuchen und komplementär- und alternativmedizinische Methoden in Anspruch zu nehmen, sind Lebensqualitätssteigerung, Verbesserung der Prognose sowie der Stress- und Krankheitsbewältigung, Linderung von Nebenwirkungen der schulmedizinischen Therapie, Unzufriedenheit mit den schulmedizinischen Methoden und der Wunsch sich selbst in die Therapie einzubringen (AWMF Leitlinie Vulvakarzinom, 2015; Frass et al., 2012; Linde et al., 2014b; Münstedt et al., 2013). Ebenso besteht häufig der Wunsch der Patienten nachhaltigere Wirkungen und weniger Nebenwirkungen im Vergleich zur Schulmedizin zu erfahren (Joos et al., 2012).

Darüber hinaus sehen onkologische Patientinnen es als die Pflicht des behandelnden Onkologen oder Allgemeinmediziners an, sie über CAM zu informieren (Münstedt et al., 2014b). Dies unterstreicht die besondere Stellung des Arztes im Bereich der Komplementär- und Alternativmedizin in Deutschland.

Die Gründe für den niedergelassenen Arzt komplementär- und alternativmedizinische Methoden anzubieten, sind ebenso vielfältig. Sie reichen von der Überzeugung der Wirksamkeit bei bestimmten Krankheiten, über eine gewünschte, holistischere Betrachtungsweise bis zur Nebenwirkungsarmut (Maha und Shaw, 2007; Thanner et al., 2014).

CAM nimmt insgesamt weder im Studium noch in der Facharztausbildung eine bedeutende Stellung ein (Münstedt, 2016). Die meisten Ärzten setzen sich erst nach der Niederlassung mit CAM auseinander (Thanner et al., 2014). Trotz der eigenen Weiterbildung und Interesse an CAM besitzen viele Ärzte wenig Wissen über CAM-Methoden (Conrad et al., 2014; Klein et al., 2017; Münstedt et al., 2011; Trimborn et al., 2013).

Es existieren mehrere Studien, die sich entweder mit der Wirksamkeit von Komplementär- oder Alternativmedizin auseinandersetzen (Harris et al., 2013; Nuhn et al., 2010) oder die das Konzept verfolgen, die Patienten über deren Inanspruchnahme von CAM zu befragen (McKay et al., 2005; Nazik et al., 2012; Steel et al., 2012). Auch in Deutschland wurden bereits derart gefasste Umfragen an Patienten durchgeführt (Kalder et al., 2010; Krug et al., 2016).

In Deutschland sind, im Gegensatz zu anderen Ländern, die Ärzte die wichtigsten Anbieter von CAM (Münstedt et al., 2014a). Untersuchungen die erklären, warum einige Ärzte CAM zugewandt sind während andere CAM ablehnen sind limitiert (Linde et al., 2014a).

Joos et al. (2011) und Linde et al. (2014a) zeigten, dass 60 - 77 % der niedergelassenen Allgemeinmediziner regelmäßig CAM in ihrer Praxis anbieten. In einer Studie von Thanner et al. (2014) wurde deutschlandweit in einer interdisziplinären Befragung von Ärzten die Häufigkeit der CAM-Anwendung mit 63 % angegeben. Klein et al. (2017) untersuchten die Einstellung von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) zu komplementär- und alternativmedizinischen Methoden. Hierbei wurde eine Häufigkeit von bis zu 93% beim Mammakarzinom angegeben.

Eine Studie, die explizit die niedergelassenen Frauenärzte nach deren Einschätzung und Zusammenarbeit bezüglich Komplementär- und Alternativmedizin befragte, existierte nicht.

Es liegt nahe, in einem Fach wie der Gynäkologie und Geburtshilfe, die Versorgung mit CAM zu überprüfen, nehmen doch weltweit (Frass et al., 2012; Kristoffersen et al., 2013) und auch in Deutschland (Krug et al., 2016) mehr Frauen als Männer komplementär- und alternativmedizinische Angebote an. Zusätzlich belegte die Gynäkologie in einer Befragung von Ärzten unterschiedlicher Fachgebiete Rang 5 in der Häufigkeit der CAM-Anwendung mit einer 82-prozentigen Prävalenz (Thanner et al., 2014).

Es sind einige Studien über CAM im Bereich der gynäkologischen Onkologie (McKay et al., 2005; Nazik et al., 2012) und der Geburtshilfe (Anderson und Johnson, 2005; Hall und Jolly, 2014; Kalder et al., 2010; Münstedt et al., 2013) verfügbar, ohne dass bisher der Bereich der allgemeinen Gynäkologie näher beleuchtet wurde.

In Deutschland existieren vier von den jeweiligen Ärztekammern zertifizierte Zusatzweiterbildungen aus dem Kreis der Komplementär- und Alternativmedizin: Akupunktur, Chirotherapie, Homöopathie und Naturheilverfahren (Bundesärztekammer, 2015).

Das Führen einer Zusatzbezeichnung aus dem Bereich der Komplementär- und Alternativmedizin ist nicht gleichzusetzen mit dem Versorgungsangebot an komplementär- und alternativmedizinischen Methoden. Es ist anzunehmen, dass sich Ärzte - unabhängig von den durch Landesärztekammern angebotenen Zusatzweiterbildungen - in CAM qualifizieren und ihren Patienten diese Methoden anbieten (Thanner et al., 2014). Daraus lässt sich schließen, dass eine zusätzliche Befragung bezüglich des Angebots in der eigenen Praxis für eine solche Untersuchung unabdingbar ist.

Eine quantitative Abfrage der, bei den Landesärztekammern gemeldeten Ärzten, mit CAM-Zusatzbezeichnungen ist daher nicht ausreichend, um einen Überblick über die komplementär- und alternativmedizinischen Versorgungsangebot zu erlangen.

2 Fragestellung

Die Zielsetzung dieser Arbeit war es, ein möglichst genaues Bild des Versorgungsangebots in Hessen bezüglich der Komplementär- und Alternativmedizin in der Gynäkologie und Geburtshilfe zu zeichnen. Ein besonderer Fokus lag auf der Erfassung des Angebots und der Nachfrage nach CAM bei einem möglichst breiten Spektrum an gynäkologisch und geburtshilflichen Krankheits- und Beschwerdebildern.

- Welchen Einfluss haben die demographischen Daten wie Alter und Geschlecht auf das komplementär- und alternativmedizinische Angebot?
 - Ist das Führen einer CAM-Zusatzbezeichnung mit diesen Daten assoziiert?
 - Ist das praxiseigene Angebot mit diesen Daten assoziiert?
- Welchen Einfluss haben die demographischen Daten und das Führen einer CAM-Zusatzbezeichnung auf die Zusammenarbeit und deren Bewertung mit ärztlichen Kollegen, Hebammen, Heilpraktikern und Physiotherapeuten?
- Mit welchen Berufsgruppen besteht eine Zusammenarbeit, mit welchen wird diese eher abgelehnt?
- Wie sind die Nachfrage und das Versorgungsangebot in den einzelnen Krankheits- und Beschwerdebildern zu werten?
 - Suchen Patientinnen auf der Suche nach Komplementär- und Alternativmedizin häufiger Frauenärzte mit einer CAM-Zusatzbezeichnung auf?
 - Welchen Einfluss hat eine CAM-Zusatzbezeichnung auf das Angebot?
- Existieren Krankheiten in der Gynäkologie und Geburtshilfe mit hoher CAM-Nachfrage aber mangelhafter CAM-Versorgung?
- Bewerten Frauenärzte mit CAM-Zusatzbezeichnung die Sinnhaftigkeit von CAM-Methoden bei allen Krankheitsbildern gleich?
- Bei welchen Beschwerdebildern werden Phytotherapie, Nahrungsergänzungsmittel, Homöopathie sowie Akupunktur und TCM am häufigsten eingesetzt?
- Welchen Einfluss hat das Führen der jeweiligen Zusatzweiterbildung Akupunktur, Naturheilverfahren oder Homöopathie auf die Präferenz der jeweiligen CAM-Methoden?

3 Material & Methoden

3.1 Erfassungsbogen

Es wurde ein Erfassungsbogen (s. Anhang S. 54-56) gestaltet. Dieser fragte auf drei Seiten personenbezogene Daten, die Zusammenarbeit mit CAM-Anbietern sowie die Empfehlung von CAM bei unterschiedlichen Krankheits- und Beschwerdebildern ab. Die kurze, tabellarische Form des Bogens sollte die Bearbeitungszeit für die teilnehmenden niedergelassenen Kollegen geringhalten und damit die Bereitschaft zur Partizipation erhöhen. Gleichzeitig konnten durch die Tabellenform viele Inhalte auf übersichtliche Weise abgefragt werden. In einer Metaanalyse wurde gezeigt, dass ein Erinnerungsanschreiben und ein kurzer Erfassungsbogen den Rücklauf signifikant erhöhten (Nakash et al., 2006). Diese beiden Aspekte flossen in die Gestaltung des Forschungskonzeptes und somit auch in den Erfassungsbogen ein.

Die Fragen 1 bis 6 bezogen sich auf allgemeine demographische Daten zum Teilnehmer – wie Alter, Geschlecht, höchster akademischer Titel, Anzahl der Behandlungsscheine pro Quartal, Lokalität der Praxis (Niederlassung im urbanen oder ländlichen Kontext) und Zusatzbezeichnungen aus dem Bereich der CAM, z. B. Akupunktur, Naturheilverfahren und Homöopathie.

In Frage 7 wurde nach einer bestehenden oder geplanten Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Ärzten, Apothekern, Hebammen, Heilpraktikern und Physiotherapeuten) bezüglich CAM gefragt. Bei bereits bestehender Zusammenarbeit wurde um eine Bewertung in Schulnoten gebeten. Es bestand auch die Möglichkeit anzugeben eine Kooperation mit einer oder mehreren Berufsgruppen strikt abzulehnen.

Frage 8 beschäftigte sich mit dem Vorgehen der Befragten, wenn diese von einer Patientin mit einem bestimmten Beschwerdebild und der Frage nach CAM aufgesucht wurden. Die Antwortmöglichkeiten reichten von dem Hinweis auf die Wirksamkeit der Schulmedizin bei dieser Krankheit über eine ärztlich geführte CAM-Therapie bis zur Empfehlung anderer CAM ausübender Berufsgruppen wie Apothekern, Hebammen oder Heilpraktikern.

Die letzte Frage thematisierte die eigene, subjektive Einschätzung des Frauenarztes bezüglich der Häufigkeit der Nachfrage nach CAM-Methoden in seiner Praxis – angegeben in „nie“, „selten“, „regelmäßig“ und „sehr häufig“ - sowie seiner Bewertung, ob und welche CAM-Behandlung angezeigt ist. Im Erfassungsbogen ankreuzbare CAM-Methoden umfassten Phytotherapie, Nahrungsergänzungsmittel, Homöopathie, Akupunktur und TCM sowie „Andere“.

Die einzelnen Beschwerdebilder, die in Frage 8 und 9 thematisiert wurden, repräsentieren typische und häufige Erkrankungen der Frauenheilkunde und Geburtshilfe und decken somit beinahe das gesamte Spektrum des Faches ab.

Zur weiteren Information der Ätiologie, Pathologie, Klinik, Diagnostik und Therapie der jeweiligen Beschwerdebilder wird an dieser Stelle auf die gängigen Lehrwerke und Leitlinien der Gynäkologie und Geburtshilfe verwiesen.

Die abgefragten Krankheiten und Beschwerden umfassten aus dem Bereich geburtshilflicher Erkrankungen:

- Schwangerschaftsbeschwerden
- Gestationsdiabetes
- Frühgestose
- Spätgestose
- Vorzeitige Wehentätigkeit
- Geburtshilfliche Probleme z. B. Beckenendlage
- Probleme im Wochenbett

Aus dem endokrinen Formenkreis:

- Klimakterische Beschwerden
- PCO-Syndrom
- Prämenstruelles Syndrom
- Unerfüllter Kinderwunsch
- Kontrazeption

Aus dem Spektrum an gynäkologischen und onkologischen Erkrankungen:

- Habituellem Abort
- Inkontinenz
- Entzündungen des weiblichen Genitals
- Uterus myomatosus
- Endometriose
- Gynäkologische Karzinome
- Nebenwirkungen einer Karzinombehandlung

3.2 Datenerhebung

Nach einem positiven Votum der Ethikkommission der Universität Gießen wurde die erste Version des Erfassungsbogens zunächst niedergelassenen Frauenärzten aus Hessen auf der „Gießener Gynäkologischen Fortbildung“ im Januar 2013 ausgehändigt. Basierend auf den Rückmeldungen wurde eine zweite, in einigen Fragen optimierte Version erstellt. Diese wurde im Anschluss an den Kongress im Februar 2013 an alle zu diesem Zeitpunkt in Hessen niedergelassene Fachärzte der Gynäkologie und Geburtshilfe geschickt. 844 Namen und Adressen wurden über die Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ermittelt (Kassenärztliche Vereinigung Hessen, 2013). Um eine Pseudonymisierung durchzuführen, wurde jeder Erfassungsbogen nummeriert. Anhand der Nummer konnte der Rücklauf detailliert beobachtet werden, sodass im Mai 2013 ein Erinnerungsschreiben mit Erfassungsbogen nur an die Ärzte versandt wurde, welche bis dato noch keine Rückmeldung getätigt hatten. Ein solches Vorgehen wurde auch bei ähnlichen Datenerhebungen durchgeführt (Beer und Ostermann, 2003; Klein et al., 2017; Linde et al., 2014a).

Bei zwölf niedergelassenen Kollegen stimmte die Adresse in der Datenbank nicht mit der aktuellen überein, sodass die Bögen mit einem Vermerk von der Deutschen Post zurückgeschickt wurden. Bei allen betroffenen Frauenärzten konnte durch Internetrecherche die aktuelle Adresse herausgefunden und aktualisiert werden, sodass diese Ärzte ebenfalls einen Erfassungsbogen erhielten. Alle bis zum 31.08.2013 eingegangenen Antworten wurden bei der Auswertung berücksichtigt.

3.3 Bewertung des komplementär- und alternativmedizinischen

Versorgungsangebots und der Nachfrage

Zur objektiven Bewertung der Häufigkeit der Nachfrage nach komplementär- und alternativmedizinischen Methoden seitens der Patientin wurde anhand des Mittelwerts ein beschwerdespezifischer Nachfragescore (NS) gebildet. Die Wertelabels reichten von 0 = nie, 1 = selten, 2 = regelmäßig bis 3 = sehr häufig. Ein Nachfragescore über 2 wurde also mit regelmäßig bis sehr häufig definiert, ein NS kleiner gleich 1 mit selten bis nie.

Konfrontiert mit der Frage seitens der Patientin nach CAM, legt der behandelnde Frauenarzt ihr ihre Optionen dar. Das CAM-Angebot in der eigenen Praxis oder die Empfehlung eines CAM bewanderten ärztlichen Kollegen, Apothekers, Heilpraktikers oder einer Hebamme wurde als vorhandenes komplementär- und alternativmedizinisches Versorgungsangebot in diesem Krankheitsbild gewertet.

Zur besseren Vergleichbarkeit des CAM-Angebots in den einzelnen Krankheitsbildern wurde ein Bewertungssystem geschaffen: der beschwerdespezifische Angebotsscore (AS). Dieser wurde durch die Gesamtzahl der Empfehlungen in Frage 8 des Erfassungsbogens geteilt durch 100 definiert.

Als sehr gutes, also umfassendes Angebot an komplementär- und alternativmedizinischer Behandlung wurde gewertet, wenn der beschwerdespezifische Angebotsscore für das jeweilige Beschwerdebild 4 oder mehr beträgt. Ein gutes Angebot wurde als ein Score zwischen 3 und 4, ein befriedigendes Angebot als ein Score zwischen 2 und 3 definiert. Dahingegen wurde eine Lücke im CAM-Angebot mit einem beschwerdespezifischen Angebotsscore unter 2 festgelegt. Ein mangelhaftes Angebot lag bei einem Wert kleiner als 1 vor.

3.4 Datenauswertung

Die Datensammlung wurde mit dem Programm IBM® SPSS® Statistics Version 21 durchgeführt. Jede Antwortmöglichkeit wurde mit einer entsprechenden Variablen versehen. Die statistische Datenanalyse wurde ebenfalls mittels SPSS® umgesetzt.

Eine statistische Beratung durch das Institut für Medizinische Informatik der Justus-Liebig-Universität Gießen wurde in Anspruch genommen.

Zur Prüfung der Normalverteilung kam der Kolmogorov-Smirnov-Test und der Shapiro-Wilk-Test zum Einsatz. Aufgrund der Ergebnisse musste die Nullhypothese der Normalverteilung verworfen werden, somit wurde, wo zutreffend, der Median (Mdn) mit Spannweite angegeben.

Zum Vergleich zwischen Median-Werten wurde der Mann-Whitney-U-Test unabhängiger Stichproben durchgeführt. Bei der Analyse von nominal mit metrisch skalierten Mittelwerten kam der t-Test mit zweiseitiger Signifikanz zur Anwendung. Der Vergleich von nominalen Variablen wurde mit Kreuztabellen und dem Chi-Quadrat Test nach Pearson mit einseitiger Signifikanz berechnet. Bei einer erwarteten Häufigkeit kleiner als 5 in mehr als 20 Prozent der Zellen der Kreuztabelle wurde die Signifikanz mit dem exakten Test nach Fisher überprüft. Die Effektgröße des Chi-Quadrat Tests wurde mit Phi dargestellt, bei signifikanten standardisierten Residuen ($> 1,96$) wurde zusätzlich die Odds-Ratio berechnet.

Eine Wahrscheinlichkeit $p < 0,05$ wurde als signifikant gewertet.

4 Ergebnisse

4.1 Rücklauf

Von den angeschriebenen 844 niedergelassenen Gynäkologen und Geburtshelfern sandten 310 (36,7 %) einen auswertbaren Erfassungsbogen zurück. Ein Kollege fühlte sich vom zweiten Anschreiben belästigt und verweigerte die Kooperation durch die Rücksendung eines leeren Erfassungsbogens. Darüber hinaus traf nach Ende der Erfassung ein weiterer ausgefüllter Bogen ein, welcher nicht mehr in die Datenbank aufgenommen werden konnte. Den Postweg wählten 2 % der Teilnehmer, 98 % übermittelten den ausgefüllten Fragenbogen per Fax.

4.2 Demographische Daten

In Tabelle 1 (S. 11) werden die erfassten demographischen Daten der Teilnehmer dargestellt. Der Altersmedian betrug 52 Jahre, die befragten Ärzte waren zu 32,9 % männlichen und zu 66,8 % weiblichen Geschlechts.

Zusatzbezeichnungen aus dem Bereich der CAM waren mit 14,8 % am häufigsten auf dem Gebiet der Akupunktur vertreten. Naturheilverfahren (6,1 %) und Homöopathie (2,6 %) rangierten auf Platz 2 und 3 der CAM-Weiterbildungen.

In 19 % der Fälle - und somit am häufigsten - kreuzten die befragten Ärzte „Sonstige“ an. Unter „Sonstige“ wurden in 6,1 % psychologische Weiterbildungen, namentlich Psychotherapie, Psychosomatik und Psychoonkologie genannt.

Die teilnehmenden Frauenärzte waren signifikant jünger, wenn eine Zusatzbezeichnung aus dem Bereich der Komplementär- und Alternativmedizin vorlag (Mdn = 50 Jahre vs. Mdn = 53 Jahre, $p = 0,006$). Darüber hinaus existierte eine schwach-signifikante Assoziation mit dem Führen einer CAM-Zusatzbezeichnung und dem weiblichen Geschlecht $\chi^2 = 4,03$ mit $p < 0,036$ und $\phi = 0,12$ mit $p < 0,033$. Das weibliche Geschlecht war zusätzlich mit dem Anbieten von CAM-Methoden in der eigenen Praxis bei mehreren Beschwerdebildern assoziiert. Namentlich zu nennen sind Schwangerschaftsbeschwerden, prämenstruelles Syndrom (PMS), Problemen im Wochenbett und klimakterische Beschwerden.

Tabelle 1: Demographische Daten der teilnehmenden Ärzte (n = 310)

Alter	
Median in Jahren (Min; Max)	52 (35;70)
Geschlecht n (%)	
männlich	102 (32,9)
weiblich	207 (66,8)
fehlend	1 (0,3)
Scheine im Quartal	
Median (Min; Max)	1.000 (40; 4000)
Ort der Praxis n (%)	
in einer Stadt	231 (74,5)
auf dem Land	77 (24,8)
fehlend	2 (0,6)
höchster akademischer Grad n (%)	
kein Titel oder Dipl. Med.	83 (26,8)
Dr. med.	221 (71,3)
Privatdozent	3 (1)
Professor	3 (1)
Zusatzbezeichnungen n (%)	
Akupunktur	46 (14,8)
Naturheilverfahren	19 (6,1)
Psychosomatik, Psychotherapie oder Psychoonkologie	19 (6,1)
Homöopathie	8 (2,6)
Sonstige z. B. Notfallmedizin, Tropenmedizin, medizinische Genetik	30 (9,7)

4.3 Zusammenarbeit im Bereich Komplementär- und Alternativmedizin

Insgesamt bestand bei 206 (66,5 %) der Befragten eine Kooperation bezüglich CAM. Frauenärzte, die bezüglich CAM kooperierten, waren signifikant jünger (Mdn = 51 Jahre vs. Mdn = 53 Jahre, $p = 0,033$). Eine CAM-Zusatzbezeichnung, die Praxislokalität, akademischer Titel oder das Geschlecht hatten keinen signifikanten Einfluss auf das Vorliegen einer Zusammenarbeit mit Ärzten oder anderen Berufsgruppen bezüglich Komplementär- und Alternativmedizin.

Die höchste Rate der Kooperationen wurde mit CAM bewanderten Kollegen, dicht gefolgt von Hebammen, angegeben. Durchgängig wurde eine Zusammenarbeit mit jeder der im Erfassungsbogen genannten Berufsgruppen im Bereich der Komplementär- und Alternativmedizin als gut bis sehr gut bewertet (Tabelle 2).

Tabelle 2: Komplementär- und alternativmedizinische Kooperationen

Kooperationspartner	Zusammenarbeit im Bereich CAM				
	besteht n (%)	Schulnote M	geplant	besteht nicht n (%)	wird strikt abgelehnt n (%)
Ärztlicher Kollege	156 (50,3)	1,74	12 (3,9)	128 (41,3)	4 (1,3)
Hebamme	142 (45,8)	1,91	12 (3,9)	122 (39,4)	6 (1,9)
Apotheker	100 (32,3)	1,85	11 (3,5)	156 (50,3)	10 (3,2)
Physiotherapeut	97 (31,3)	1,97	10 (3,2)	161 (51,9)	5 (1,6)
Heilpraktiker	54 (17,4)	1,95	4 (1,3)	176 (56,8)	36 (11,6)

Die strikte Ablehnung einer Kooperation mit einem Heilpraktiker erfolgte signifikant häufiger im Vergleich zu anderen genannten Berufsgruppen ($p < 0,001$).

Der Besitz einer CAM-Zusatzbezeichnung hatte signifikanten Einfluss auf die Bewertung der Zusammenarbeit mit den jeweiligen Berufsgruppen. So wurde die Kooperation zwischen ärztlichen Kollegen, Hebammen und Apothekern von Ärzten mit CAM-Zusatzbezeichnung signifikant schlechter, bei Heilpraktikern und Physiotherapeuten signifikant besser bewertet ($p < 0,001$). Tabelle 3 (S. 13) weist die genauen Zusammenhänge aus.

Tabelle 3: Einfluss des Führens einer CAM-Zusatzbezeichnung auf die Bewertung der Kooperation

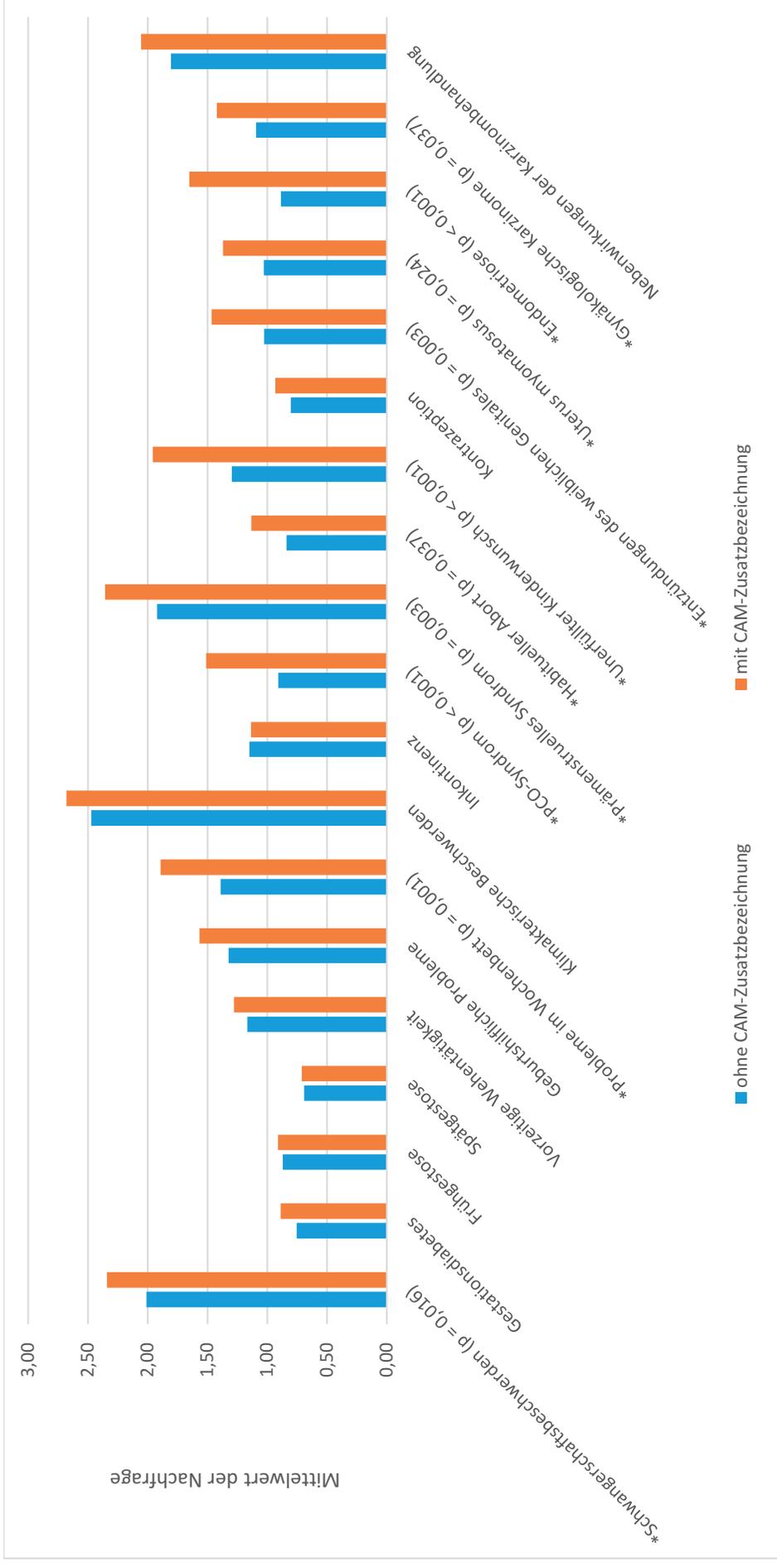
Berufsgruppe	Zusammenarbeit in Schulnoten			
	ohne CAM-Zusatzbezeichnung	mit CAM-Zusatzbezeichnung	t(n)	Signifikanz p
Ärztlicher Kollege	1,71	1,90	-25,00 (123)	< 0,001
Apotheker	1,81	2,00	-17,11 (75)	< 0,001
Hebamme	1,88	2,05	-20,54 (110)	< 0,001
Heilpraktiker	2,03	1,82	-12,87 (41)	< 0,001
Physiotherapeut	2,05	1,80	-17,77 (76)	< 0,001

4.4 Komplementär- und alternativmedizinisches Versorgungsangebot und Nachfrage

Die häufigste Nachfrage nach komplementär- und alternativmedizinischen Methoden erlebten niedergelassene Frauenärzte in Hessen bei klimakterischen Beschwerden (NS = 2,51), dem prämenstruellen Syndrom (NS = 2,00) sowie bei Schwangerschaftsbeschwerden (NS = 2,08). Selten bis nie wurde beim Gestationsdiabetes (NS = 0,81), den Früh- (NS = 0,89) und Spätgestosen (NS = 0,71), der Kontrazeption (NS = 0,84) und dem habituellen Abort (NS = 0,90) nach CAM gefragt. Am häufigsten (11 von 19 Krankheitsbildern) wurde die Nachfrage mit selten bis regelmäßig angegeben. Weitere Informationen für alle Krankheits- und Beschwerdebilder siehe Tabelle 5 (S. 18).

Einen signifikanten Einfluss auf die Nachfrage nach komplementär- und alternativmedizinischen Behandlungsmethoden hatte das Führen einer Zusatzbezeichnung aus dem CAM-Bereich. Dies traf insbesondere auf Krankheitsbilder aus dem gynäkologischen Bereich zu, während die Daten der geburtshilflichen Beschwerden meist keine Signifikanz zeigten. Abbildung 1 (S.14) zeigt die Details.

Abbildung 1: Nachfrage nach CAM abhängig vom Führen einer CAM-Zusatzbezeichnung



Nachfragescore: 0-1 = nie bis selten, 1-2 = selten bis regelmäßig, 2-3 = regelmäßig bis sehr häufig; * = signifikante Ergebnisse

Insgesamt gaben die meisten befragten Kollegen bei den einzelnen Krankheits- und Beschwerdebildern den Hinweis auf die Wirksamkeit der schulmedizinischen Behandlung. Dennoch boten viele Frauenärzte CAM-Methoden in der eigenen Praxis an oder empfahlen einen ärztlichen Kollegen, Apotheker, Heilpraktiker oder eine Hebamme bezüglich CAM.

Es zeigte sich, dass komplementär- und alternativmedizinisch erfahrene Ärzte (insbesondere für gynäkologische Fragestellungen und Schwangerschaftsbeschwerden) und Hebammen (insgesamt für geburtshilfliche Probleme) das Gros des CAM-Angebots bildeten, während Apotheker und Heilpraktiker eine untergeordnete Rolle spielten. Weitere deskriptive Details zum Antwortverhalten der teilnehmenden Frauenärzte bezüglich des Versorgungsangebots aller Krankheits- und Beschwerdebilder werden in Tabelle 4 (S.16) aufgeführt.

Tabelle 4: Angebot bezüglich CAM (Mehrfachantworten möglich)

Beschwerdebild	CAM Angebot in eigener Praxis n (%)	Empfehlung eines/einer CAM bewandererten			
		Arztes n (%)	Apothekers n (%)	Hebamme n (%)	Heilpraktikers n (%)
Schwangerschaftsbeschwerden	202 (67,8)	69 (23,2)	23 (7,7)	143 (48,0)	26 (8,7)
Gestationsdiabetes	36 (12,1)	37 (12,4)	2 (0,7)	15 (5,0)	6 (2,0)
Frühgestose	80 (26,8)	32 (10,7)	3 (1,0)	39 (13,1)	5 (1,7)
Spätgestose	49 (16,4)	27 (9,1)	2 (0,7)	27 (9,1)	3 (1,0)
Vorzeitige Wehentätigkeit	117 (39,3)	34 (11,4)	5 (1,7)	87 (29,2)	9 (3,0)
Geburtshilfliche Probleme z. B. BEL	78 (26,2)	44 (14,8)	0 (0,0)	165 (55,4)	8 (2,7)
Probleme im Wochenbett	146 (49,0)	40 (13,4)	5 (1,7)	196 (65,8)	17 (5,7)
Klimakterische Beschwerden	226 (75,8)	66 (22,1)	35 (11,7)	9 (3,0)	46 (15,4)
Inkontinenz	105 (35,2)	48 (16,1)	4 (1,3)	5 (1,7)	9 (3,0)
PCO-Syndrom	106 (35,6)	43 (14,4)	3 (1,0)	1 (0,3)	16 (5,4)
Prämenstruelles Syndrom	215 (72,1)	64 (21,5)	22 (7,4)	3 (1,0)	52 (17,4)
Habituellet Abort	77 (25,8)	57 (19,1)	1 (0,3)	9 (3,0)	16 (5,4)
Unerfüllter Kinderwunsch	143 (48,0)	80 (26,8)	3 (1,0)	5 (1,7)	31 (10,4)
Kontrazeption	58 (19,5)	10 (3,4)	4 (1,3)	2 (0,7)	3 (1,0)
Entzündungen des weiblichen Genitales	122 (40,9)	27 (9,1)	6 (2,0)	3 (1,0)	19 (6,4)
Uterus myomatosus	63 (21,1)	28 (9,4)	2 (0,7)	1 (0,3)	18 (6,0)
Endometriose	64 (21,5)	44 (14,8)	4 (1,3)	0 (0,0)	23 (7,7)
Gynäkologische Karzinome	75 (25,2)	56 (18,8)	5 (1,7)	0 (0,0)	20 (6,7)
Nebenwirkungen der Karzinombehandlung	125 (41,9)	95 (31,9)	14 (4,7)	1 (0,3)	43 (14,4)

Wie in Material und Methoden (Kapitel 3.3, S. 8-9) erläutert, wurde das Angebot an Komplementär- und Alternativmedizin über den beschwerdespezifischen Angebotsscore (AS) definiert.

Für eine Mehrzahl der gelisteten Beschwerdebilder bestand ein lücken- oder mangelhaftes Angebot. Ein sehr gutes Angebot für komplementär- und alternativmedizinische Behandlung fand sich bei Schwangerschaftsbeschwerden (AS = 4,63) und Problemen im Wochenbett (AS = 4,04). Weitere Angebotsscores bei allen abgefragten Krankheits- und Beschwerdebildern werden in Tabelle 5 (S.18) dargestellt.

Neben einer hohen Nachfrage ging ein gutes Angebot auch immer mit einer großen Akzeptanz von CAM seitens der befragten Ärzte einher. Dies traf auf Schwangerschafts- und klimakterische Beschwerden, Probleme im Wochenbett, das prämenstruelle Syndrom und Nebenwirkungen einer Karzinombehandlung zu. Dem gegenüber standen Gestationsdiabetes, Spätgestose, habitueller Abort, Kontrazeption, Uterus myomatosus, Endometriose und gynäkologische Karzinome. Bei diesen hielt der größte Teil der befragten Frauenärzte Komplementär- und Alternativmedizin für nicht sinnvoll. Details werden hierzu in Tabelle 5 (S.18) aufgeführt.

Tabelle 5: Nachfrage, Versorgung und Akzeptanz von CAM

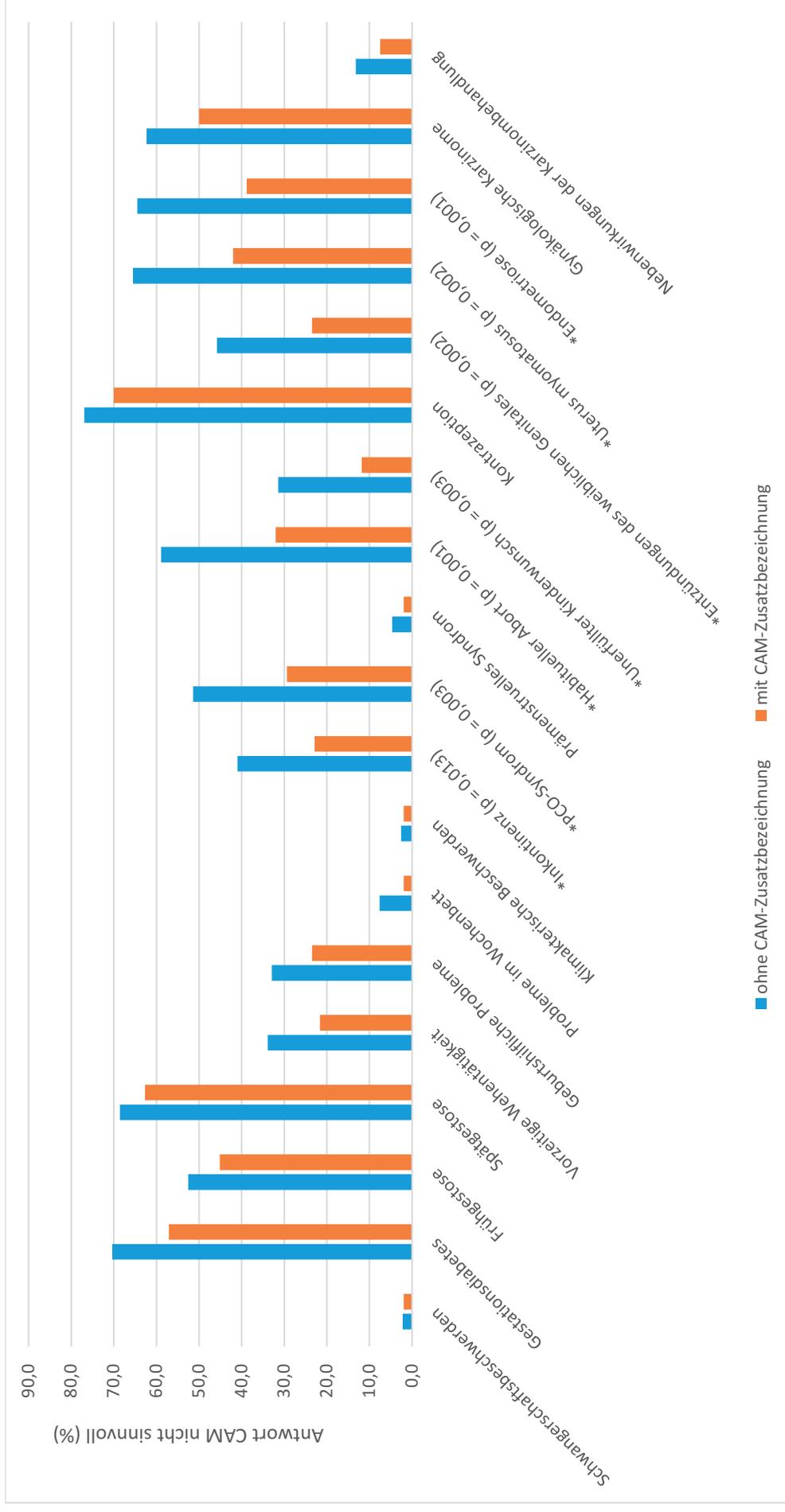
Beschwerdebild	Nachfrage- score NS	Versorgungs- score VS	CAM nicht sinnvoll n (%)
Schwangerschaftsbeschwerden	2,08	4,63	6 (2,1)
Gestationsdiabetes	0,81	0,96	189 (67,0)
Frühgestose	0,89	1,59	142 (50,9)
Spätgestose	0,71	1,08	189 (67,3)
Vorzeitige Wehentätigkeit	1,20	2,52	91 (31,9)
Geburtshilfliche Probleme z. B. BEL	1,37	2,95	90 (31,1)
Probleme im Wochenbett	1,48	4,04	18 (6,4)
Klimakterische Beschwerden	2,51	3,82	7 (2,4)
Inkontinenz	1,15	1,71	101 (37,3)
PCO-Syndrom	1,04	1,69	126 (46,3)
Prämenstruelles Syndrom	2,00	3,56	12 (4,1)
Habituelles Abort	0,90	1,60	145 (53,7)
Unerfüllter Kinderwunsch	1,43	2,62	76 (27,4)
Kontrazeption	0,84	0,77	211 (75,1)
Entzündungen des weiblichen Genitales	1,14	1,77	117 (41,1)
Uterus myomatosus	1,11	1,12	168 (60,6)
Endometriose	1,04	1,35	161 (59,0)
Gynäkologische Karzinome	1,17	1,56	172 (60,4)
Nebenwirkungen der Karzinombehandlung	1,84	2,78	27 (12,2)

Nachfragescore: 0-1 = nie bis selten, 1-2 = selten bis regelmäßig, 2-3 = regelmäßig bis sehr häufig; Angebotsscore: > 4 = sehr gut, 3-4 = gut, 2-3 = befriedigend, 1-2 = lückenhaft, < 1 = mangelhaft

Es zeigte sich ein signifikanter Einfluss zwischen dem Führen einer CAM-Zusatzbezeichnung und der Beantwortung der Frage nach Sinnhaftigkeit von CAM. So hielt die Mehrheit der befragten Frauenärzte ohne CAM-Zusatzbezeichnung bei habituellem Abort (58,9 %), Uterus myomatosus (65,5 %) und Endometriose (64,5 %) komplementär- und alternativmedizinische Methoden für nicht sinnvoll.

Träger einer CAM-Zusatzbezeichnung zeigten hiervon ein signifikant abweichendes Antwortverhalten. So verneinten unter den Frauenärzten mit CAM-Zusatzbezeichnung beim habituellen Abort lediglich 32 % ($\chi^2 = 11,78$ mit $p = 0,001$ und $\phi = 0,21$ mit $p = 0,001$), bei Uterusmyomen 42 % ($\chi^2 = 9,43$ mit $p = 0,002$ und $\phi = 0,19$ mit $p = 0,002$) und bei Endometriose 38,8 % ($\chi^2 = 11,02$ mit $p = 0,001$ und $\phi = 0,20$ mit $p = 0,001$) die Sinnhaftigkeit von CAM. Abbildung 2 (S.20) visualisiert die Effekte auch für andere Krankheits- und Beschwerdebilder im Detail.

Abbildung 2: Antwortverhalten Sinnhaftigkeit von CAM abhängig vom Führen einer CAM-Zusatzbezeichnung



* signifikante Ergebnisse

4.5 Einfluss einer CAM-Zusatzbezeichnung auf das Versorgungsangebot

Mit dem Führen der Zusatzbezeichnung Akupunktur, Naturheilverfahren oder Homöopathie wurden bei allen Krankheitsbildern, bis auf die Kontrazeption, vermehrt CAM-Methoden aus der eigenen Praxis angeboten. Die stärkste Ausprägung erfolgte bei geburtshilflichen Problemen $\chi^2 = 48,60$ mit $p < 0,001$ und $\phi = 0,41$ mit $p < 0,001$, OR = 8,53 und dem habituellen Abort mit $\chi^2 = 34,52$ mit $p < 0,001$ und $\phi = 0,34$ mit $p < 0,001$, OR = 6,06. Tabelle 6 (S.22) zeigt die weiteren Details.

Wenn der Teilnehmer eine CAM-Zusatzbezeichnung angab, erfolgte die Empfehlung von ärztlichen Kollegen mit geringerer Wahrscheinlichkeit bei den Krankheitsbildern Schwangerschaftsbeschwerden, Vorzeitige Wehentätigkeit, Beschwerden im Wochenbett, Endometriose und Nebenwirkungen einer Karzinombehandlung. Die größte Effektstärke ließ sich bei Schwangerschaftsbeschwerden mit $\chi^2 = 7,98$ mit $p = 0,002$ und $\phi = -0,16$ mit $p = 0,005$ beobachten. Tabelle 6 (S. 22) gibt Aufschluss über den detaillierten Einfluss auf alle Krankheits- und Beschwerdebilder.

Die Empfehlung anderer Berufsgruppen, also Apothekern, Hebammen oder Heilpraktikern, wurde nicht signifikant durch das Tragen einer komplementär- und alternativmedizinischen Zusatzbezeichnung beeinflusst.

Tabelle 6: Signifikante Assoziationen zwischen CAM-Zusatzbezeichnung und CAM-Methode aus eigener Praxis sowie der Empfehlung eines CAM-bewanderten Kollegen

Beschwerdebild	Methode aus eigener Praxis			Empfehlung CAM-Kollege			
	X ²	p	φ	X ²	p	φ	p
Schwangerschaftsbeschwerden	21,97	< 0,001	0,27	7,98	0,002	-0,16	0,005
Gestationsdiabetes	18,96	< 0,001	0,25	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Frühgestose	5,33	0,019	0,13	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spätgestose	5,13	0,024	0,13	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Vorzeitige Wehentätigkeit	16,44	< 0,001	0,23	3,34	0,047	-0,11	n.s.
Geburtshilfliche Probleme	48,60	< 0,001	0,41	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Probleme im Wochenbett	23,85	< 0,001	0,28	3,27	0,049	-0,11	n.s.
Klimakterische Beschwerden	8,45	0,002	0,17	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Inkontinenz	24,08	< 0,001	0,29	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
PCO-Syndrom	21,80	< 0,001	0,27	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Prämenstruelles Syndrom	7,63	0,003	0,16	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Habituelier Abort	34,52	< 0,001	0,34	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Unerfüllter Kinderwunsch	21,92	< 0,001	0,27	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Kontrazeption	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Entzündungen des weiblichen Genitales	6,83	0,007	0,15	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Uterus myomatosus	12,94	0,001	0,21	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Endometriose	25,59	< 0,001	0,30	3,78	0,034	-0,11	n.s.
Gynäkologische Karzinome	13,00	0,001	0,21	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Nebenwirkungen der Karzinombehandlung	17,79	< 0,001	0,28	4,87	0,020	-0,15	0,032

n.s. = nicht signifikant; **fett** = signifikante Ergebnisse

4.6 Präferenz der CAM-Methoden bei unterschiedlichen Krankheits- und Beschwerdebildern

Tabelle 7 (S. 24) gibt detailliert die Präferenz der befragten Frauenärzte zu den einzelnen komplementär- und alternativmedizinischen Methoden in den jeweiligen Krankheitsbildern wieder.

Herauszustellen ist, dass für die jeweiligen Methoden teilweise andere Anwendungsbereiche existierten. So wurde Phytotherapie am häufigsten bei klimakterischen Beschwerden und beim prämenstruellen Syndrom eingesetzt. Nahrungsergänzungsmittel kamen vermehrt bei Nebenwirkungen von Karzinomtherapien zum Einsatz. Homöopathie fand insbesondere bei klimakterischen und Schwangerschaftsbeschwerden Anwendung. Akupunktur und TCM wurde mit weitem Abstand am häufigsten bei Schwangerschaftsbeschwerden eingesetzt.

Tabelle 7: Empfehlungen der jeweiligen CAM-Methoden

Beschwerdebild	Phytotherapie n (%)	Nahrungs- ergänzungsmittel n (%)	Homöopathie n (%)	Akupunktur und TCM n (%)	Andere n (%)
Schwangerschaftsbeschwerden	120 (41,4)	110 (37,9)	147 (50,7)	214 (73,8)	39 (13,4)
Gestationsdiabetes	6 (2,1)	19 (6,6)	9 (3,1)	15 (5,2)	38 (13,1)
Frühgestose	32 (11,0)	35 (12,1)	40 (13,8)	60 (20,7)	23 (7,9)
Spätgestose	13 (4,5)	11 (3,8)	16 (5,5)	31 (10,7)	26 (9,0)
Vorzeitige Wehentätigkeit	39 (13,4)	52 (17,9)	74 (25,5)	70 (24,1)	40 (13,8)
Geburtshilfliche Probleme z. B. BEL	3 (1,0)	3 (1,0)	20 (6,9)	150 (51,7)	51 (17,6)
Probleme im Wochenbett	91 (31,4)	45 (15,5)	142 (49,0)	127 (43,8)	45 (15,5)
Klimakterische Beschwerden	198 (68,3)	116 (40,0)	161 (55,5)	128 (44,1)	47 (16,2)
Inkontinenz	56 (19,3)	17 (5,9)	30 (10,3)	49 (16,9)	53 (18,3)
PCO-Syndrom	49 (16,9)	21 (7,2)	39 (13,4)	39 (13,4)	40 (13,8)
Prämenstruelles Syndrom	174 (60,0)	85 (29,3)	148 (51,0)	117 (40,3)	44 (15,2)
Habituellder Abort	25 (8,6)	20 (6,9)	29 (10,0)	45 (15,5)	25 (8,6)
Unerfüllter Kinderwunsch	71 (24,5)	55 (19,0)	71 (24,5)	94 (32,4)	46 (15,9)
Kontrazeption	6 (2,1)	1 (0,3)	2 (0,7)	2 (0,7)	44 (15,2)
Entzündungen des weiblichen Genitales	68 (23,4)	33 (11,4)	67 (23,1)	31 (10,7)	52 (17,9)
Uterus myomatosus	38 (13,1)	8 (2,8)	38 (13,1)	33 (11,4)	29 (10,0)
Endometriose	33 (11,4)	11 (3,8)	35 (12,1)	45 (15,5)	28 (9,7)
Gynäkologische Karzinome	44 (15,2)	59 (20,3)	43 (14,8)	35 (12,1)	46 (15,9)
Nebenwirkungen der Karzinombehandlung	118 (40,7)	128 (44,1)	99 (34,1)	112 (38,6)	59 (20,3)

4.7 Präferenz der jeweiligen CAM-Methoden bei Führen einer CAM-Zusatzweiterbildung

Die Tabellen 8-10 (S. 26-28) zeigen die signifikanten Korrelationen zwischen dem Tragen einer spezifischen Zusatzbezeichnung (Homöopathie, Naturheilverfahren oder Akupunktur) und der bevorzugt angewendeten CAM-Methode (Phytotherapie, Nahrungsergänzungsmittel, Homöopathie oder Akupunktur und TCM).

Niedergelassene Frauenärzte mit der Zusatzqualifikation in Homöopathie präferierten signifikant häufiger den Einsatz homöopathischer Methoden im Gegensatz zu anderen CAM-Therapien. Die größte Effektstärke ϕ wurde bei gynäkologischen Karzinomen und dem PCO-Syndrom beobachtet.

Eine signifikante Empfehlung anderer Methoden bestand nur bei der Endometriose mit Phytotherapie und Nahrungsergänzungsmittel sowie bei gynäkologischen Karzinomen mit Akupunktur und TCM. Tabelle 8 (S. 26) zeigt die Zusammenhänge im Detail.

In Tabelle 9 (S. 27) wird dargestellt, wie Teilnehmer mit der Zusatzbezeichnung für Akupunktur signifikant häufiger Akupunktur und TCM bei den einzelnen Beschwerdebildern empfohlen. Die Krankheitsbilder, bei denen der größte statistische Unterschied zu beobachten war, waren unerfüllter Kinderwunsch und habitueller Abort. Auch die Frauenärzte mit der Zusatzbezeichnung Akupunktur präferierten neben ihrer Stammdisziplin Akupunktur und TCM signifikant häufiger Nahrungsergänzungsmittel bei Endometriose.

Niedergelassene Kollegen mit der Zusatzqualifikation Naturheilverfahren präferierten unterschiedliche Methoden bei mehreren Krankheitsbildern (Tabelle 10, S. 28). Trotz der Bevorzugung mehrerer Methoden deckten sich einige Aussagen mit den Empfehlungen von Ärzten mit anderen Zusatzbezeichnungen. Beispielhaft ist hier die Endometriose zu nennen. Hier wurde von Ärzten mit der Qualifikation in Naturheilverfahren Phytotherapie, Nahrungsergänzungsmittel sowie Akupunktur und TCM empfohlen.

Tabelle 8: Signifikante Assoziationen zwischen der Zusatzbezeichnung Homöopathie und der Präferenz einer CAM-Methode

Beschwerdebild	Phytotherapie			Nahrungsergänzungsmittel			Homöopathie			Akupunktur und TCM			
	X ²	p	φ	X ²	p	φ	X ²	p	φ	X ²	p	φ	p
Schwangerschaftsbeschwerden	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	4,29	0,040	0,12	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Gestationsdiabetes	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Frühgestose	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spätgestose	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Vorzeitige Wehentätigkeit	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Geburtshilfliche Probleme z. B. BEL	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Probleme im Wochenbett	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Klimakterische Beschwerden	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Inkontinenz	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	7,43	0,031*	0,17	0,031	n.s.	n.s.	n.s.
PCO-Syndrom	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	15,58	0,002*	0,24	0,002	n.s.	n.s.	n.s.
Prämenstruelles Syndrom	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	4,38	0,038*	0,12	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Habituellet Abort	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Unerfüllter Kinderwunsch	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	5,62	0,031*	0,14	0,031	n.s.	n.s.	n.s.
Kontrazeption	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Entzündungen des weiblichen Genitales	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	7,04	0,019*	0,16	0,190	n.s.	n.s.	n.s.
Uterus myomatosis	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	9,24	0,014*	0,19	0,002	n.s.	n.s.	n.s.
Endometriose	5,60	0,049*	0,17	10,85	0,029*	0,23	10,31	0,011*	0,20	0,011	n.s.	n.s.	n.s.
Gynäkologische Karzinome	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	17,20	0,001	0,25	0,001	13,36	0,005	0,005
Nebenwirkungen der Karzinombehandlung	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

n.s. = nicht signifikant; **fett** = signifikante Ergebnisse; * = Signifikanz nach exaktem Test von Fisher

Tabelle 9: Signifikante Assoziationen zwischen Führen der Zusatzbezeichnung Akupunktur und der Präferenz einer CAM-Methode

Beschwerdebild	Phytotherapie				Nahrungsergänzungsmittel				Homöopathie				Akupunktur und TCM			
	χ^2	p	ϕ	p	χ^2	p	ϕ	p	χ^2	p	ϕ	p	χ^2	p	ϕ	p
Schwangerschaftsbeschwerden	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	8,18	0,002	0,17	0,05
Gestationsdiabetes	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Frühgestose	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Spätgestose	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Vorzeitige Wehentätigkeit	9,41	0,004	0,21	0,004	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	12,05	0,001	0,21	0,001
Geburtshilfliche Probleme z. B. BEL	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	9,17	0,002	0,18	0,003
Probleme im Wochenbett	6,44	0,010	0,18	0,014	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	24,00	< 0,001	0,30	< 0,001
Klimakterische Beschwerden	6,00	0,002	-0,16	0,018	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	18,74	< 0,001	0,26	< 0,001
Inkontinenz	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	16,84	< 0,001	0,25	< 0,001
PCO-Syndrom	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	9,84	0,003	0,19	0,003
Prämenstruelles Syndrom	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	3,81	0,040	0,13	n.s.	4,49	0,025	-0,13	0,048	12,66	< 0,001	0,21	< 0,001
Habituelles Abort	4,69	0,036*	0,15	0,043	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	36,95	< 0,001	0,37	< 0,001
Unerfüllter Kinderwunsch	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	45,57	< 0,001	0,41	< 0,001
Kontrazeption	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Entzündungen des weiblichen Genitales	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	11,69	0,002*	0,21	0,002
Uterus myomatosus	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	12,52	0,001	0,22	0,001
Endometriose	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	9,02	0,011*	0,21	0,011	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	20,70	< 0,001	0,28	< 0,001
Gynäkologische Karzinome	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	7,79	0,009	0,17	0,009
Nebenwirkungen der Karzinombehandlung	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	3,36	0,048	-0,13	n.s.	17,32	< 0,001	0,29	< 0,001

n.s. = nicht signifikant; **fett** = signifikante Ergebnisse; * = Signifikanz nach exaktem Test von Fisher

Tabelle 10: Signifikante Assoziationen zwischen Führen der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und der Präferenz einer CAM-Methode

Beschwerdebild	Phytotherapie			Nahrungsergänzungsmittel			Homöopathie			Akupunktur und TCM			
	X ²	p	φ	X ²	p	φ	X ²	p	φ	X ²	p	φ	p
Schwangerschaftsbeschwerden	10,42	0,001	0,22	0,001	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Gestationsdiabetes	n.s.	n.s.	n.s.	17,04	0,001*	0,29	0,001	n.s.	n.s.	18,61	0,001*	0,26	0,001
Frühgestose	6,33	0,023*	0,17	0,023	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	7,86	0,009*	0,17	0,009
Spätgestose	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	20,10	< 0,001*	0,27	< 0,001
Vorzeitige Wehentätigkeit	10,40	0,004*	0,22	0,004	n.s.	n.s.	n.s.	0,10*	0,16	16,17	< 0,001*	0,24	< 0,001
Geburtshilfliche Probleme z. B. BEL	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,036*	0,15	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Probleme im Wochenbett	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	6,82	0,009	0,16	0,015
Klimakterische Beschwerden	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Inkontinenz	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	7,51	0,012*	0,17	0,012
PCO-Syndrom	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	8,37	0,010*	0,18	0,010
Prämenstruelles Syndrom	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Habituelier Abort	n.s.	n.s.	n.s.	5,11	0,047*	0,16	0,047	n.s.	n.s.	20,38	< 0,001*	0,28	< 0,001
Unerfüllter Kinderwunsch	n.s.	n.s.	n.s.	5,79	0,022*	0,17	0,030	n.s.	n.s.	14,96	< 0,001*	0,23	< 0,001
Kontrazeption	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Entzündungen des weiblichen Genitales	4,55	0,035	0,14	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	5,42	0,037*	0,14	0,037
Uterus myomatosus	12,51	0,002*	0,24	0,002	0,016*	0,22	0,016	n.s.	n.s.	12,14	0,003*	0,21	0,003
Endometriose	17,62	< 0,001*	0,29	< 0,001	0,003*	0,28	0,003	n.s.	n.s.	6,98	0,016*	0,16	0,016
Gynäkologische Karzinome	5,95	0,023*	0,17	0,023	0,031*	0,15	0,037	n.s.	n.s.	16,76	0,001*	0,25	0,001
Nebenwirkungen der Karzinombehandlung	5,27	0,019	0,16	0,034	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	4,09	0,037*	0,14	n.s.

n.s. = nicht signifikant; **fett** = signifikante Ergebnisse; * = Signifikanz nach exaktem Test von Fisher

5 Diskussion

Die vorliegenden Daten bestätigten, dass in Deutschland die Ärzte die wichtigsten Anbieter von CAM sind. Kooperationen existieren in der Gynäkologie hauptsächlich zu anderen Ärzten, in der Geburtshilfe zu Hebammen. Neben dem Angebot in der eigenen Praxis werden Empfehlungen und Überweisungen bezüglich CAM in hohem Maße ausgesprochen.

Die Datenerhebung besaß explorativen Charakter. Eine Recherche über PubMed ergab bis zum Zeitpunkt der Datenanalyse keine Veröffentlichung dieser Art im Bereich der Komplementär- und Alternativmedizin. Es existieren bisher ähnliche Untersuchungen, welche durchaus einzelne Aspekte gemein haben. Beispielsweise zu nennen sei Joos et al. (2011), die Allgemeinmediziner, und Thanner et al. (2014), die Vertragsärzte unterschiedlicher Fachrichtung in Deutschland nach CAM befragten. Auf die Gynäkologie und Geburtshilfe bezogen, wurden intensiv die gynäkologische Onkologie (Klein et al., 2017; McKay et al., 2005; Nazik et al., 2012) und die Geburtshilfe (Anderson und Johnson, 2005; Hall und Jolly, 2014; Kalder et al., 2010; Münstedt et al., 2013) untersucht.

Allen Befragungen gemein war jedoch, dass meist nur nach der generellen Akzeptanz einer Methode im jeweiligen Fachgebiet gefragt wird (Beer und Ostermann, 2003; Klein et al., 2017; Linde et al., 2014a; Thanner et al., 2014).

Es fehlten jedoch Daten zu niedergelassenen Frauenärzten und besonders zur allgemeinen Gynäkologie. Die vorliegende Arbeit spezifizierte die Empfehlung und Akzeptanz der verschiedenen CAM-Methoden bei einzelnen Krankheits- und Beschwerdebildern.

5.1 Demographische Daten

Ein Rücklauf von 36,7 % erfüllte die Erwartungen einer Umfrage per Post (Nakash et al., 2006). Thanner et al. (2014) erreichten in ihrer deutschlandweiten, interdisziplinären Befragung ohne Erinnerungsschreiben einen Rücklauf von 23 %. Klein et al. (2017) erhielten bei Gynäkoonkologen eine Antwortrate von 15,4 %. Höhere Rücklaufraten mit zwei statt einem Erinnerungsschreiben erzielten Linde et al. (2014a) mit 46,5 % bei Hausärzten, 46,9 % bei Internisten und 45,6 % bei Orthopäden. Auch Beer und Ostermann (2003) erzielten einen Rücklauf von 45,6 %, dies allerdings bei gynäkologisch-geburtshilflichen Kliniken.

Der Altersschnitt der befragten Frauenärzte stimmte mit dem Alter der bundesweit niedergelassenen Vertragsärzte mit 52,8 Jahren (Bundesärztekammer, 2013) überein.

Das Geschlechterverhältnis war in etwa vergleichbar zu der Verteilung aller niedergelassenen Frauenärzte in Hessen mit 39,7 % = männlich und 60,3 % = weiblich (Kassenärztliche Vereinigung Hessen, 2013), mit einem leicht erhöhten Rücklauf bei weiblichen Ärzten.

Während bei den von Paterson (1997) untersuchten britischen Hausärzten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen den CAM-Anwendern existierten, so zeigten Krug et al. (2016) bei deutschen Allgemeinmedizinern, dass sowohl bei den CAM-Anwendern als auch bei den CAM-Nutzern das weibliche Geschlecht häufiger vertreten war.

Diese Arbeit bestätigte diese Beobachtung an hessischen Frauenärzten. Es korrelierte sowohl das weibliche Geschlecht mit dem Führen einer CAM-Zusatzbezeichnung als auch mit der Anwendung von komplementär- und alternativmedizinischen Methoden in der eigenen Praxis bei verschiedenen Krankheitsbildern.

Frauen scheinen an der Thematik insgesamt interessierter zu sein. Das belegt auch die Literatur. Nicht nur als CAM-Patientinnen, auch als CAM-Anwender sind Frauen stärker vertreten (Doel und Segrott, 2003; Sointu, 2011).

Die Verteilung der CAM-Zusatzbezeichnungen der Befragten deckte sich in etwa mit der Prävalenz von Zusatzweiterbildungen der niedergelassenen Ärzte in Hessen. Die CAM-Weiterbildungen wurden in der Statistik auf Rang zwei, sechs und acht aller Zusatzweiterbildungen mit jeweils 10,59 % (Akupunktur), 7,63 % (Naturheilverfahren) und 3,73 % (Homöopathie) geführt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2013). Diese Daten bezogen sich auf alle niedergelassenen Fachärzte in Hessen, eine Aufschlüsselung nach Fach und somit eine alleinige Darstellung der Kollegen aus der Gynäkologie und Geburtshilfe war nicht möglich.

Die von Klein et al. (2017) durchgeführte Analyse zur integrativen Medizin der AGO Mitglieder zeigte eine andere Verteilung der CAM-Zusatzqualifikationen. In der ausgewählten Gruppe der partizipierenden Gynäkoonkologen gaben 48,6 % Naturheilverfahren, 29,2 % Akupunktur und 23,6 % Homöopathie als Zusatzweiterbildung an. Ebenso hohe Angaben zeigten sich auch bei Linde et al. (2014a) bei Hausärzten und Orthopäden. Hier beläuft sich die Anzahl der Zusatzbezeichnung Akupunktur auf 28 % beziehungsweise 69 %, Naturheilverfahren 23 % beziehungsweise 6 % und Homöopathie 8 % beziehungsweise 2 %.

Am ehesten passen die in der vorliegenden Arbeit erhobenen Daten der CAM-Zusatzbezeichnungen zu der in der Literatur zu findenden Prävalenz bei niedergelassenen Internisten mit 14 % Akupunktur, 7% Naturheilverfahren und 4 % Homöopathie (Linde et al., 2014a).

5.2 Zusammenarbeit im Bereich Komplementär- und Alternativmedizin

Es kann diskutiert werden, warum das Führen einer CAM-Zusatzbezeichnung die Bewertung der Zusammenarbeit sowohl signifikant verbesserte als auch verschlechterte. Während die Zusatzbezeichnung keinen Einfluss auf die Häufigkeit einer vorliegenden Zusammenarbeit zeigte, so wurde eine bestehende Kooperation doch ganz unterschiedlich bewertet. Ein Grund könnte gewesen sein, dass der Frauenarzt mit CAM-Zusatzbezeichnung an die Kooperation mit Ärzten, Apothekern und Hebammen einen anderen Bewertungsmaßstab anlegt. Eine weitere Möglichkeit hätte darin bestehen können, dass er regelmäßig von der CAM-Kompetenz von Heilpraktikern und Physiotherapeuten überzeugt wurde.

Trotz der etwas schlechteren Bewertung von CAM qualifizierten Frauenärzten wird an der viel häufiger existierenden Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und Hebammen festgehalten – wurde sie ja trotz kleiner Einbußen immer noch als „gut“ bewertet.

Die Kooperation mit einem Heilpraktiker wurde signifikant häufiger strikt abgelehnt als mit anderen Berufsgruppen. Diese Skepsis gegenüber Heilpraktikern findet sich auch in der Literatur. Bei Thanner et al. (2014) stimmten 61,2 % der befragten Ärzte verschiedener Fachrichtungen der Aussage eher und völlig zu, dass Patienten ohnehin Alternativmedizin in Anspruch nähmen und es besser sei, sie als Ärzte böten CAM an, als dass es der Heilpraktiker täte.

5.3 Komplementär- und alternativmedizinisches Versorgungsangebot und

Nachfrage

Die Nachfrage nach Komplementär- und Alternativmedizin erschien bei vielen Krankheits- und Beschwerdebildern in der Gynäkologie und Geburtshilfe insgesamt selten. Es gab jedoch Ausnahmen wie klimakterische Beschwerden, das PMS und Schwangerschaftsbeschwerden. Bei diesen dreien wurden komplementär- und alternativmedizinische Methoden darüber hinaus häufig eingesetzt.

Eine Aussage darüber, ob die Nachfrage das Angebot oder das Angebot die Nachfrage bestimmt, konnte hier nicht getroffen werden. Es ließ sich jedoch zeigen, dass in diesen stark nachgefragten Bereichen ein hohes Versorgungsangebot besteht.

Bei den Problemen im Wochenbett existierte eine Diskrepanz in der Nachfrage und der Versorgung. Obwohl ein sehr gutes Angebot bestand, wurde der Frauenarzt nur selten bis regelmäßig bei diesen Beschwerden auf CAM angesprochen. Für dieses Ergebnis ist sicherlich zu diskutieren, ob die betreuende Hebamme nicht nur während der Schwangerschaft und Geburt (Kalder et al., 2010), sondern auch im Wochenbett der erste Ansprechpartner bezüglich komplementär- und alternativmedizinischer Methoden für die junge Mutter bleibt.

Positiv war, dass in keinem Krankheitsbild mit hoher Nachfrage ein niedriges CAM Angebot bestand, ein geringes Angebot ging in allen Fällen mit einer geringen Nachfrage einher.

Als das Pendant zu diesen gynäkologischen Daten – häufige Nachfrage bei klimakterischen Beschwerden, dem PMS und Schwangerschaftsbeschwerden – fand sich in der Literatur die häufigste Nachfrage nach Komplementär- und Alternativmedizin in der Hausarztpraxis bei muskuloskelettalen Beschwerden (Krug et al., 2016; Paterson, 1997).

Der niedergelassene Frauenarzt mit dem Führen der Zusatzbezeichnung Akupunktur, Naturheilverfahren oder Homöopathie wird wahrscheinlicher eine CAM-Methode aus der eigenen Praxis empfehlen, als an einen ärztlichen Kollegen zu verweisen. Diese Ablehnung trat jedoch nur bei wenigen Krankheitsbildern auf und war selbst dann nur schwach signifikant ausgeprägt. Die Zusatzbezeichnung aus dem Feld der CAM hatte darüber hinaus keinen signifikanten Einfluss auf die Empfehlung anderer Berufsgruppen. Somit lässt sich schließen, dass die Patientin mit dem Wunsch nach CAM in einer Praxis mit CAM-Zusatzqualifikation das gesuchte CAM-Angebot findet. Eine unabhängige Weiterempfehlung zu anderen Berufsgruppen kann jedoch auch erfolgen.

Der Großteil des komplementär- und alternativmedizinischen Versorgungsangebots wurde von CAM erfahrenen Ärzten für gynäkologische Fragen und von Hebammen für geburtshilfliche Probleme bereitgestellt. Dieses Ergebnis deckte sich mit der Erhebung der Kooperationen des Frauenarztes. Hier wurde am häufigsten eine Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und Hebammen angegeben.

Joos et al. (2011) hatten in ihrer Umfrage die Angabe von 60 %, der Hausärzte, CAM zu verwenden, Thanner et al. (2014) ermittelten interdisziplinär 63 % und speziell bei den Frauenärzten 82 %.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, obwohl aufgeschlüsselt nach Krankheitsbildern, boten ein ähnliches Bild des CAM-Angebots in der eigenen Praxis von bis zu 75,8 %.

Wenn man nun das Versorgungsangebot von niedergelassenen Frauenärzten in der eigenen Praxis bei gynäkologischen Karzinomen betrachtet, so sind die 25,2 % mit der Angabe in der Literatur (Klein et al., 2017) von 33 % der Gynäkoonkologen die CAM-Beratung routinemäßig anbieten, in etwa vergleichbar.

Das Führen einer CAM-Zusatzbezeichnung korrelierte mit einer häufigeren Nachfrage seitens der Patientin nach CAM-Methoden. Hierbei kann davon ausgegangen werden, dass die informierte Patientin mit dem Wunsch nach komplementär- und alternativmedizinischer Behandlung aktiv und gezielt Ärzte mit einer Zusatzweiterbildung aus diesem Bereich aufsuchte. Eine andere Erklärungsmöglichkeit könnte darin bestehen, dass es sich dabei um den subjektiven Eindruck des CAM-Anwenders handelte.

Aufgrund der hohen Nachfrage nach Komplementär- oder Alternativmedizin bei Schwangerschafts- und klimakterischen Beschwerden, dem prämenstruellen Syndrom, Problemen im Wochenbett und den Nebenwirkungen einer Karzinombehandlung, lässt sich schließen, dass hier die Schulmedizin noch nicht alle Bedürfnisse der Patientinnen befriedigt zu haben scheint. Gerade bei diesen Beschwerdebildern sollten neben systematischen Studien eine intensive wissenschaftliche und evidenzbasierte Aufklärung der Ärzte im Bereich der komplementär- und alternativmedizinischen Methoden betrieben werden. Federführend sollten die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Arbeitsgruppen sein, sodass die Erkenntnisse Einzug in die jeweiligen Leitlinien halten. Dieses Wissen, welche CAM-Methoden bei den verschiedenen Beschwerden sinnvoll sind, kann in der Zukunft auch die Kostenübernahme von Krankenkassen wegweisend sein (Münstedt et al., 2016).

Schwierig wird es jedoch sein, diese hohen Ansprüche an die Evidenz nicht einer scheinbaren Patientenorientierung zu opfern – auch wenn eine hohe Patientennachfrage nach solchen Methoden existiert, ist die wissenschaftliche Evidenz zwingend notwendig (Münstedt et al., 2016).

5.4 Die Auswahl der CAM-Methode bei spezifischen Krankheitsbildern

Die einzelnen CAM-Methoden kamen bei unterschiedlichen Krankheitsbildern zum Einsatz. So wurde Phytotherapie hauptsächlich bei klimakterischen Beschwerden eingesetzt. Hierfür existiert auch ebensolche Evidenz (Baumelou et al., 2011; Laakmann et al., 2012). Auch Homöopathie wurde häufig bei klimakterischen Beschwerden

empfohlen, jedoch gibt es hierzu keine evidenzbasierten Hinweise auf Wirksamkeit (Nuhn et al., 2010). Nahrungsergänzungsmittel kamen vor allem bei Nebenwirkungen einer Karzinomtherapie zum Einsatz. Neben der Empfehlung von Vitamin D bei Osteoporose-Risikopatientinnen (z. B. unter Aromatasehemmertherapie) scheinen auch Antioxidantien bei Chemo- und / oder Strahlentherapie evidenzbasiert zu sein (AWMF Leitlinie Mammakarzinom, 2012). Akupunktur und TCM wurden in der vorliegenden Arbeit insbesondere bei Schwangerschaftsbeschwerden empfohlen. Hier existiert auch eine wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit für z. B. Rückenschmerzen während der Schwangerschaft (Anderson und Johnson, 2005). Die starke Präferenz von Akupunktur bei Schwangerschaftsbeschwerden steht konträr zu einer Befragung werdender Mütter von Münstedt et al. (2013). Hier nutzten die Frauen während der Schwangerschaft am häufigsten Tee und Nahrungsergänzungsmittel, gefolgt von u.a. Homöopathie. Akupunktur wurde am seltensten eingesetzt. Es scheinen die Effekte der Akupunktur von ärztlicher Seite anders wahrgenommen zu werden als von den Schwangeren.

In einer Patientenbefragung von U.S.-amerikanischen Frauen von 2014 wurden als CAM-Methoden bei Uterus myomatosus Bewegung, Diäten, Kräuter und Akupunktur eingesetzt (Jacoby et al., 2014). Vergleichend mit der vorliegenden Arbeit wurde ebenfalls Akupunktur und Phytotherapie entsprechend genannt. Darüber hinaus wurde hier am häufigsten von allen Methoden neben der Phytotherapie Homöopathie empfohlen. Nahrungsergänzungsmittel präferierten hingegen nur die allerwenigsten Frauenärzte.

In einer Übersichtsarbeit von Münstedt et al. (2016) zur evidenzbasierten CAM-Behandlung von Uterusmyomen zeigt sich als vielversprechende Methoden Phytotherapie (Traubensilberkerze und grüner Tee) und Nahrungsergänzungsmittel (Vitamin D). Zu der in der vorliegenden Arbeit von den Ärzten so präferierten Homöopathie liegen in der Literatur lediglich Einzelfallstudien vor (Münstedt et al., 2016).

5.5 Einfluss der CAM-Zusatzbezeichnung auf die Wahl der CAM-Methode

Bei der detaillierten Betrachtung der Empfehlung der CAM-Methoden bei den einzelnen Krankheits- und Beschwerdebildern in Abhängigkeit der Zusatzweiterbildung fällt auf, dass Frauenärzte mit einer homöopathischen Ausbildung bei vielen Beratungsanlässen auch Homöopathie präferierten. Diese Einstellung findet sich ebenfalls in der Literatur (Münstedt, 2016) wieder.

Die höchsten Effektstärken ließen sich hier bei gynäkologischen Karzinomen und dem PCO-Syndrom finden. Weshalb gerade in der Krebstherapie der Effekt pro Homöopathie am höchsten war, lässt sich nur spekulieren, evidenzbasiert bzw. leitliniengerecht ist diese Behandlung nicht (AWMF Leitlinie Mammakarzinom, 2012; AWMF Leitlinie Vulvakarzinom, 2015; AWMF Leitlinie Zervixkarzinom, 2014).

Diese Abhängigkeitseffekte waren noch ausgeprägter beim Führen der Zusatzweiterbildung Akupunktur. Hier wurde bei nahezu jedem Krankheitsbild eine Behandlung mit Akupunktur beziehungsweise traditioneller chinesischer Medizin empfohlen. Die größte Lücke zwischen Akupunktur erfahrener und nicht erfahrener Frauenärzten war am größten beim unerfüllten Kinderwunsch. Die existierende Studienlage ist hier zweigeteilt, es scheint allerdings positive Effekte von Akupunktur vor und während einer In-vitro-Fertilisation zu geben (Nandi et al., 2014).

Ein möglicher Erklärungsansatz für diese Phänomene ist, dass die Ärzte mehr nach individueller Erfahrung als nach Evidenz CAM-Methoden einsetzen. Dies kann dazu führen, dass Ärzte, die Kenntnisse einer komplementär- und alternativmedizinischen Behandlungsmethode besitzen, versuchen diese – unabhängig vom Evidenzgrad – bei jedem Krankheits- und Beschwerdebild einzusetzen. Einladend hierzu sind insbesondere CAM-Methoden, die bereits von ihrer Lehre aus ein holistisches Modell innehaben und für jede Krankheit eine Therapie kennen.

Frauenärzte mit der Zusatzweiterbildung Naturheilverfahren besaßen keine derart eingeschränkte Ansicht. Exemplarisch herauszugreifen ist die Endometriose. Mit einer im Vergleich großen Effektstärke werden hier Phytotherapie, Nahrungsergänzungsmittel sowie Akupunktur und TCM empfohlen. Für alle diese Methoden existiert eine Evidenz, sei es Akupunktur (Wayne et al., 2008), Nahrungsergänzungsmittel mit unter anderem Vitamin D und Calcium (Harris et al., 2013; Sesti et al., 2007), und Phytotherapie mit Pycnogenol (Extrakt der Rinde der französischen Meereskiefer) (Kohama et al., 2007).

Es scheint, als haben Frauenärzte mit einem breiteren Wissen bezüglich unterschiedlicher CAM-Methoden den Vorteil der evidenzbasierten Therapie gegenüber jenen, die lediglich eine einzige „Wundermittel-Methode“ bei unterschiedlichen Krankheitsbildern anzuwenden versuchen. Es besteht der Eindruck, dass die dogmatische Einstellung von Alternativmedizinerinnen dazu führt, dass Überzeugte einer Methodik versuchen, alle Beschwerden mit eben dieser Methode zu heilen (Münstedt, 2016).

Aus Patienteninteresse heraus sollten die behandelnden Berufsgruppen frei von Dogmen die jeweilige Therapie lediglich anhand von Evidenzlage und Sicherheit auswählen (Münstedt et al., 2016).

Es zeigte sich in der vorliegenden Arbeit wenig überraschend eine höhere Akzeptanz von Komplementär- und Alternativmedizin bei Frauenärzten mit CAM-Zusatzbezeichnung. Dennoch erwähnenswert ist, dass das Antwortverhalten bei der Frage nach der Sinnhaftigkeit von CAM nicht bei allen abgefragten Krankheits- und Beschwerdebildern gleich ist. Bei den meisten, insbesondere den geburtshilflichen, Erkrankungen differenziert die Bewertung wenig. Lediglich bei einigen gynäkologischen Erkrankungen weicht die Akzeptanz signifikant ab. Es scheint sich für Ärzte mit CAM-Zusatzbezeichnung bei diesen Krankheiten wie der Endometriose und dem Uterus myomatosis durch ihre zertifizierte Weiterbildung eine zusätzliche Behandlungsebene zu erschließen.

5.6 Limitationen

Anhand der demographischen Daten Hessens, das ein westdeutsches Flächenland mit durchschnittlicher Bevölkerungszahl ist (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2014), ist es möglich, dass die Studienergebnisse für die alten Bundesländer repräsentativ sind. Beer und Ostermann (2003) konnten zeigen, dass klare Unterschiede in der CAM-Präferenz und -Anwendung zwischen Frauenkliniken in den alten und neuen Bundesländern existieren. Daher sind die Daten aus der vorliegenden Arbeit nicht unbedingt auf die gesamte Bundesrepublik Deutschland anwendbar.

Eine Limitation von Befragungen im Bereich Komplementär- und Alternativmedizin besteht darin, dass die Terminologie unscharf ist. Gerade bei der Befragung von Patienten ist es schwierig abzuschätzen, ob Arzneimittel unterschieden werden können (Linde et al., 2014b). Auch wenn in der vorliegenden Arbeit Ärzte befragt wurden, ist der Einwand nicht gänzlich von der Hand zu weisen, da viele Ärzte angeben, wenig Wissen über CAM-Therapien zu besitzen (Conrad et al., 2014; Klein et al., 2017; Münstedt et al., 2011; Trimborn et al., 2013). Dies liegt unter anderem daran, dass CAM weder im Studium noch in der Facharztausbildung eine Rolle spielt und keine strukturierte Ausbildung existiert (Münstedt, 2016). Meist ist die Weiterbildung auf das Selbststudium nach der Niederlassung beschränkt (Thanner et al., 2014).

Bei einer freiwilligen Befragung gilt es den Rücklauf zu diskutieren. Es könnte sein, dass manche Teilnehmer aufgrund Pseudonymisierung und somit fehlender Anonymisierung nicht an der Studie teilgenommen haben oder eine Antwortverzerrung in Richtung sozialer Erwünschtheit stattgefunden hat. Möglicherweise spielte dies jedoch eine untergeordnete Rolle, da 98 % der Antworten via Fax und nicht anonym per Post zurückgesendet wurden.

Zusätzlich wurde in mehreren Studien der Verdacht geäußert, dass zu Befragungen bezüglich Komplementär- und Alternativmedizin vor allem CAM-interessierte Ärzte antworten (Härtel und Volger 2004; Thanner et al., 2014). So kann es zu einer Überrepräsentation von CAM-favorisierenden Antworten kommen. Da in der vorliegenden Arbeit ein erhöhter Rücklauf von weiblichen Ärzten auftrat, welche nachweislich mehr an CAM interessiert sind (Doel und Segrott, 2003; Sointu, 2011), könnte dies hier ebenso zutreffen.

Aufgrund der Methodik via Erfassungsbogen ergeben sich einige Limitationen der Studie, insbesondere was den Umfang der einzelnen Fragen betrifft. Hierbei wurde bei der Erstellung des Erfassungsbogens darauf geachtet, dass der Teilnehmer nicht zu viel Zeit in die Beantwortung investieren muss, damit der Rücklauf entsprechend hoch bleibt (Nakash et al., 2006). Besonders macht sich dies im Umfang der einzelnen Krankheiten und Beschwerdebilder bemerkbar, die, obwohl häufig in der Praxis vorkommend (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, 2013), keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit haben und aus oben genanntem Grund sehr allgemein gehalten wurden. Vergleichend wurde von Münstedt et al. (2013) in einer Patientenbefragung zum Einsatz von CAM-Methoden in der Geburtshilfe der Bereich der Schwangerschaftsbeschwerden detaillierter erfasst.

Bei den gynäkologischen Erkrankungen trifft dies in der vorliegenden Arbeit in speziellem Maße auf die Entzündungen des weiblichen Genitales zu. In diesem Oberbegriff eingeschlossen, finden sich ganz unterschiedliche Krankheiten mit gänzlich unterschiedlicher Ätiologie, Therapie und Prognose. So umfasst der Begriff eine einfache Candida-Kolpitis als auch eine schwere Adnexitis mit pelvic inflammatory disease (PID).

Diese Verallgemeinerung ist problematisch. Es hat sich in dieser Arbeit herausgestellt, dass die Mehrheit der Frauenärzte bei schweren Krankheiten wie Spätgestosen, Gestationsdiabetes, Endometriose, Uterusmyomen und Karzinomerkrankungen CAM als nicht sinnvoll erachteten. Bei Entzündungen des Genitals sind es weit weniger, die hier komplementär- und alternativmedizinische Methoden als sinnlos beurteilten.

Es ist anzunehmen, dass sich diese Zahl unterscheiden würde, wenn die in der Prognose unterschiedlichen Krankheitsbilder (Kolpitis und Adnexitis) extra genannt worden wären. Selbiges gilt für den breiten Begriff der Probleme im Wochenbett, hinter dem sich sowohl ein sogenannter, meist selbst limitierender „Schwangerschaftsblues“ als auch eine schwere Puerperalsepsis (Kindsbettfieber) verbergen kann. Ebenso unterscheiden sich die Prognose der gynäkologischen Karzinome und die große Bandbreite an teilweise lebensbedrohlichen Nebenwirkungen einer Krebstherapie. Gerade im gynäkoonkologischen Bereich werden komplementär- und alternativmedizinische Methoden mit unterschiedlicher Häufigkeit angewandt. Am zahlreichsten geschieht dies beim Mammakarzinom (93 %), gefolgt vom Ovarialkarzinom (80 %) bis zum Vulvakarzinom mit 56 % (Klein et al., 2017).

Lediglich Phytotherapie, Nahrungsergänzungsmittel, Homöopathie sowie Akupunktur und TCM wurden als Antwortmöglichkeiten im Erfassungsbogen geführt. Diese bilden bei weitem nicht alle vorhandenen komplementär- und alternativmedizinischen Methoden ab. Ein Hinweis zeigte sich bei der Auswertung des Punktes „Andere“. Bis auf wenige Ausnahmen empfehlen die Befragten zusätzlich eine andere als die genannten CAM-Behandlungen. Jedoch gehören insgesamt Phytotherapie, Nahrungsergänzungsmittel, Homöopathie, Akupunktur und TCM in systematischen Untersuchungen zu den häufig verwendeten CAM-Methoden (Frass et al., 2012; Linde et al., 2014a; Thanner et al., 2014).

In Schwangerschaft und Geburt sind am häufigsten Akupunktur, Homöopathie und Aromatherapie verbreitet (Münstedt et al., 2013). In der Gynäkoonkologie Sport, Ernährungstherapie und Nahrungsergänzungsmittel (Klein et al., 2017).

In dieser Arbeit nicht erfasst wurden arztunabhängige Beratungsanlässe von z. B. Heilpraktikern durch Patientinnen. Es ist anzunehmen, dass trotz der prominenten Stellung des Arztes ein paralleles Versorgungsangebot existiert. Krug et al. (2016) zeigten in ihrem Vergleich der Inanspruchnahme von CAM deutlich, dass der Besuch von Heilpraktikern bei chronischen Krankheiten signifikant höher ist als der von Allgemeinmedizinern. Weitere qualitative Studien sollten hierzu durchgeführt werden, um den exakten Anteil des zusätzlich, über den Frauenarzt hinaus bestehenden Versorgungsangebots bei gynäkologischen und geburtshilflichen Krankheits- und Beschwerdebildern zu quantifizieren.

Nicht nur bei Heilpraktikern ist die Anzahl an chronisch Kranken auf der Suche nach CAM-Methoden höher. So diskutieren auch Linde et al. (2014a) ihre Ergebnisse des häufigen CAM-Einsatzes bei Hausärzten und Orthopäden. Bei beiden Fachdisziplinen

ist eine große Zahl chronischer Erkrankungen und unspezifischer Befindlichkeitsstörungen Grund des Beratungsanlasses. CAM scheint hier zusätzliche Therapieoptionen zu eröffnen.

Die Gynäkologie kann ebenso der Primärversorgung zugeordnet werden (Hale, 1995; Hurd et al., 2001). Auch hier existieren Krankheiten mit chronischem Charakter – wie beispielsweise die Endometriose – und Befindlichkeitsstörungen unterschiedlichen Schweregrades – wie beispielsweise Schwangerschaftsbeschwerden.

Bei den durch Linde et al. (2014a) ebenso befragten, CAM skeptischeren Internisten mit vorselektierten, spezialisierten Fällen scheint es daher weniger Notwendigkeit für CAM zu geben.

Interessanterweise spiegelt die CAM-Verteilung und -Prävalenz der in dieser Arbeit befragten Frauenärzte am ehesten der von Linde et al. (2014a) untersuchten Internisten wider. Dies ist konträr zur inhaltlichen Einordnung der niedergelassenen Gynäkologen in die Nähe von Hausärzten und Orthopäden.

In der vorliegenden Arbeit wurde nur das quantitative komplementär- und alternativmedizinische Versorgungsangebot abgefragt. Dadurch kann keine Aussage über eine mögliche Versorgungsqualität des Angebots gemacht werden.

Versorgungsangebote haben auch immer eine multidimensionale Eigenschaft. Damit ist gemeint, dass auch der Zugang, also die Verfügbarkeit berücksichtigt werden muss (Münstedt, 2016). Dies spielt insbesondere bei Krankheiten eine bedeutende Rolle, die mehrerer CAM-Anwendungen bedürfen oder bei denen jederzeit Symptome auftreten können. Gerade im letzteren Fall ist es wichtig zu beachten wie schnell einer Patientin, auch am Wochenende oder nachts, geholfen werden kann, die Kontraindikationen bezüglich schulmedizinischer Therapien hat oder diese schlicht ablehnt.

Münstedt (2016) empfahl am Beispiel der primären Dysmenorrhoe Charakteristika anhand derer CAM-Methoden in Behandlungsalgorithmen aufgenommen werden sollten. Diese umfassten neben der Verfügbarkeit auch Patientensicherheit, Kosten und evidenzbasierte Effektivität.

In der vorliegenden Arbeit wurde lediglich das Angebot zu den verschiedenen Krankheits- und Beschwerdebildern in der Frauenarztpraxis abgedeckt. Selbstverständlich gibt es auch CAM-Methoden welche selbst von der Patientin durchgeführt werden können und somit ubiquitär verfügbar sind.

Um solche Algorithmen in der Zukunft implementieren zu können, benötigt es umfassendere Informationen insbesondere zur Evidenz der CAM-Anwendungen.

5.7 Fazit

Weshalb die Behandlung einiger Pathologien mit komplementär- oder alternativmedizinischen Methoden Zuspruch oder Ablehnung erfährt, ließ sich anhand der Limitationen der Untersuchungsmethode nicht klären. Selbstverständlich gab es Übereinstimmungen zwischen dem Antwortverhalten und der Literatur, allerdings nicht bei jedem Krankheits- oder Beschwerdebild. Diese Diskrepanz mag darauf zurückzuführen sein, dass einige der befragten Frauenärzte nicht den aktuellen evidenzbasierten wissenschaftlichen Stand kannten. Die andere Eventualität könnte sein, dass Frauenärzte bei benignen Erkrankungen mit guter Prognose wissentlich CAM als „Placebo-Ersatz“ einsetzen.

Abschließend lässt sich sagen, es existiert im Bereich der ambulanten Versorgung in der Gynäkologie und Geburtshilfe ein reichhaltiges CAM-Angebot. Dennoch muss ein Fokus für die Zukunft auf die Ausbildung und Verbreitung von evidenzbasierten CAM-Methoden gelegt werden. Die hier ermittelten stark nachgefragten Krankheits- und Beschwerdebilder, kombiniert mit den präferierten CAM-Methoden, können zur Priorisierung dienen, um eine systematische Untersuchung und edukative Aufarbeitung einzuleiten. Es sollte zudem die Wirkung von jenen Methoden zuerst auf Evidenz geprüft werden, die auch ein gutes Verfügbarkeits- und Kostenprofil besitzen.

Von einer besseren Ausbildung und evidenzbasierten Behandlungsmethoden profitieren neben den CAM-Anwendern selbstverständlich in erster Linie auch die Patientinnen, welche im Vordergrund des ärztlichen Strebens stehen müssen.

5.8 Ausblick

Die sich aus dieser Arbeit ergebenden Folgestudien lassen sich in zwei Bereiche gliedern. Zum einen lohnt es sich, das strukturelle Thema des Versorgungsangebots näher zu beleuchten, um Ziele für Aufklärung und Schulung bezüglich CAM zu identifizieren. Zum anderen sollten weitere kontrollierte randomisierte Studien zur Wirksamkeit einzelner CAM-Methoden durchgeführt werden.

Der Fokus von Folgestudien bezüglich des Versorgungsangebotes sollte auf der detaillierteren Prüfung der stark nachgefragten Krankheits- und Beschwerdestudien liegen. Namentlich sind dies klimakterische Beschwerden, Schwangerschaftsbeschwerden und das prämenstruelle Syndrom. Am Beispiel dieser Beschwerden soll erläutert werden, wie ein auf dieser Arbeit aufbauendes Studiendesign aussehen könnte.

Die Fragestellung muss die offenen Fragen aus der vorliegenden Arbeit beantworten. So wurden in dieser Datenerhebung lediglich das CAM-Angebot seitens der niedergelassenen Frauenärzte mit ihren Kooperationen erhoben. Daher stellt sich die Frage in wie weit das Angebot inklusive der nichtärztlichen Berufsgruppen aufgebaut ist und welche CAM-Methoden von ihnen bei diesen drei Beschwerdebildern präferiert werden.

Eingeschlossen in die Befragung sollte jeder Gesundheitsdienstleister sein, der die Patientin mit klimakterischen Beschwerden, Schwangerschaftsbeschwerden und prämenstruellem Syndrom behandelt und somit zum CAM-Angebot bei diesen Beschwerdebildern zählt. Neben den hier in dieser Arbeit untersuchten niedergelassenen Frauenärzten schließt dies, parallel zu den in der Klinik tätigen Gynäkologen und Geburtshelfern, unter anderem auch Heilpraktiker, Hebammen und Apotheker mit ein. Ebenso andere ärztliche Kollegen wie beispielsweise Hausärzte würden hinzugenommen. Aufgrund der immensen Anzahl an Personen wäre die Durchführung für ganz Hessen unrealistisch. Daher wäre die Fokussierung auf ein Oberzentrum wie den Landkreis Gießen anzuraten.

Nach positivem Ethikvotum und der Identifikation aller in die Behandlung involvierten Berufsgruppen würde ein neuer Erfassungsbogen postalisch zugesendet. In diesem könnten nun für die drei Beschwerdebilder detailliert das CAM-Angebot abgefragt werden. Verschiedene Ausprägungen würden in den Erfassungsbogen aufgenommen werden um so die Limitation der Verallgemeinerung auf einen Krankheitsbeziehungswise Beschwerdeoberbegriff zu eliminieren. Damit wären die präferierten CAM-Methoden, wie auch die Sinnhaftigkeit deutlich besser erfasst. So wird für den Befragten beispielsweise zwischen diskreten Knöchelödemen in der Spätschwangerschaft und starker Hyperemesis gravidarum unterschieden.

Eine zweite Limitation war der fehlende Detailgrad der abgefragten präferierten Methoden. Die Konzentration auf ein bis drei Krankheitsbilder würde es ermöglichen, zu diesen die einzelnen CAM-Therapien innerhalb einer CAM-Methode aufzuschlüsseln. Hiermit sei es beispielsweise möglich, die genau eingesetzten pflanzlichen Wirkstoffe abzufragen, die bei klimakterischen Beschwerden mit dem Oberbegriff Phytotherapie beantwortet wurden.

Eine Literaturrecherche zum Einsatz spezifischer CAM-Methoden bei den ausgewählten Beschwerdebildern müsste notwendigerweise vorausgehen um den Erfassungsbogen zielgerichtet zu gestalten.

Eine Herausforderung würde sein, die Umfrage so zu gestalten, dass sie auch für Berufsgruppen ansprechend wirkt, die mit einer oder zwei der drei Beschwerden keine Berührungspunkte haben. Als Beispiel sei hier die Hebamme und deren Überschneidung

mit klimakterischen Beschwerden sowie dem PMS zu nennen. Die Alternative wäre die vorherige Anpassung des Erfassungsbogens an alle Berufsgruppen. Zur Vergleichbarkeit müssten die verschiedenen Versionen aber untereinander unbedingt kompatibel sein.

Eine Pseudonymisierung wäre weiterhin ausreichend, zusätzlich sollten jedoch zwei Erinnerungsschreiben eingesetzt werden, um den Rücklauf weiter zu erhöhen.

Der zweite Teil der weiterführenden Studien beträfe die Kontrolle der Effektivität der einzelnen, eingesetzten CAM-Methoden. Da ein großer Teil unterschiedlicher Methoden und unterschiedlicher Modelle existiert, sollten diese priorisiert angegangen werden. In der hier vorliegenden Arbeit wurde etabliert, dass klimakterische Beschwerden, Schwangerschaftsbeschwerden und das PMS die am häufigsten nachgefragten Krankheits- und Beschwerdebilder beim niedergelassenen Frauenarzt sind. Nach einer ausgedehnten Literaturrecherche welche CAM-Methoden bereits vielversprechende, evidenzbasierte Ansätze zeigen, könnte nun die Präferenz der befragten Frauenärzte Schritt für Schritt überprüft werden. Bestenfalls wäre eine weitere explorative Studie zum Versorgungsangebot vorangegangen, welche detailliert den quantitativen Einsatz der einzelnen CAM-Therapien bei klimakterischen Beschwerden, Schwangerschaftsbeschwerden und dem prämenstruellen Syndrom erforscht hätte. Für die klimakterischen Beschwerden und das PMS könnten so also die dort häufig präferierten Phytotherapeutika randomisiert kontrolliert auf Effektivität überprüft werden. Für Schwangerschaftsbeschwerden sollte primär die Akupunktur bei den häufigsten Symptomen untersucht werden.

Insgesamt in der Überprüfung bevorzugt werden sollten jene CAM-Therapien welche die Bedingungen an Verfügbarkeit, Patientensicherheit und Kosten (Münstedt, 2016) erfüllen.

Es wäre sehr positiv, wenn die Folgestudien als Prozess von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften getrieben würden, sodass die Erkenntnisse umgehend in die jeweiligen Leitlinien aufgenommen werden könnten. Als Folge dieser systematischen Aufarbeitung des komplementär- und alternativmedizinischen Versorgungsangebot bei den jeweiligen gynäkologisch und geburtshilflichen Krankheits- und Beschwerdebildern müssen alle CAM-Anbieter konsequenterweise, falls nicht schon getan, auf eine dogmatische Einstellung verzichten und effektive CAM-Methoden als Teil der evidenzbasierten Medizin einsetzen.

6 Zusammenfassung

Einleitung: Komplementär- und Alternativmedizin (CAM) erfährt in verschiedenen medizinischen Fächern und auch in der Gynäkologie und Geburtshilfe immer mehr Resonanz. Die Gründe für Ärzte, CAM-Methoden anzubieten sind ebenso vielfältig wie seitens der Patienten CAM in Anspruch zu nehmen. Eine Studie die speziell den ärztlichen, niedergelassenen Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe untersucht, existierte bis dato noch nicht. Neben der Erfassung des komplementär- und alternativmedizinischen Versorgungsangebots setzte sich diese Arbeit ebenfalls das Ziel den Einfluss einer CAM-Zusatzbezeichnung auf das CAM-Angebot zu untersuchen.

Methodik: Es wurde ein Erhebungsbogen gestaltet, welcher in kurzer, tabellarischer Form die Zusammenarbeit mit anderen CAM-Anbietern und der Empfehlung von CAM im Allgemeinen sowie CAM-Methoden im Speziellen bei verschiedenen Krankheits- und Beschwerdebildern abfragte. Dieser Erhebungsbogen wurde persönlich und postalisch allen zum damaligen Zeitpunkt in Hessen niedergelassenen Fachärzten der Gynäkologie und Geburtshilfe ausgehändigt.

Ergebnisse: 310 (36,7 %) der Gynäkologen und Geburtshelfer sandten einen auswertbaren Fragebogen zurück. Eine Zusammenarbeit bezüglich CAM existierte in über der Hälfte der Fälle.

Für eine Mehrzahl der abgefragten Krankheiten bestand ein lücken- oder mangelhaftes CAM-Versorgungsangebot. Auf der anderen Seite fand sich bei Schwangerschaftsbeschwerden und Problemen im Wochenbett, gefolgt von klimakterischen Beschwerden sowie dem prämenstruellen Syndrom ein umfassendes CAM-Angebot. CAM-Methoden für diese Krankheitsbilder wurden auch häufig seitens der Patientinnen nachgefragt.

Das Führen der Zusatzbezeichnung Akupunktur korrelierte signifikant mit der Empfehlung von Akupunktur bei den meisten Krankheiten. Selbiges traf für das Tragen der Zusatzweiterbildung Homöopathie und der Empfehlung von Homöopathie zu.

Schlussfolgerungen: In keinem Krankheitsbild mit hoher Nachfrage existierte eine Lücke im CAM-Angebot. Dennoch muss für die Zukunft ein Fokus auf die Ausbildung und Verbreitung von evidenzbasierten CAM-Methoden gelegt werden. Die hier ermittelten stark nachgefragten Krankheitsbilder und CAM-Methoden, können zur Priorisierung zukünftiger Untersuchungen dienen.

7 Summary

Background: Complementary and alternative medicine (CAM) receives more attention in different medical fields including obstetrics and gynecology (OB/GYN). The reasons for physicians to offer CAM methods are as diverse as are the reasons for patients to ask for CAM. A study which examined the office-based part of patient care in OB/GYN did not exist yet. Besides the assessment of health care structure regarding CAM, an additional goal of this study was to determine the influence of different qualifications in the field of CAM on the recommendation of CAM methods.

Methods: A survey was created which assessed cooperation and recommendations towards different obstetric and gynecological illnesses and complaints regarding CAM in a short questionnaire. Said survey had been given out personally or via mail to all office-based obstetricians and gynecologists in Hesse, Germany.

Results: 310 (36, 7 %) physicians sent back an applicable reply. In more than half of the cases a cooperation regarding CAM existed.

A scarce supply existed for the majority of the prompted illnesses. A high number of CAM provision had been found in complaints during pregnancy and puerperal problems, followed by climacteric complaints as well as premenstrual syndrome. CAM methods for those diseases were also commonly asked for by patients.

Additional qualifications in acupuncture correlated significantly with the recommendation of acupuncture in the majority of illnesses. Same results have been found with qualifications in homeopathy and the recommendation of homeopathy.

Conclusions: A lack of CAM supply did not exist in any illness with a high demand for CAM. Nevertheless, there needs to be a focus on education and distribution of evidence-based CAM methods in the future. Those illnesses with a strong demand for CAM and the ascertained preferred methods can be used as prioritization for future studies.

8 Abkürzungsverzeichnis

AGO	Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie
AS	Beschwerdespezifischer Angebotsscore
BEL	Beckenendlage
CAM	Komplementär- und Alternativmedizin
X	Chi
GDM	Gestationsdiabetes mellitus
M	Mittelwert
Mdn	Median
NS	Beschwerdespezifischer Nachfragescore
n.s.	Nicht signifikant
OB/GYN	Obstetrics and Gynecology
PCO-Syndrom	Polyzystisches Ovar Syndrom
PID	Pelvic inflammatory disease
ϕ	Phi
PMS	Prämenstruelles Syndrom
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
vs.	Versus
z. B.	Zum Beispiel

9 Literaturverzeichnis

Academic Consortium for Integrative Medicine & Health, 2018. Introduction [Internet]. [abgerufen am 06.01.2018]; Verfügbar unter: <https://www.imconsortium.org/about/about-us.cfm>

Anderson F, Johnson C. Complementary and alternative medicine in obstetrics. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005;91(2):116-124.

AWMF Leitlinie Mammakarzinom, 2012. S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms [Internet]. [abgerufen am 12.10.2016]; Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OL_I_S3__Brustkrebs_Mammakarzinom_Diagnostik_Therapie_Nachsorge_2012-07-abgelaufen.pdf

AWMF Leitlinie Vulvakarzinom, 2015. S2k Leitlinie Vulvakarzinom und seine Vorstufen, Diagnostik und Therapie [Internet]. [abgerufen am 04.10.2016]; Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-059I_S2k_Vulvakarzinom_und_Vorstufen_Diagnostik_Therapie_2016-10.pdf

AWMF Leitlinie Zervixkarzinom, 2014. S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom [Internet]. [abgerufen am 06.10.2016]; Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-033OLI_S3_Zervixkarzinom_2014-10.pdf

Baumelou A, Liu B, Wang X, Nie G. Perspectives in clinical research of acupuncture on menopausal symptoms. *Chinese Journal of Integrative Medicine* 2011;17(12):893-897.

Beer A, Ostermann T. On the Use of Classical Naturopathy and Complementary Medicine Procedures in Hospitals and Clinics Practicing Gynecology and Obstetrics in Germany. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 2003;55(2):73-81.

Bundesärztekammer, 2015. (Muster-) Weiterbildungsordnung 2003 [Internet]. [abgerufen am 01.02. 2018]; Verfügbar unter: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf

Bundesärztekammer, 2013. Ärztestatistik der Vorjahre [Internet]. [abgerufen am 01.02.2014]; Verfügbar unter:
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Stat13AbbTab.pdf

Conrad A, Münstedt K, Micke O, Prott F, Muecke R, Huebner J. Attitudes of members of the German Society for Palliative Medicine toward complementary and alternative medicine for cancer patients. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology* 2014;140(7):1229-1237.

Doel M, Segrott J. Self, Health, and Gender: Complementary and alternative medicine in the British mass media. *Gender, Place & Culture* 2003;10(2):131-144.

Frass M, Strassl R, Friehs H, Müllner M, Kundi M, Kaye A. Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review. *The Ochsner Journal* 2012;12(1):45-56.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2013. Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzweiterbildungen [Internet]. [abgerufen am 17.09.2016]; Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/4/xs_sort_spalte/D.000/d/3735/_XWD_28

Hack C, Hüttner N, Paepke D, Voiß P, Dobos G, Kümmel S, Münstedt K, Kiechle M, Fasching P, Beckmann M. Integrative Medizin in der Gynäkologischen Onkologie – Möglichkeiten und Grenzen Teil 1. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 2013;73(10):R63-R80.

Hale R. The obstetrician and gynecologist: Primary care physician or specialist?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1995;172(4):1181-1183.

Hall H, Griffiths D, McKenna L. The use of complementary and alternative medicine by pregnant women: A literature review. *Midwifery* 2011;27(6):817-824.

Hall H, Jolly K. Women's use of complementary and alternative medicines during pregnancy: A cross-sectional study. *Midwifery* 2014;30(5):499-505.

Harris H, Chavarro J, Malspeis S, Willett W, Missmer S. Dairy-Food, Calcium, Magnesium, and Vitamin D Intake and Endometriosis: A Prospective Cohort Study. *American Journal of Epidemiology* 2013;177(5):420-430.

Härtel U, Volger E. Inanspruchnahme und Akzeptanz klassischer Naturheilverfahren und alternativer Heilmethoden in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. *Complementary Medicine Research* 2004;11(6):327-334.

Horneber M, Bueschel G, Dennert G, Less D, Ritter E, Zwahlen M. How Many Cancer Patients Use Complementary and Alternative Medicine. *Integrative Cancer Therapies* 2011;11(3):187-203.

Hurd W, Barhan S, Rogers R. Obstetrician-gynecologist as primary care provider. *The American Journal of Managed Care* 2001;25(7(SP)):19-24.

Jacoby VL, Jacoby A, Learman LA, Schembri M, Gregorich SE, Jackson R, Kuppermann M. Use of medical, surgical and complementary treatments among women with fibroids. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2014;182:220-225.

Joos S, Glassen K, Musselmann B. Herbal Medicine in Primary Healthcare in Germany: The Patient's Perspective. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2012:1-10.

Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J. Integration of Complementary and Alternative Medicine into Family Practices in Germany: Results of a National Survey. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2011:1-8.

Kalder M, Knoblauch K, Hrgovic I, Münstedt K. Use of complementary and alternative medicine during pregnancy and delivery. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2011;283(3):475-482.

Kalder M, Müller T, Fischer D, Müller A, Bader W, Beckmann M, Brucker C, Hack C, Hanf V, Hasenburg A, Hein A, Jud S, Kiechle M, Klein E, Paepke D, Rotmann A, Schütz F, Dobos G, Voiß P, Kümmel S. A Review of Integrative Medicine in Gynaecological Oncology. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 2016;76(02):150-155.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen, 2013. Arztsuche Hessen [Internet]. [abgerufen am 15.12.2013]; Verfügbar unter: <http://arztsuchehessen.de/arztsuche/arztsuche.php>

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, 2013. Die 100 häufigsten Diagnosen in den Praxen der Gynäkologen [Internet]. [abgerufen am 29.04.2016]; Verfügbar unter: http://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Praxis/Verordnungsmanagement/Diagnosestatistiken/20120913_Report_Gynaekologen_20111.pdf

Klein E, Beckmann M, Bader W, Brucker C, Dobos G, Fischer D, Hanf V, Hasenburg A, Jud S, Kalder M, Kiechle M, Kümmel S, Müller A, Müller MT, Paepke D, Rotmann AR, Schütz F, Scharl A, Voiss P, Wallwiener M, Witt C, Hack C. Gynecologic oncologists' attitudes and practices relating to integrative medicine: results of a nationwide AGO survey. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2017;296(2):295-301.

Kohama T, Herai K, Inoue M. Effect of French maritime pine bark extract on endometriosis as compared with leuprorelin acetate. *The Journal of Reproductive Medicine* 2007;52(8):703-708.

Kristoffersen A, Norheim A, Fønnebo V. Complementary and Alternative Medicine Use among Norwegian Cancer Survivors: Gender-Specific Prevalence and Associations for Use. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2013:1-10.

Krug K, Kraus K, Herrmann K, Joos S. Complementary and alternative medicine (CAM) as part of primary health care in Germany - comparison of patients consulting general practitioners and CAM practitioners: a cross-sectional study. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2016;16(1):409-417.

Laakmann E, Grajecki D, Doege K, zu Eulenburg C, Buhling K. Efficacy of *Cimicifuga racemosa*, *Hypericum perforatum* and *Agnus castus* in the treatment of climacteric complaints: a systematic review. *Gynecological Endocrinology* 2012;28(9):703-709.

Linde K, Alscher A, Friedrichs C, Wagenpfeil S, Karsch-Völk M, Schneider A. Belief in and use of complementary therapies among family physicians, internists and orthopaedists in Germany – cross-sectional survey. *Family Practice* 2014a;32(1):62-68.

Linde K, Alscher A, Friedrichs C, Joos S, Schneider A. Die Verwendung von Naturheilverfahren, komplementären und alternativen Therapien in Deutschland - eine systematische Übersicht bundesweiter Erhebungen. *Forschende Komplementärmedizin* 2014b;21(2):111-118.

Maha N, Shaw A. Academic doctors' views of complementary and alternative medicine (CAM) and its role within the NHS: an exploratory qualitative study. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2007;7(1).

McKay D, Bendey J, Grimshaw R. Complementary and Alternative Medicine in Gynaecologic Oncology. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2005;27(6):562-568.

Münstedt K, Harren H, von Georgi R, Hackethal A. Complementary and Alternative Medicine: Comparison of Current Knowledge, Attitudes and Interest among German Medical Students and Doctors. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2011:1-7.

Münstedt K, Riepen T. Alternative medicine in oncology. *World Medical Journal* 2012;58(4):148-152.

Münstedt K, Dütemeyer V, Hübner J. Patients' considerations behind the use of methods from complementary and alternative medicine in the field of obstetrics in Germany. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2013;288(3):527-530.

Münstedt K, Maisch M, Tinneberg H, Hübner J. Complementary and alternative medicine (CAM) in obstetrics and gynaecology: a survey of office-based obstetricians and gynaecologists regarding attitudes towards CAM, its provision and cooperation with other CAM providers in the state of Hesse, Germany. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2014a;290(6):1133-1139.

Münstedt K, Vogt T, Rabanus M, Hübner J. Wishes and Beliefs of Cancer Patients Regarding Counseling on Integrative Medicine. *Breast Care* 2014b;9(6):3-3.

Münstedt K. Rationale naturheilkundliche Ansätze zur Behandlung der primären Dysmenorrhoe. *Gyne* 2016;37(2):7-14

Münstedt K, Beer A-M, Hübner J. Alternative, komplementäre und integrative Medizin bei Uterus myomatosus. *Frauenarzt* 2016;57(11):2-6.

Nakash R, Hutton J, Jørstad-Stein E, Gates S, Lamb S. Maximising response to postal questionnaires – A systematic review of randomised trials in health research. *BMC Medical Research Methodology* 2006;6(1):1-9.

Nandi A, Shah A, Gudi A, Homburg R. Acupuncture in IVF: A review of current literature. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2014;34(7):555-561.

Nazik E, Nazik H, Api M, Kale A, Aksu M. Complementary and Alternative Medicine Use by Gynecologic Oncology Patients in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2012;13(1):21-25.

Nuhn T, Lüdtke R, Geraedts M. Placebo effect sizes in homeopathic compared to conventional drugs – a systematic review of randomised controlled trials. *Homeopathy* 2010;99(1):76-82.

Paterson C. Complementary practitioners as part of the primary health care team: consulting patterns, patient characteristics and patient outcomes. *Family Practice* 1997;14(5):347-354.

Sesti F, Pietropolli A, Capozzolo T, Broccoli P, Pierangeli S, Bollea MR, Piccione E. Hormonal suppression treatment or dietary therapy versus placebo in the control of painful symptoms after conservative surgery for endometriosis stage III–IV. A randomized comparative trial. *Fertility and Sterility* 2007;88(6):1541-1547.

Sointu E. Detraditionalisation, gender and alternative and complementary medicines. *Sociology of Health & Illness* 2011;33(3):356-371.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2014. Bevölkerung - Hessen [Internet]. [abgerufen am 02.11.2016]; Verfügbar unter: http://www.statistikportal.de/Statistik-Portal/de_zs01_he.asp

Steel A, Adams J, Sibbritt D, Broom A, Gallois C, Frawley J. Utilisation of complementary and alternative medicine (CAM) practitioners within maternity care provision: results from a nationally representative cohort study of 1,835 pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012;12(1):1-8.

Thanner M, Nagel E, Loss J. Komplementäre und alternative Heilverfahren im vertragsärztlichen Bereich: Ausmaß, Struktur und Gründe des ärztlichen Angebots. *Das Gesundheitswesen* 2014;76(11):715-721.

Trimborn A, Senf B, Münstedt K, Buentzel J, Micke O, Muecke R, Prott F, Wicker S, Huebner J. Attitude of employees of a university clinic to complementary and alternative medicine in oncology. *Annals of Oncology* 2013;24(10):2641-2645.

Wayne P, Kerr C, Schnyer R et al. Japanese-Style Acupuncture for Endometriosis-Related Pelvic Pain in Adolescents and Young Women: Results of a Randomized Sham-Controlled Trial. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2008;21(5):247-257.

10 Anhang

10.1 Erfassungsbogen

Erfassung und Bewertung komplementär- und alternativmedizinischer Versorgungsstrukturen in Hessen – Fragebogen

Bitte faxen an: 0641/98545109

oder zurücksenden an Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Rudolf Tinneberg, Klinikstraße 33, 35392 Gießen

Ich möchte über die Ergebnisse der Untersuchung informiert werden.

1. Wie alt sind Sie?

Jahre

02. Welches Geschlecht haben Sie?

männlich weiblich

03. Wieviele Scheine haben Sie pro Quartal?

04. Führen Sie Ihre Praxis in einer Stadt oder auf dem Land?

in einer Stadt auf dem Land

05. Was ist Ihr höchster akademischer Titel?

Doktor Privatdozent

Professor Kein Titel

06. Welche Zusatzbezeichnung(en) führen Sie?

Akupunktur Homöopathie Keine

Naturheilverfahren Sonstige:

07. Arbeiten Sie, **bezüglich CAM**, mit anderen Berufsgruppen zusammen und wie bewerten Sie gegebenenfalls die Zusammenarbeit in **Schulnoten?** (Einfachauswahl)

Berufsgruppe	Ja, eine Zusammenarbeit besteht	Schulnote	Nein, eine Zusammenarbeit ist aber geplant	Nein, es ergab sich bisher keine Zusammenarbeit	Nein, eine Zusammenarbeit lehne ich strikt ab
Ärztlicher Kollege	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheker	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebamme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapeut	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

08. Wenn eine Patientin Sie nach **CAM-Methoden** fragt, was würden Sie tun?
(Mehrfachauswahl möglich)

Erkrankung der Patientin	Hinweis auf Wirksamkeit der Schulmedizin	Weiß nicht	CAM Methode aus eigener Praxis anbieten	Empfehlung von CAM bewandertem ärztlichen Kollegen	Empfehlung eines Apothekers	Empfehlung einer Hebamme	Empfehlung eines Heilpraktikers
Schwangerschaftsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestationsdiabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühgestose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spätgestose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorzeitige Wehentätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtshilfliche Probleme z.B. BEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme im Wochenbett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klimakterische Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCO-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prämenstruelles Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habituellem Abort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unerfüllter Kinderwunsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrazeption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündungen des weiblichen Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uterus myomatosus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endometriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynäkologische Karzinome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nebenwirkungen der Karzinombehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

09. Wie häufig werden Sie von Patientinnen im jeweiligen Problembereich nach CAM gefragt und welche CAM-Methode wirkt bei dieser Patientin am Besten? (Mehrfachauswahl möglich)

Für die Häufigkeit (1. Spalte) kreuzen oder umkreisen Sie den gewünschten Buchstaben:

H – sehr häufig, R – regelmäßig, S – selten, N – Nie

Problembereich	Häufigkeit	CAM nicht sinnvoll	Keine eigene Meinung	Phytotherapie	Nahrungsergänzungsmittel	Homöopathie	Akupunktur und TCM	Andere
Schwangerschaftsbeschwerden	H R S N	<input type="checkbox"/>						
Gestationsdiabetes	H R S N	<input type="checkbox"/>						
Frühgestose	H R S N	<input type="checkbox"/>						
Spätgestose	H R S N	<input type="checkbox"/>						
Vorzeitige Wehentätigkeit	H R S N	<input type="checkbox"/>						
Geburtshilfliche Probleme z.B. BEL	H R S N	<input type="checkbox"/>						
Probleme im Wochenbett	H R S N	<input type="checkbox"/>						
Klimakterische Beschwerden	H R S N	<input type="checkbox"/>						
Inkontinenz	H R S N	<input type="checkbox"/>						
PCO-Syndrom	H R S N	<input type="checkbox"/>						
Prämenstruelles Syndrom	H R S N	<input type="checkbox"/>						
Habituellem Abort	H R S N	<input type="checkbox"/>						
Unerfüllter Kinderwunsch	H R S N	<input type="checkbox"/>						
Kontrazeption	H R S N	<input type="checkbox"/>						
Entzündungen des weiblichen Genitales	H R S N	<input type="checkbox"/>						
Uterus myomatosus	H R S N	<input type="checkbox"/>						
Endometriose	H R S N	<input type="checkbox"/>						
Gynäkologische Karzinome	H R S N	<input type="checkbox"/>						
Nebenwirkungen der Karzinombehandlung	H R S N	<input type="checkbox"/>						

*TCM = Traditionelle chinesische Medizin

10.2 Ehrenwörtliche Erklärung

Erklärung zur Dissertation

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe diese nachstehend spezifiziert. Die vorgelegte Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Hamburg, den 18.03.2018

Ort, Datum



Unterschrift



édition scientifique
VVB LAUFERSWEILER VERLAG

VVB LAUFERSWEILER VERLAG
STAUFENBERGRING 15
D-35396 GIESSEN

Tel: 0641-5599888 Fax: -5599890
redaktion@doktorverlag.de
www.doktorverlag.de

ISBN: 978-3-8359-6665-9



9 783835 96659