

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin und
Interprofessionelle Versorgung der Universität Tübingen

**Komplementäre und Integrative Medizin in der
Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin – eine
Bedarfserhebung bei Ärzten in Weiterbildung**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Valentini, Jan

2021

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Professorin Dr. S. Joos

2. Berichterstatter: Privatdozent Dr. F. Junne

Tag der Disputation: 23.02.2021

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Glossar und Abkürzungen	V
1 Einleitung	1
1.1 Begriffsdefinition	1
1.2 Inanspruchnahme CIM	4
1.3 Leistungserbringer im Bereich der CIM in Deutschland	7
1.3.1 Anwendung von CIM durch Ärzte	7
1.3.2 Anwendung von CIM durch nicht-ärztliche Berufsgruppen	9
1.4 CIM in der medizinischen Ausbildung	11
1.5 CIM in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin	12
1.5.1 Internationale Situation	12
1.5.2 Situation in Deutschland	13
1.6 Zielsetzung der Arbeit	15
2 Material und Methoden	17
2.1 Querschnittsbefragung online- und papierbasiert	17
2.2 Fragebogen	17
2.3 Studienpopulation	18
2.4 Datenerfassung	19
2.5 Statistische Analyse	20
2.5.1 Quantitative Datenanalyse	20
2.5.2 Auswertung Freitextantworten	20
2.6 Ethik	21
3 Ergebnisse	22
3.1 Stichprobenbeschreibung	22
3.1.1 Rücklauf und Gesamtzahl n	22
3.1.2 Soziodemografie	22
3.2 Quantitative Ergebnisdarstellung	23
3.2.1 Auswertung des Fragebogens	23
3.2.2 Subgruppenanalyse stratifiziert nach Weiterbildungsjahr	31

3.3	Qualitative Ergebnisdarstellung.....	35
4	Diskussion	40
4.1	Diskussion der Fragestellung und Forschungsmethodik	40
4.2	Diskussion der Ergebnisse	43
4.2.1	(A) Einstellung zur CIM.....	43
4.2.2	(B) Anwendung der CIM.....	44
4.2.3	(C) Wissen in der CIM	47
4.2.4	(D) Weiterbildung in der CIM.....	48
4.2.5	(E) Anmerkungen zur CIM	50
4.3	Implikationen für Forschung und Praxis	50
5	Zusammenfassung	53
6	Literaturverzeichnis	55
7	Erklärungen zum Eigenanteil	61
8	Veröffentlichungen.....	62
	Danksagungen	63
	Anhang – Fragebogen.....	64
	Lebenslauf	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Einordnung von Komplementärmedizin nach Witt	2
Abbildung 2: Häufigkeit der Nutzung von CAM-Verfahren nach Linde et al.....	5
Abbildung 3: Bei den Ärztekammern registrierte Ärzte mit komplementärmedizinischen Zusatzweiterbildungen in Deutschland im Jahr 2015.....	8
Abbildung 4: Häufigkeit der Anwendung von CIM Verfahren in der hausärztlichen Praxis	9
Abbildung 5: Prozentuale Häufigkeit der Nennung von CIM Verfahren, die im ärztlichen Alltag von ÄiW angewendet werden.....	26
Abbildung 6: Prozentuale Häufigkeit der Nennung von CIM Verfahren, die ÄiW selbst anwenden	27
Abbildung 7: Prozentuale Häufigkeit der zum Zeitpunkt der Befragung von ÄiW absolvierten und angestrebten CIM Zusatzweiterbildungen	28
Abbildung 8: Fragen zur Dimension (A) Einstellung zur CIM.....	31
Abbildung 9: Fragen zur Dimension (B) Anwendung der CIM.....	32
Abbildung 10: Auswertung Frage Nr. 7	32
Abbildung 11: Auswertung Frage Nr. 10	33
Abbildung 12: Fragen zur Dimension (C) Wissen in der CIM. Teil 1	33
Abbildung 13: Fragen zur Dimension (C) Wissen in der CIM. Teil 2.....	34
Abbildung 14: Fragen zur Dimension (C) Wissen in der CIM. Teil 3.....	34
Abbildung 15: Fragen zur Dimension (D) Weiterbildung in der CIM.....	35
Abbildung 16: Auswertung Frage Nr. 22: „ <i>Welche komplementärmedizinischen Verfahren sollen Bestandteil des kompetenzbasierten Curriculums für die Weiterbildung Allgemeinmedizin sein?</i> “	36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Pull- Faktoren für die Inanspruchnahme von CIM.....	6
Tabelle 2: Push-Faktoren für die Inanspruchnahme von CIM	6
Tabelle 3: Beschreibung der Studienpopulation.....	23
Tabelle 4: Auswertung des Fragebogens, Dimension (A) Einstellung zur CIM.....	24
Tabelle 5: Auswertung des Fragebogens, Dimension (B) Anwendung der CIM.....	25
Tabelle 6: Auswertung des Fragebogens, Dimension (C) Wissen in der CIM	29
Tabelle 7: Auswertung des Fragebogens, Dimension (D) Weiterbildung in der CIM...	30
Tabelle 8: Freitextantworten zur Frage Nr. 23 und Nr. 24: <i>„Über welche Kompetenzen im Bereich CIM sollte ein Facharzt für Allgemeinmedizin verfügen?“</i> und <i>„Hast Du noch Anmerkungen zum Thema CIM?“</i>	37

Glossar und Abkürzungen

ÄAppO	Approbationsordnung für Ärzte
ÄiW	Ärzte in Weiterbildung
AM	Allgemeinmedizin
ASK	engl. Attitudes, Skills, Knowledge
BÄK	Bundesärztekammer
BDH	Bund Deutscher Heilpraktiker e.V.
CAM	engl. Complementary and Alternative Medicine
CIH	engl. Complementary and Integrative Health
CIM	engl. Complementary and Integrative Medicine
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
EBM	Evidenzbasierte Medizin
FA	Facharzt
FA AM	Facharzt für Allgemeinmedizin
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKVB-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
KIM	Komplementäre und Integrative Medizin
KWBW	Kompetenzzentrum Weiterbildung Baden-Württemberg
MWBO	(Muster-)Weiterbildungsordnung
NHV	Naturheilverfahren
NKLM	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin
QB12	Querschnittsbereich 12: Rehabilitation, physikalische Medizin, Naturheilverfahren

RACGP	Royal Australian College of General Practitioners
STFM	Society of Teachers of Family Medicine
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
VW	Verbundweiterbildung ^{plus}
WBO	Weiterbildungsordnung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der gesamten vorliegenden Arbeit auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für alle Geschlechter.

1 Einleitung

1.1 Begriffsdefinition

Seit Jahrzehnten wird in wissenschaftlichen Kreisen eine breite Diskussion über die Begrifflichkeiten *Alternative*, *Komplementäre* und *Integrative Medizin* hinsichtlich ihrer Einteilung, Definition und Abgrenzung geführt. Obgleich es derzeit keine allgemein gültige und international anerkannte Definition für Alternative, Komplementäre oder Integrative Medizin gibt, wurden und werden wiederholt Versuche unternommen, diese zu beschreiben und die Unterschiede zwischen diesen Ansätzen hervorzuheben [1-5]. Insbesondere unter medizinischen Laien und in der Presse werden diese drei Begriffe häufig arbiträr verwendet und untereinander ausgetauscht. Im Folgenden wird ein Versuch unternommen, die Begriffe Alternative, Komplementäre oder Integrative Medizin zu schärfen und eine mögliche Definition aufzuzeigen.

Alternative Medizin

Der Begriff *Alternative Medizin* beschreibt Verfahren, die alternativ zur konventionellen Medizin, im Sprachgebrauch auch Schulmedizin, verwendet werden. Dieser Begriff wird häufig in der Bevölkerung und in den Medien verwendet, und umfasst Verfahren, die ohne Berücksichtigung vorliegender Evidenz außerhalb des konventionellen Versorgungssystems angewendet werden.

Komplementäre Medizin

Komplementärmedizin oder *Komplementäre Medizin* umfasst eine Vielzahl von Verfahren, die – im Gegensatz zur Alternativen Medizin – zusätzlich, also komplementär, zur konventionellen Medizin angewendet werden. Dazu gehören ganze Therapiesysteme wie beispielsweise die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) oder klassische Naturheilverfahren (NHV), aber auch einzelne Verfahren wie Akupunktur und Neuraltherapie sowie die Nahrungsergänzung durch Vitamine und Spurenelemente. Auch sogenannte Lifestyle-Interventionen wie Entspannungsübungen, Yoga oder Tai Ji werden zur Komplementären Medizin gezählt.

Eine Möglichkeit der schematischen Einordnung der Vielzahl von komplementärmedizinischen Verfahren ist in Abbildung 1 dargestellt [6]. Bei der Einteilung komplementärmedizinischer Verfahren muss dabei stets der aktuelle Stand der Evidenz berücksichtigt werden. Bei nachgewiesener Evidenz werden komplementärmedizinische Verfahren vereinzelt bei speziellen Indikationen in die konventionelle medizinische Versorgung aufgenommen, in Leitlinien erwähnt, und sind zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungs- bzw. erstattungsfähig. Ebenso gibt es im Bereich der Ernährungs- und Bewegungstherapie große Schnittmengen mit der konventionellen Medizin. Dies führt dazu, dass eine klare Abgrenzung zwischen konventioneller Medizin und Komplementärmedizin nur schwer möglich ist und dass die Grenzen zwischen den einzelnen Therapiesystemen in manchen Fällen fließend sind.

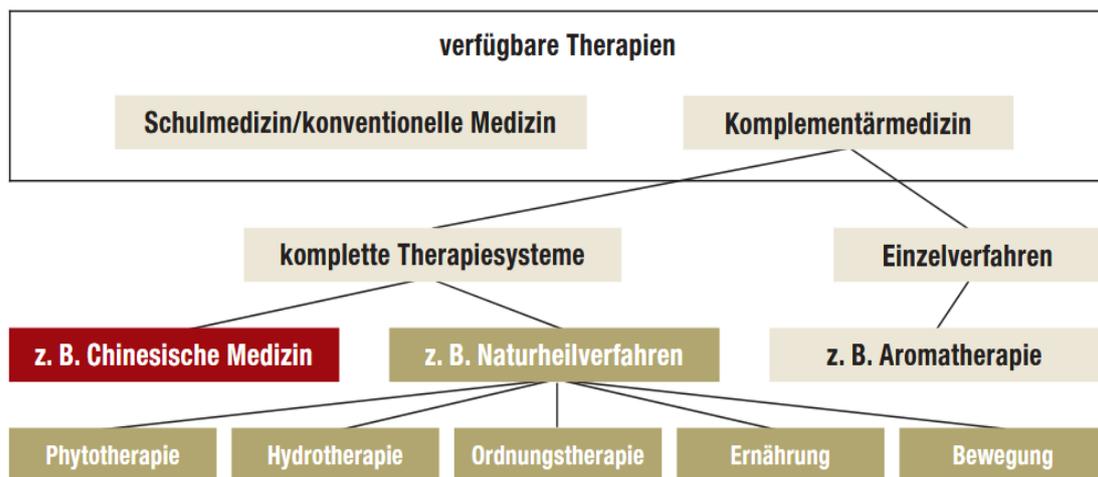


Abbildung 1: Schematische Einordnung von Komplementärmedizin nach Witt [6]

Integrative Medizin

Integrative Medizin bezeichnet eine Vorgehensweise, bei der konventionelle Medizin und komplementärmedizinische Verfahren im Rahmen eines evidenzbasierten Ansatzes Hand in Hand zum Einsatz kommen. Dabei werden wissenschaftliche Studienlage, Patientenpräferenzen und ärztliche Expertise gleichermaßen berücksichtigt. Komplementärmedizinische Verfahren werden in die konventionelle Behandlung integriert. Die eingesetzten Verfahren sollen dabei eine möglichst hohe Evidenz und Sicherheit haben.

Das National Center for Complementary and Integrative Health beschreibt die Integrative Medizin folgendermaßen: „*Die integrative Gesundheitsversorgung bringt oft konventionelle und komplementäre Ansätze koordiniert zusammen. Sie betont einen ganzheitlichen, patientenorientierten Ansatz für die Gesundheitsversorgung und das Wohlbefinden - oft einschließlich mentaler, emotionaler, funktionaler, spiritueller, sozialer und gemeinschaftlicher Aspekte - und die Behandlung des ganzen Menschen und nicht beispielsweise eines Organsystems. Sie zielt auf eine gut koordinierte Versorgung zwischen verschiedenen Anbietern und Institutionen ab*“ [1].

Eine ähnliche Definition ist auch beim Academic Consortium for Integrative Medicine & Health zu finden: „*Die Integrative Medizin und Gesundheit bekräftigt die Bedeutung der Beziehung zwischen Arzt und Patient, konzentriert sich auf den ganzen Menschen, ist evidenzbasiert und nutzt alle geeigneten Therapie- und Lebensstilansätze, medizinisches Fachpersonal und Disziplinen, um eine optimale Gesundheit und Heilung zu erreichen*“ [3].

Im internationalen Kontext wurde mit dem Beginn der wissenschaftlichen Erforschung von alternativen- bzw. komplementärmedizinischen Verfahren der Begriff *Komplementäre und Alternative Medizin* eingeführt, welcher, angelehnt an das englische Pendant *Complementary and Alternative Medicine*, mit CAM abgekürzt wird. In weiterer Folge wurde unter zunehmender Berücksichtigung der Versorgungsperspektive der Begriff *Komplementäre und Integrative Medizin* (CIM, engl. *Complementary and Integrative Medicine*) verwendet [7]. Dieser Begriff wird sowohl in der neueren wissenschaftlichen Literatur als auch in akademischen Kreisen zunehmend verwendet und betont dabei die Integration von komplementärmedizinischen Verfahren in die medizinische Versorgung. Verfahren aus dem Bereich CIM sind jedoch streng genommen nicht auf rein medizinische Inhalte bzw. Verfahren limitiert (z.B. Akupunktur oder Phytotherapie), sondern schließen zu einem großen Teil auch Lifestyle-Verfahren wie Ernährung oder Bewegung mit ein (s. Abbildung 1). Mit zunehmendem klinischem Einsatz von CIM wäre aus diesem Grund der nächste Schritt der Übergang von CIM zu Komplementärer und Integrativer

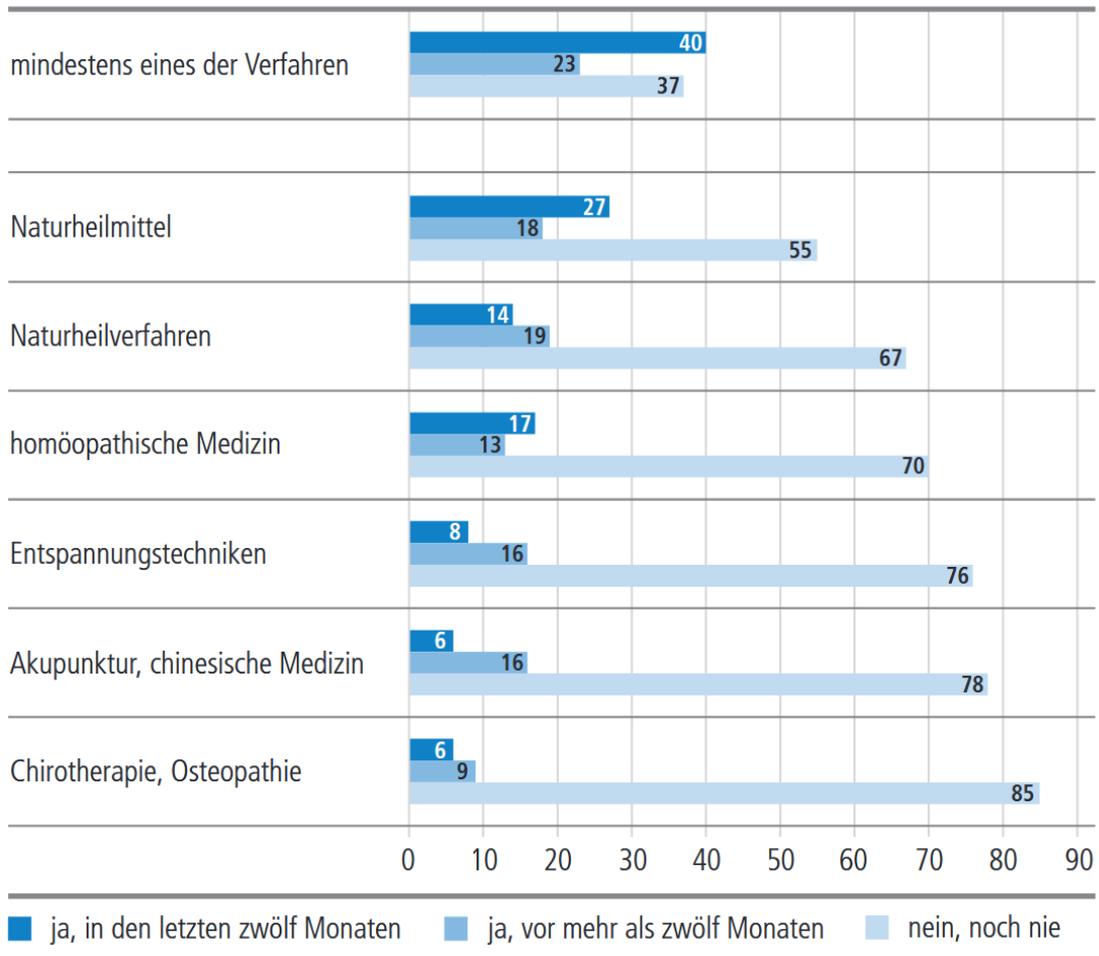
Gesundheitsversorgung (CIH, engl. *Complementary and Integrative Health*). Dieser Begriff hat sich bisher jedoch in der Breite nicht durchgesetzt.

In der vorliegenden Arbeit wird fortan der Begriff Komplementäre und Integrative Medizin bzw. CIM verwendet. Bei der Zitation von Studienergebnissen bzw. Publikationen, welche andere Abkürzungen verwendet haben, werden diese unverändert übernommen.

1.2 Inanspruchnahme CIM

In einer systematischen Übersicht über bundesweite Erhebungen zur Inanspruchnahme von klassischen NHV und komplementären und alternativen Therapien von Linde et. al. schwankt der Bevölkerungsanteil, der in den vergangenen Jahren mindestens ein Verfahren der klassischen NHV oder aus der CAM in Anspruch genommen hat, zwischen 40% und 62% [8]. In einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage aus dem Jahr 2012 gaben insgesamt 63% der Befragten an, mindestens einmal in Ihrem bisherigen Leben ein komplementärmedizinisches Verfahren genutzt zu haben (s.

Abbildung 2). Dabei wurden pflanzliche Arzneimittel (in **Abbildung 2** „Naturheilmittel“), gefolgt von Naturheilverfahren und homöopathischer Medizin am häufigsten von den Befragten genannt [9]. In einem systematischen Review zum innereuropäischen Vergleich schwankt die Inanspruchnahme von CAM zwischen 0,3% und 86% der Bevölkerung. Dabei betonen die Autoren jedoch die Schwierigkeit, die Inanspruchnahme zu schätzen, weil eine konsistente Definition von CAM sowie eine entsprechende Homogenität der Studien fehle [10].



Mehrfachangaben möglich

Abbildung 2: Häufigkeit der Nutzung von CAM-Verfahren nach Linde et al. Angaben in Prozent [9]

Bei Patienten mit onkologischen Erkrankungen scheint die Inanspruchnahme von CIM im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ähnlich bzw. etwas höher zu sein. Horneber et al. beschreiben in einer systematischen Übersichtsarbeit und Metaanalyse eine deutliche Zunahme der Inanspruchnahme von CAM bei onkologischen Patienten, von geschätzten 25% in den 1970er und 1980er Jahren auf mehr als 32% in den 1990er Jahren sowie 49% nach 2000 [11]. Neuere Zahlen von 2006 und 2007 bei Patientinnen mit Mammakarzinom zeigen noch höhere Inanspruchnahmeraten von bis zu 80% [12, 13]. Typische Charakteristika von Personen, die häufig CIM nutzen, sind ein Alter zwischen 40 und 59 Jahren, weibliches Geschlecht, ein höherer Bildungsstand sowie ein höheres Einkommen. Diese Nutzergruppe zeichnet sich weiterhin durch die häufigere Angabe von Schmerzen, Ängsten und Depressionen aus [14-16].

Die Gründe für die Nutzung von CIM Verfahren können sehr vielfältig sein. Ein Modell zur Beschreibung der Gründe für die Inanspruchnahme nutzt sogenannte Push- und Pull-Faktoren [17]. Pull-Faktoren beschreiben dabei positive und befürwortende Aspekte von CIM, wodurch die Patienten zur CIM hingezogen werden. Push-Faktoren stehen für negative Aspekte bzw. Erfahrungen von Patienten in Bezug auf die konventionelle Therapie, wodurch sie als Reaktion oder Konsequenz zu CIM Verfahren „gestoßen“ werden. Diese Faktoren werden von Wanchai et al. im Kontext der Inanspruchnahme von CIM durch onkologische Patienten beschrieben; aufgrund des allgemeingültigen Charakters ist eine Übertragung auf Patienten mit Erkrankungen anderer Entitäten anzunehmen. Ein Auszug der in der Literatur beschriebene Pull- und Push-Faktoren ist exemplarisch in Tabelle 1 und Tabelle 2 angeführt [9, 14, 18].

Tabelle 1: Pull- Faktoren für die Inanspruchnahme von CIM

Pull-Faktoren	Unterstützung und Erwartung von Heilung
	Unterstützung der Selbstheilungskräfte
	Unterstützung des Immunsystems
	Steigerung des Gefühls von Kontrolle und Selbstwirksamkeit
	Erwartung, dass auch seelische Ursachen in die Therapie einbezogen werden
	Erwartung, dass sich der behandelnde Arzt mehr Zeit nimmt

Tabelle 2: Push-Faktoren für die Inanspruchnahme von CIM

Push-Faktoren	Nebenwirkungen der konventionellen Therapie
	Unzufriedenheit mit der konventionellen Therapie
	Physisches und psychisches Unwohlsein

1.3 Leistungserbringer im Bereich der CIM in Deutschland

In Deutschland gibt es verschiedene Berufsgruppen, die komplementärmedizinische Therapien anbieten. Dazu gehören Ärzte und Zahnärzte, Pflegefachkräfte, Medizinische Fachangestellte, Heilpraktiker, Physiotherapeuten, Hebammen, Ernährungsberater und viele mehr. Dadurch ergibt sich eine sehr heterogene, interprofessionelle Gruppe von Anbietern, mit dem Problem einer fehlenden zentralen Qualitätskontrolle der spezifischen Aus-/Fort- und Weiterbildungen und letztlich der angebotenen komplementärmedizinischen Versorgung. Erschwert wird dies zusätzlich durch die im Allgemeinen begrenzte Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Dies führt in weiterer Folge zu einer fehlenden Transparenz für den Patienten [19, 20].

1.3.1 Anwendung von CIM durch Ärzte

Für Ärzte gibt es strukturierte Qualifikationen im Bereich der CIM, welche in Form von Zusatzweiterbildungen von den Landesärztekammern vergeben werden. Folgende Zusatzweiterbildungen (Zusatzbezeichnungen) aus dem Bereich der CIM können derzeit in Deutschland nach abgeschlossener Facharztweiterbildung erworben werden: Akupunktur, Homöopathie, Manuelle Medizin/Chirotherapie, Naturheilverfahren, Physikalische Therapie und Balneologie sowie Balneologie und Medizinische Klimatologie [21]. Laut einer Auswertung aus dem Bundesarztregister der Bundesärztekammer (BÄK) in Berlin gab es in Deutschland im Jahr 2015 knapp 400.000 klinisch tätige Ärzte, die insgesamt ca. 70.000 CIM Zusatzweiterbildungen erlangt haben. [22]. Da ein Facharzt (FA) mehrere CIM Zusatzweiterbildungen innehaben kann, lässt sich der Prozentsatz der tätigen Ärzte (ambulant und stationär), die im Besitz von CIM Zusatzweiterbildungen sind, lediglich schätzen: er liegt demnach in etwa zwischen 5%-15%.

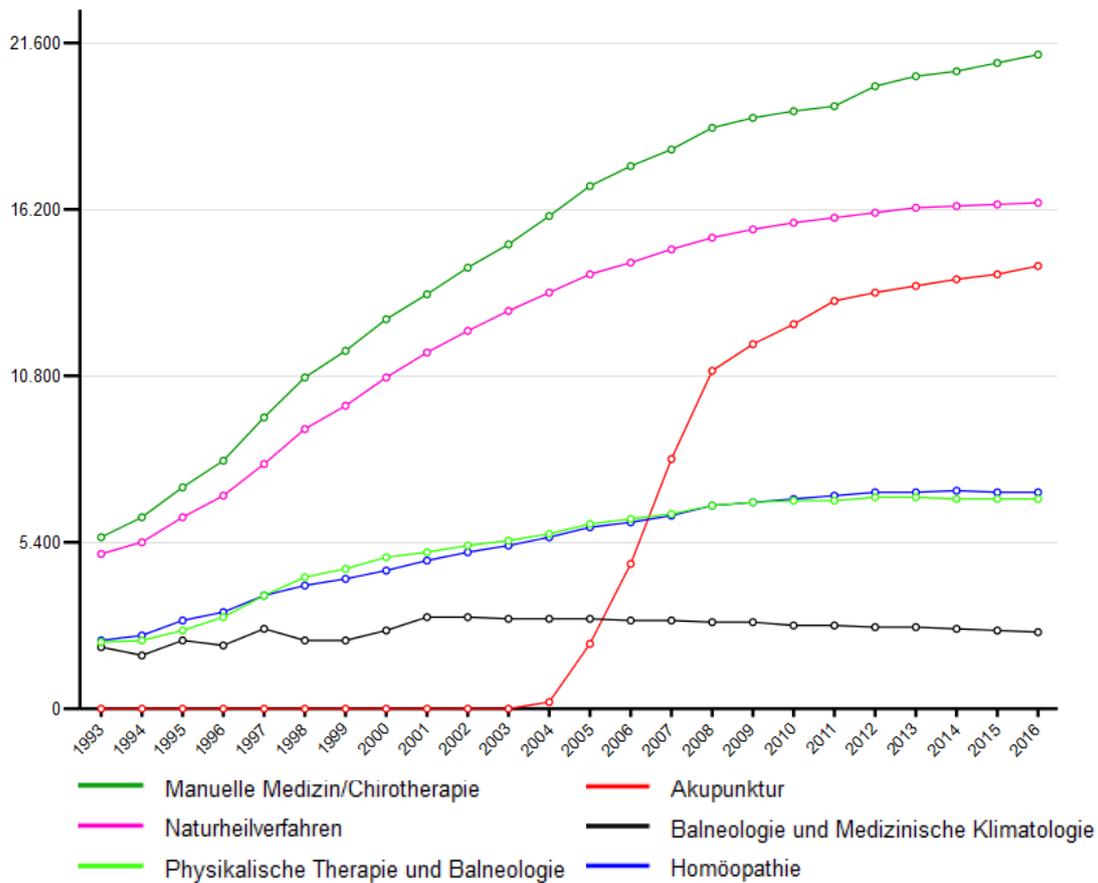


Abbildung 3: Bei den Ärztekammern registrierte Ärzte (alle Facharztbezeichnungen) mit komplementärmedizinischen Zusatzweiterbildungen (Zusatzbezeichnungen) in Deutschland im Jahr 2015 [23]

1.3.1.1 Anwendung von CIM in der Allgemeinmedizin

In der Allgemeinmedizin (AM) ist der Anteil der Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internisten, praktische Ärzte), die eine CIM Zusatzweiterbildung innehaben, im Vergleich zu anderen Fachärzten wesentlich höher und kann auf ca. 15%-25% geschätzt werden (ca. 19.000 CIM Zusatzweiterbildungen bei ca. 60.000 Hausärzten; Stand 31.12.2015) [22, 23]. Nach den Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat sich die Anzahl der CIM Zusatzweiterbildungen bei Hausärzten im Zeitraum 2005 (insgesamt etwa 10.000) bis 2015 (insgesamt etwa 19.000) fast verdoppelt [22, 23].

Der Anteil an Hausärzten, der CIM Verfahren anwendet, ist vermutlich wesentlich höher. Im Rahmen einer bundesweiten Umfrage von Joos et al. bei Hausärzten

(Rücklauf: n=1.471) gaben ca. 60% der teilnehmenden Hausärzte an, in ihrem Versorgungsalltag CIM anzuwenden. Dabei ist die Anwendungshäufigkeit bei Hausärzten in Deutschland wesentlich höher als im internationalen Vergleich (Vereinigtes Königreich: 21%, Kanada: 16%, Australien: 38%, Neuseeland: 30%, Israel: 13%). Abbildung 4 zeigt, welche CIM Verfahren am häufigsten von den befragten Hausärzten angegeben wurden. Mit Ausnahme der Neuraltherapie sind die fünf am häufigsten eingesetzten Verfahren (s. Abbildung 1) auch durch entsprechende Zusatzweiterbildungen der Ärztekammern abgedeckt [24].

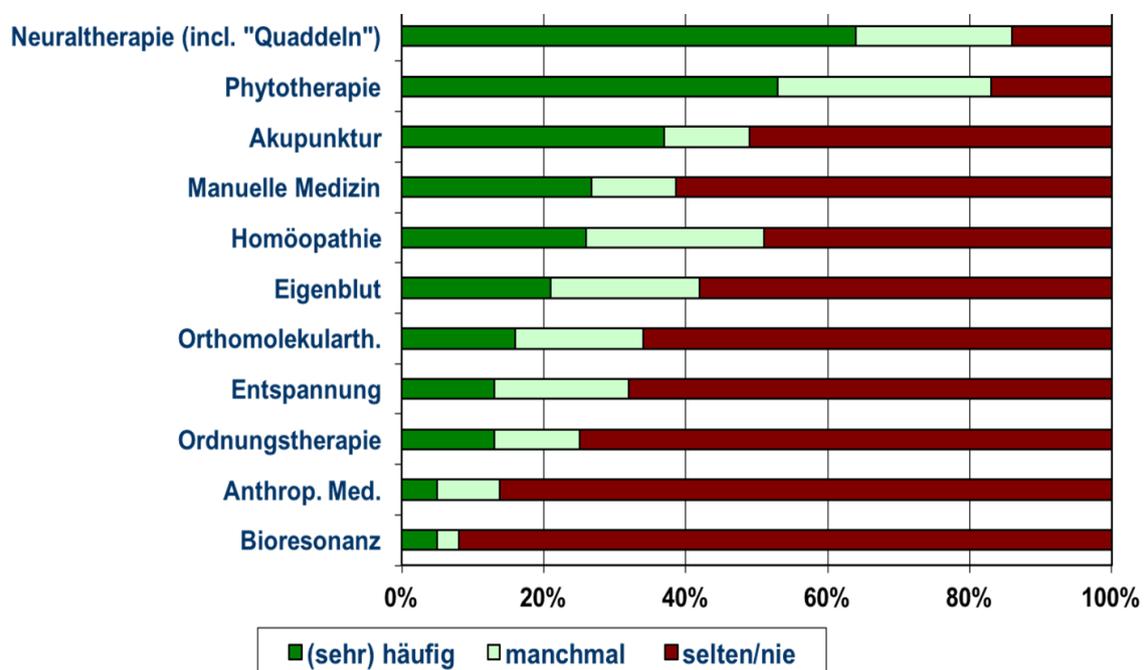


Abbildung 4: Häufigkeit der Anwendung von CIM Verfahren in der hausärztlichen Praxis, Angaben in Prozent. Modifiziert nach [24]

In einer weiteren Publikation der Arbeitsgruppe um Joos et al. wurden die häufigsten Indikationen für den Einsatz von CIM Verfahren im hausärztlichen Alltag erfragt. Bei maximal drei Freitextnennungen wurden Schmerzen (insbes. Rückenschmerzen), grippale Infekte und psychische Beschwerden als häufigste Indikationen genannt [25].

1.3.2 Anwendung von CIM durch nicht-ärztliche Berufsgruppen

Weitere Berufsgruppen, die Verfahren aus der CIM anwenden, sind u.a. Heilpraktiker, Physiotherapeuten, Gesundheits- und Krankenpfleger und Hebammen. Seit dem Jahr 1939 ist der Heilpraktiker eine gesetzlich registrierte Berufsbezeichnung mit staatlicher

Anerkennung, welche im Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung, sog. Heilpraktikergesetz, verankert ist. Die Voraussetzungen zur Ausübung des Heilpraktikerberufs sind die erfolgreiche Absolvierung einer Prüfung bei den örtlichen Gesundheitsämtern, ein Mindestalter von 25 Jahren, ein Hauptschulabschluss, ein Amtliches Führungszeugnis ohne Vorstrafeneintrag, eine Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis sowie ein Gesundheitszeugnis vom Arzt (gesundheitliche, geistige und sittliche Eignung). Eine staatlich vorgeschriebene Ausbildung sowie eine einheitliche Berufsordnung ist im Heilpraktikergesetz nicht geregelt [26].

In den letzten Jahren gab und gibt es eine zunehmende kritische Diskussion zum Beruf des Heilpraktikers [27]. Einer der Hauptkritikpunkte ist die mangelnde Qualitätssicherung in Hinblick auf Ausbildung, Qualifikation und Leistungserbringung von Heilpraktikern, da diese Punkte im Heilpraktikergesetz nicht geregelt werden. Eine Reformierung des Heilpraktikerwesens wurde zuletzt auch in der 91. Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2018 diskutiert [28]. In einer Pressemitteilung sieht die Gesundheitsministerkonferenz *„eine zwingende Reformbedürftigkeit und bittet das Bundesgesundheitsministerium eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einzurichten, die eine grundlegende Reform prüfen und erarbeiten soll“* [29].

Laut Daten des statistischen Bundesamtes waren in Deutschland im Jahr 2015 etwa 47.000 Heilpraktiker tätig [30]. Im Vergleich dazu waren im selben Jahr bundesweit knapp 60.000 Hausärzte laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung registriert [22]. Laut einer repräsentativen Befragung des Bund Deutscher Heilpraktiker e.V. (BDH) wird der Gesamtumsatz von Heilpraktikern in Deutschland jährlich auf rund eine Milliarde Euro geschätzt. Davon werden 532 Millionen Euro (ca. 53%) von den Patienten als Selbstzahlerleistungen, 329 Millionen Euro (ca. 33%) der Kosten hingegen durch Private Krankenversicherungen und Zusatzversicherungen, sowie 140 Millionen Euro (ca. 14%) durch die Beihilfe getragen [31]. Diese Zahlen zeigen den großen Stellenwert der Heilpraktiker im Hinblick auf Anwendung, Verbreitung und Versorgungsangebot im Bereich der CIM in Deutschland. Aus dieser hohen Patientennachfrage auf dem Gebiet der CIM lässt sich ein ungedeckter Bedarf ableiten, der insbesondere bei onkologischen Patienten mit „unmet needs“ in der Literatur beschrieben wird [32]. Da

Heilpraktiker, in Analogie zu Hausärzten in den ärztlichen Berufsgruppen, oft erste Ansprechpartner bei allfälligen Gesundheitsfragen sind und in regelmäßigen Kontakt mit ihren Patienten treten, sind diese zwei Berufsgruppen prädisponiert dafür, um Patienten bei Fragen zum Bereich der CIM zu beraten und zu unterstützen [33].

1.4 CIM in der medizinischen Ausbildung

In der deutschen Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) wurden in der Fassung vom Juni 2002 erstmals CIM Inhalte im Querschnittsbereich 12 („Rehabilitation, physikalische Medizin, Naturheilverfahren“) (QB12) curricular verankert. In der ÄAppO heißt es, dass die Lehre „...*themenbezogen, am Gegenstand ausgerichtet und fächerverbindend*“ erfolgen soll. Verbindliche Vorgaben für die Inhalte der Querschnittsbereiche werden in der ÄAppO nicht genannt, denn „*das Nähere über die Vermittlung der Querschnittsbereiche soll in den jeweiligen Studienordnungen der Universitäten festgelegt werden*“. Des Weiteren werden für die Zulassung zum zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung insgesamt 76 Wahlfächer, soweit von der Universität angeboten, gelistet (Anlage 3 zu § 2 Abs. 8). Darunter kommen von Allergologie bis Viszeralchirurgie auch gleichrangig folgende komplementärmedizinische Verfahren als Wahlfächer in Betracht: *Balneologie und Medizinische Klimatologie, Chirotherapie, Homöopathie, Naturheilverfahren und Physikalische Therapie* [34, 35].

Das Angebot an komplementärmedizinischen Inhalten in der curricularen Lehre ist an den medizinischen Fakultäten in Deutschland derzeit sehr heterogen. Dabei fallen der Zeitumfang, die Verantwortlichkeiten, die Fachgebiete der Dozenten sowie die Gewichtung der Teilgebiete im QB12 je nach Standort sehr unterschiedlich aus [36-38]. In der geplanten Novellierung der ÄAppO durch den Masterplan 2020 wird eine Neustrukturierung des Medizinstudiums mit dem Ziel angestrebt, eine kompetenzorientierte Ausbildung in den Vordergrund zu rücken [39]. Dabei wurde vom Medizinischen Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland der „Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM)“ ausgearbeitet. Im NKLM werden mehrere Kompetenzen aus dem Bereich CIM definiert, vorwiegend im Kapitel 16 („Therapeutische Prinzipien“) sowie in den zwei Unterkapiteln 16.9 und 16.10. Das übergeordnete Lernziel für das Kapitel 16.9 wird folgendermaßen beschrieben: „*Die*

Absolventin und der Absolvent beschreiben und erklären die therapeutischen Prinzipien der physikalischen Medizin, Naturheilverfahren, komplementär- und alternativmedizinischer Verfahren, bewerten diese kritisch und verordnen sie gegebenenfalls adäquat“ [40]. Damit wurden erstmalig konkrete Kompetenzen im Bereich der CIM, die Absolventen besitzen sollten, beschrieben. Neben den inhaltlichen Kompetenzen und dem Wissenserwerb im Bereich CIM scheint eine kritische Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex CIM eine wesentliche Schlüsselrolle für die Akzeptanz von Komplementärmedizin (und integrativer Medizin) bei Medizinstudierenden zu spielen [41]. Dies wurde in einer eigenen Publikation anhand der Auswertung von studentischen Evaluationen zum QB12 herausgearbeitet. Dieser Grundsatz wird ebenso im Kapitel 16.9.1.12 des NKLM festgehalten: *„Die Absolventin und der Absolvent [...] können die Konzepte und Methoden der klassischen Naturheilverfahren beschreiben und deren Wirksamkeit und Risiken diskutieren“* [40].

1.5 CIM in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin

1.5.1 Internationale Situation

Seit knapp zwei Dekaden gibt es im angelsächsischen Raum bereits ausgearbeitete kompetenzbasierte Curricula zur CIM für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin (FA AM). Klingler et al. publizierten im Jahr 2000 erstmalig eine Liste an 18 Kompetenzen im Bereich von Komplementärer und Alternativer Medizin, welche den drei Bereichen Haltungen, Wissen und Fertigkeiten (engl. Attitudes, Skills, Knowledge; ASK) zugeordnet wurden [42]. Im Jahr 2013 wurde von der Society of Teachers of Family Medicine (STFM) in der Publikation von Locke et al. diese Liste an Kompetenzen revidiert. Dabei wurde die übergeordnete Zuteilung zu den o.g. Bereichen aufgehoben und insgesamt 19 Kompetenzen beschrieben. Diese wurden den Bereichen Patientenversorgung, Medizinisches Wissen, zwischenmenschliche und kommunikative Fähigkeiten, praxisorientiertes Lernen und Weiterentwicklung, Professionalität und Systembasierte Versorgung zugeordnet. Ergänzend dazu wurde eine Liste an neun Fertigkeiten beschrieben, welche diese 19 Kompetenzen unterstützen sollen [43]. Die Implementierung dieses kompetenzbasierten Curriculums oblag den einzelnen Universitäten in den verschiedenen amerikanischen Bundesstaaten und wurde von

Gardiner et al 2013 exemplarisch evaluiert. Dazu wurde eine Onlinebefragung durch das Council of Academic Family Medicine durchgeführt, um das Wissen und die Einstellung von Weiterbildungsbefugten zu CIM Kompetenzen sowie zur Aufnahme von CIM in die dortige Weiterbildungsordnung eruiert. Die Ergebnisse zeigen dass die Mehrheit der Weiterbildungsbefugten CIM Kompetenzen kennt und diese als wichtigen Bestandteil des Curriculums für ÄiW einschätzen. Dabei wurden auch verschiedene Barrieren beschrieben (z.B. Zeitmangel, fehlende Qualifikation von Weiterbildungsbefugten, fehlender Zugang zu CIM Experten etc.), welche der Implementierung im Weg standen [44]. Eine Weiterentwicklung des CIM Curriculums wurde u.a. von Lebensloh et al. beschrieben: ÄiW konnten Teile des Curriculums mittels Onlinetraining absolvieren. Die Evaluation dieses Trainings schloss mit positiver Bewertung in Hinblick auf Machbarkeit des Onlinetrainings, Lernzielerreichung, klinischen Nutzen und technische Umsetzung durch die ÄiW ab [45].

In Australien wurde der Bereich der CIM erstmalig im Jahr 2007 vom Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) in das Curriculum for Australian General Practice für die allgemeinmedizinische Weiterbildung aufgenommen. Im Jahr 2016 veröffentlichte das RACGP dort ein eigenständiges Kapitel zur Integrativen Medizin [46]. Darin werden allgemeinmedizinische Kernkompetenzen im Bereich der CIM beschrieben, welche sich primär am jeweiligen Ausbildungsstand orientieren, über die gesamte medizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung ausgelegt sind sowie konsekutiv darauf aufbauen. Damit konnte in Australien die CIM erfolgreich in der gesamten medizinischen Bildung implementiert werden [47].

1.5.2 Situation in Deutschland

In Deutschland ist die Weiterbildung zum FA AM eine strukturierte und geregelte fünfjährige ärztliche Qualifizierung mit abschließender Prüfung. Die Weiterbildungsinhalte für den FA AM werden gemäß Weiterbildungsordnung (WBO) von der BÄK vorgegeben und von den jeweiligen Landesärztekammern umgesetzt [21]. In Baden-Württemberg sieht die WBO drei Jahre in der unmittelbaren Patientenversorgung (davon mindestens 18 Monate stationäre Innere Medizin) sowie 24

Monate in der ambulanten allgemeinmedizinischen Versorgung vor. Dabei muss ein Logbuch mit vorgegebenen Kriterien und Fallzahlen erfüllt werden. Im Rahmen der Aktualisierung der WBO hat der Deutsche Ärztetag im Mai 2017 eine kompetenzorientierte Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) beschlossen, welche Ende 2018 verabschiedet wurde [48]. Diese sieht neben einer Änderung der vorgegebenen (Mindest-)Weiterbildungszeiten (z.B. 12 Monate in der stationären Akutversorgung in der Inneren Medizin) eine drastische Reduzierung der Richtzahlen und eine Begrenzung auf Einzelkompetenzen vor [48, 49]. Gleichzeitig hat die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) ein in zweiter Auflage vorliegendes Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin ausgearbeitet, welches die Inhalte der Weiterbildung zum FA AM in Form von Kompetenzen definiert [50].

1.5.2.1 CIM Curriculum in Deutschland

Bisher waren in Deutschland CIM Verfahren, im Gegensatz zur bereits bestehenden curricularen Verankerung in der ÄAppO, in der WBO für den FA AM nicht abgedeckt. Im Kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin der DEGAM wurde erstmalig ein Punkt „komplementärmedizinische Verfahren“ im Kapitel III.3 (Therapie) aufgenommen [50]. Detailliertere Angaben zu CIM Verfahren oder entsprechende CIM Curricula sind weder in der MWBO der BÄK noch im Kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin der DEGAM enthalten. Somit fehlt bisher in Deutschland ein Curriculum für die Vermittlung von Kompetenzen auf dem Gebiet der CIM in der Weiterbildung zum FA AM. Um diese Lücke in Deutschland zu schließen, wird derzeit unter Beteiligung der Arbeitsgruppe Komplementärmedizin der DEGAM eine Liste an CIM Kompetenzen ausgearbeitet [51]. Ziel ist es, Kompetenzen aus dem Bereich CIM zu definieren, die durch alle ÄiW zum FA AM am Ende ihrer Weiterbildung beherrscht werden sollen. Der finale Kompetenzkatalog soll ergänzend zum Kompetenzbasierten Curriculum der DEGAM als eine Art roter Faden für die Weiterbildung im Bereich der CIM dienen bzw. in dieses integriert werden [50]. Potenzielle Adressaten eines solchen Curriculums sind ÄiW zum FA AM, Kompetenzzentren für die allgemeinmedizinische Weiterbildung sowie Weiterbildungsbefugte für AM. Es handelt sich dabei um Basiskompetenzen, die keinen Ersatz für die von den Ärztekammern vergebenen

komplementär- und integrativmedizinischen Zusatzweiterbildungen (Zusatzbezeichnungen) darstellen sollen. Vielmehr sind es grundlegende Kompetenzen, um Patienten hinsichtlich CIM Methoden in der täglichen Praxis anzusprechen und zu beraten.

Für die Zusammenstellung und Festlegung wurden ausgehend von internationaler Literatur Beispiele gesucht und entsprechende Kompetenzlisten ins Deutsche übersetzt. In einem mehrstufigen Delphi-Verfahren mit ÄiW, Weiterbildungsbefugten für AM und Mitgliedern von CIM Berufsverbänden werden derzeit Kompetenzen nach deren Relevanz bewertet und kommentiert. Die ausgearbeiteten Kompetenzen bilden Wissen, Fertigkeiten und Haltung (ASK) ab und decken folgende CIM Themenbereiche ab: Medizinisches Wissen, Patientenversorgung und Kommunikation, Praxisbasiertes Lernen und Weiterbildung, Professionalität und Kompetenzen im Hinblick auf das deutsche Gesundheitssystem [52].

1.6 Zielsetzung der Arbeit

In der Allgemeinmedizin spielt CIM eine wichtige Rolle und eine Vielzahl von Allgemeinmedizinern hält eine komplementär- und integrativmedizinische Zusatzbezeichnung inne. Zudem ist aus Studien bekannt, dass CIM Verfahren auch von vielen Allgemeinärzten ohne eine entsprechende Zusatzqualifikation angewendet werden. Im Gegensatz zu anderen Ländern sind jedoch in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Deutschland Inhalte aus dem Bereich CIM bisher nicht abgedeckt. Inwiefern Ärzte während ihrer allgemeinmedizinischen Weiterbildungszeit mit CIM Methoden konfrontiert werden und/oder diese erlernen, ist bislang weitestgehend unklar. In der aktuellen Literatur gibt es für den deutschsprachigen Raum keine Angaben dazu, ob und welcher Weiterbildungsbedarf im Bereich CIM bei den ÄiW zum FA AM herrscht. Ebenso fehlen Befragungen, die Einblick in die Einstellungen und Haltungen der ÄiW zum FA AM in Bezug auf CIM geben. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit soll diese Lücke schließen und Erkenntnisse über den potentiellen Weiterbildungsbedarf unter ÄiW zum FA AM im Bereich CIM liefern.

Folgende Forschungsfragen liegen der vorliegenden Arbeit zugrunde:

- Wie sind die Haltungen und Einstellungen von ÄiW zum FA AM gegenüber CIM?
- Wenden ÄiW zum FA AM Verfahren aus dem Bereich CIM während der Weiterbildung bei Patienten an?
- Wie ist die eigene Inanspruchnahme bzw. Selbstanwendung von CIM Verfahren bei ÄiW zum FA AM?
- Wie ist der Weiterbildungsbedarf zum Bereich CIM bei ÄiW zum FA AM?
- Gibt es Unterschiede bei ÄiW zum FA AM in Abhängigkeit vom Weiterbildungsjahr?

2 Material und Methoden

2.1 Querschnittsbefragung online- und papierbasiert

Um der Fragestellung dieser Arbeit (s. Kapitel 1.6 Zielsetzung der Arbeit) gerecht zu werden, nämlich Weiterbildungsbedarf, Anwendung und Inanspruchnahme von CIM sowie die Haltung von ÄiW zum FA AM im Bereich der CIM zu erheben, wurde ein quantitativer Ansatz in Form einer Befragung gewählt.

2.2 Fragebogen

Der Fragebogen (s. Kapitel Anhang – Fragebogen) wurde auf Basis nationaler und internationaler Literatur erarbeitet. Außerdem sind die didaktischen Erfahrungen aus Aus- und Weiterbildungsseminaren des beteiligten Studienteams mit eingeflossen. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 33 Fragen (inkl. fünf Filterfragen) zu fünf Dimensionen:

- (A) Einstellung zur CIM
- (B) Anwendung der CIM
- (C) Wissen in der CIM
- (D) Weiterbildung in der CIM
- (E) Anmerkungen zur CIM und Soziodemografie

Der gewählte Fokus der Arbeit, nämlich Anwendung, Wissen und Weiterbildungsbedarf zu erfassen, ist auch an der Anzahl der entsprechenden Items ersichtlich und wird mittels 25 von insgesamt 33 Fragen abgefragt. Die weiteren Dimensionen Einstellungen zur CIM und Anmerkungen zur CIM werden mittels vier Fragen erfasst, die Soziodemografie ebenso mittels vier Fragen. Die Abbildung von 15 Fragen erfolgt auf einer ordinalskalierten sechsstufigen Likert-Skala (0 = trifft gar nicht zu bzw. nie; 5 = trifft voll und ganz zu bzw. sehr oft); fünf Fragen werden auf einer Nominalskala mittels dichotomer Variablen (ja oder nein) beantwortet. Neun weitere Fragen beinhalten ein Freitextfeld. Diese umfassen vorwiegend Fragen zur Anwendung von CIM und zu Kompetenzen bezüglich unterschiedlicher CIM Verfahren. Die soziodemografischen Daten werden durch vier zusätzliche Fragen zu Geschlecht, Alter, Weiterbildungsabschnitt und Weiterbildungsjahr erfasst [53].

Nach der Entwicklung des Fragebogens erfolgte zunächst einen Pretest bei fünf ÄiW zum FA AM, welche sich in unterschiedlichen Weiterbildungsabschnitten befanden. Dabei wurde die Think-Aloud-Methode verwendet, um die subjektiven Eindrücke der Teilnehmer bezüglich Formulierung, Verständlichkeit und Ziele der Fragen zu erfassen [54]. Nach dem Pretest wurde der Fragebogen nochmals angepasst. In einem weiteren, finalen Schritt wurde anhand von zwei Teilnehmern, welche den Fragebogen zuvor nicht gekannt hatten, die Zeit für die Beantwortung des Fragebogens erfasst und auf insgesamt 20 Minuten geschätzt.

2.3 Studienpopulation

Bei der Auswahl der Studienpopulation konnte auf den E-Mail-Verteiler der ÄiW der Verbundweiterbildung^{plus} (VW) in Baden-Württemberg zurückgegriffen werden. Zum Zeitpunkt der Befragung war Baden-Württemberg eines der wenigen Bundesländer mit einem zentral koordinierten Kompetenzzentrum für die Weiterbildung zum FA AM. Dadurch war es möglich, eine große Kohorte an ÄiW direkt anzusprechen.

Die Weiterbildung zum FA AM ist in Baden-Württemberg durch die VW organisiert. Die VW ist ein begleitendes Weiterbildungsprogramm, welches zum Ziel hat, eine strukturierte, kontinuierliche und qualitativ hochwertige Weiterbildung für angehende FÄ AM anzubieten [55]. Pro Jahr hat jeder ÄiW zum FA AM die Möglichkeit, an sechs Seminartagen teilzunehmen, welche ein breites Spektrum an Themengebieten (medizinisches Wissen, praktische Fertigkeiten, Praxismanagement etc.) anbieten. Zudem werden im Rahmen der VW ein strukturiertes und bedarfsadaptiertes Mentoring-Programm für die ÄiW zum FA AM sowie Train-the-trainer Seminare für die Weiterbildungsbefugten angeboten [55, 56].

Als Seminare werden sogenannte Einzel- und Doppelseminartage angeboten, die entsprechend einen bzw. zwei Tage dauern. Die Voraussetzung für die Teilnahme am Programm ist die initiale Teilnahme an einem Doppelseminartag, bei dem die organisatorischen Rahmenbedingungen der VW erläutert werden. An diesen Doppelseminartagen sind somit bis zu 30 Prozent aller Teilnehmer ÄiW zum FA AM, die sich neu in die VW eingeschrieben haben. Das Seminarprogramm der VW ist an das

Kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin für den FA AM der DEGAM angelehnt [50]. Im Rahmen des im Juli 2015 verabschiedeten Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) wurde eine Finanzierung für eine flächendeckende Einrichtung von Kompetenzzentren für die Weiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland beschlossen [49, 57]. Dies führte dazu, dass im Jahr 2017 die bisher bestehende VW in das Kompetenzzentrum Weiterbildung Baden-Württemberg (KWBW) überführt wurde. Im Jahr 2018 waren insgesamt 307 Teilnehmer in das KWBW eingeschrieben, davon ca. 288 Personen, welche mindestens an 16 Unterrichtseinheiten (=2 Seminartagen) pro Jahr teilgenommen haben [58].

Die Inhalte der Seminare im KWBW decken unter anderem auch Bereiche aus der CIM ab. Seit Entstehung der VW und des KWBW wurden folgende Themen aus dem Bereich CIM angeboten: TCM, Akupunktur, Klassische NHV, Homöopathie, Manuelle Medizin und CIM in Onkologie [59]. Eine Liste an Kompetenzen aus dem Bereich CIM wurde bisher nur vereinzelt für die einzelnen Seminare definiert, aber nicht übergreifend für den gesamten Bereich CIM in der VW bzw. dem KWBW festgelegt.

2.4 Datenerfassung

Für die Befragung wurden zwei unterschiedliche Zugangswege, online- und papierbasiert, genutzt. Dies hatte zum Ziel, möglichst viele ÄiW zum FA AM in allen Weiterbildungsjahren und Weiterbildungsabschnitten zu erfassen.

Bei der onlinebasierten Befragung wurden im November 2015 alle in der VW eingeschriebenen ÄiW zum FA AM per E-Mail eingeladen, an der Befragung teilzunehmen. Diese Vollbefragung umfasste sowohl aktive als auch inaktive Teilnehmer der VW. Die Onlinebefragung wurde mittels der browserbasierten Anwendung SurveyMonkey® durchgeführt. Nach Einladung zur Teilnahme an der Befragung erfolgte sechs Wochen später eine Erinnerung per E-Mail, welche im Dezember 2015 versendet wurde. Die Onlineumfrage hatte insgesamt eine Laufzeit von 12 Wochen und war bis Januar 2016 für die Teilnehmer der VW zugänglich.

Zusätzlich zur onlinebasierten Befragung erfolgte eine papierbasierte Befragung, welche je an zwei Doppelseminartagen der VW im November 2015 und im Januar 2016 durchgeführt wurde. Dabei wurde vor der Durchführung der Befragung von den Dozenten abgefragt, welche Teilnehmer bereits im Vorfeld an der Onlinebefragung teilgenommen hatten. Diese Personen wurden von der papierbasierten Umfrage ausgeschlossen. Die Teilnahme an der Umfrage (sowohl online- als auch papierbasiert) erfolgte freiwillig und die Daten wurden anonym erhoben. Ein Rückschluss auf die Person war zu keinem Zeitpunkt möglich.

2.5 Statistische Analyse

2.5.1 Quantitative Datenanalyse

Die statistische Datenanalyse erfolgte rein explorativ mittels SPSS (Version 24.0) (SPSS Inc., IBM USA). Die deskriptive Analyse der ordinalskalierten Daten umfasste Median, Mittelwert, Standardabweichung und Interquartilsabstand. Die Analyse der nominalen Daten umfasste absolute Häufigkeiten und Prozentangaben. Für die soziodemografischen Daten Alter und Weiterbildungsjahr wurden jeweils Mittelwert und Standardabweichung angegeben.

2.5.1.1 Datenbereinigung und -aufbereitung

Bei der Beantwortung des Fragebogens wurden maximal drei fehlende Fragen (Missings) akzeptiert. Missings bei den Fragen zu soziodemografischen Angaben sowie bei den Fragen, welche ein Freitextfeld beinhalten, wurden dabei nicht berücksichtigt. Fragebögen, die mehr als drei unbeantwortete Fragen bzw. Missings beinhalteten, wurden komplett von der statistischen Analyse ausgeschlossen. Aus diesem Grund wurde bei den Ergebnissen auf die Angabe von gültigen Prozenten verzichtet.

2.5.2 Auswertung Freitextantworten

Fragen mit Freitextfeldern zu CIM Verfahren wurden nach Häufigkeit sortiert und in Kategorien zusammengefasst. Dieses methodische Vorgehen war aufgrund der breiten Streuung an unterschiedlichen Nennungen und Nomenklaturen von gleichen CIM Verfahren notwendig. Die in den Freitexten genannten CIM Verfahren wurden in Anlehnung an Bekanntheit und Häufigkeit der Anwendung im deutschsprachigen Raum

in folgende Kategorien gruppiert: Akupunktur/Traditionelle Chinesische Medizin, Anthroposophische Medizin, Ayurveda, Homöopathie, Klassische Naturheilverfahren, Manuelle Medizin/Osteopathie/Chirotherapie, Neuraltherapie, Phytotherapie. Alle genannten CIM Verfahren, die sich in diese Kategorien nicht einordnen ließen, wurden unter der Kategorie „Sonstiges“ zusammengefasst. Die Freitextkategorien für die CIM Verfahren wurden mit absoluten Häufigkeiten und Prozenten angegeben.

Die Freitextfragen, welche keine CIM Verfahren abfragen, wurden in Anlehnung an das Vorgehen bei der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring mit einem qualitativen Ansatz analysiert [60, 61]. Dementsprechend wurden Freitextnennungen durch eine induktive Vorgehensweise in sechs Hauptkategorien gebündelt.

2.6 Ethik

Die Einladung zur Teilnahme an der Befragung wurde von der Administration der VW angesiedelt an der Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg, versendet. Aus diesem Grund wurde die Ethikkommission der Medizinischen Universität Heidelberg zur Notwendigkeit einer Beratung durch die Ethikkommission angefragt. Laut Mitteilung der Ethikkommission der Medizinischen Universität Heidelberg war für die Erhebung der anonymen Daten nach § 3 Abs. 6 Bundesdatenschutzgesetz/Landesdatenschutzgesetz Baden-Württemberg in diesem Fall kein Ethikvotum notwendig.

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung

3.1.1 Rücklauf und Gesamtzahl n

Im Zeitraum der Befragung waren insgesamt $n=490$ Teilnehmer in die VW eingeschrieben. Alle Teilnehmer erhielten die Einladung zur Teilnahme an der onlinebasierten Befragung per E-Mail. Es nahmen insgesamt $n=138$ Teilnehmer an der Befragung teil. Der Gesamtrücklauf betrug somit 28%. Insgesamt $n=94$ ÄiW nahmen an der onlinebasierten Befragung teil, die Rücklaufquote für die onlinebasierte Befragung beträgt somit 19%. Bei der papierbasierten Befragung wurden insgesamt $n=57$ Fragebögen ausgegeben, $n=44$ ÄiW nahmen an der Befragung teil. Somit beträgt der Rücklauf für die papierbasierte Befragung 77%.

Aufgrund von mehr als drei unbeantworteten Fragen (Missings) wurden insgesamt $n=5$ Teilnehmer der Onlinebefragung von der statistischen Analyse ausgeschlossen. Bei der papierbasierten Befragung konnten alle Fragebögen in die Auswertung inkludiert werden. Insgesamt wurden somit $n=133$ Fälle in die statistische Analyse eingeschlossen.

3.1.2 Soziodemografie

Die soziodemografischen Daten der teilnehmenden ÄiW sind in Tabelle 3 abgebildet. Das Alter der Teilnehmer reicht von 25 bis 59 Jahre und beträgt im Mittel 35 Jahre. Mehr als drei Viertel (78%; $n=103$) aller Teilnehmer sind weiblich, 22% ($n=30$) männlich. Die Teilnehmer befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung im Median im vierten Weiterbildungsjahr. Gut zwei Drittel (68%, $n=89$) der ÄiW absolvierten zum Zeitpunkt der Befragung ihren ambulanten Weiterbildungsabschnitt, 32% ($n=44$) den stationären.

Tabelle 3: Beschreibung der Studienpopulation, modifiziert nach [53]

Eigenschaften		Teilnehmer (n=133)*
Alter [Mittelwert (SD) in Jahren]		35,4 (6,7) min. 25, max. 59
Geschlecht [n (%)]	männlich	30 (22,3)
	weiblich	103 (77,7)
Weiterbildungsjahr [n (%)]	1	20 (15,4)
	2	15 (11,5)
	3	22 (16,9)
	4	41 (31,5)
	5	24 (18,5)
	> 5	8 (6,2)
Ambulanter Abschnitt [n (%)]		89 (67,7)
Stationärer Abschnitt [n (%)]		44 (32,3)

SD = Standardabweichung; *n schwankt aufgrund fehlender Angaben

3.2 Quantitative Ergebnisdarstellung

3.2.1 Auswertung des Fragebogens

Die Ergebnisse der Befragung werden im Folgenden dargestellt. Bei den Fragen zur Dimension (A) **Einstellung zur CIM** (s. Tabelle 4) zeigt sich im Allgemeinen ein hohes Interesse: Von 41% (n=55) der ÄiW wird die Frage zum Interesse an CIM mit „voll und ganz zutreffend“ beantwortet, weniger als 2% (n=2) der Teilnehmer geben an, sich nicht für CIM zu interessieren. Für mehr als 40% (n=54) der Befragten trifft es „voll und ganz zu“, dass die Integration von CIM in die hausärztliche Versorgung Vorteile für die Patienten bringt. Kein Teilnehmer widerspricht dieser Aussage. Ausreichende Evidenz als Voraussetzung für die Anwendung von CIM Verfahren

befürworten etwa zwei Drittel der ÄiW (64,7%, n=86). Für knapp 2% (n=2) der Teilnehmer trifft diese Aussage „ganz und gar nicht zu“.

Tabelle 4: Auswertung des Fragebogens, Dimension (A) Einstellung zur Komplementär- und Integrativen Medizin; modifiziert nach [53]

(A) Einstellung zur Komplementär- und Integrativen Medizin (CIM)					
Frage	n*	Mittelwert** (SD)	Perzentile	Trifft ganz und gar nicht zu / nie [%]	Trifft voll und ganz zu / sehr oft [%]
			50. (Median) / 25. / 75.		
Ich interessiere mich für das Thema CIM.	133	3,8 (1,30)	4 / 3 / 5	1,5	41,4
Die Integration von CIM in die hausärztliche Versorgung bringt für den Patienten Vorteile.	132	3,9 (1,13)	4 / 3 / 5	0	40,9
Ausreichende Evidenz ist für mich Voraussetzung für die Anwendung von CIM.	133	3,7 (1,20)	4 / 3 / 5	1,5	34,6

SD = Standardabweichung; *n schwankt aufgrund fehlender Angaben

**Mittelwert beruht auf einer Skalierung von 0-5 (0 = trifft gar nicht zu bzw. nie; 5 = trifft voll und ganz zu bzw. sehr oft)

In der Dimension **(B) Anwendung der CIM** (s. Tabelle 5) geben 10% (n=13) der ÄiW an, dass CIM in der täglichen Arbeit „sehr oft“ eine wichtige Rolle einnimmt. Für ein knappes Viertel (24%, n=32) der Befragten spielt CIM „nie“ eine Rolle. Etwa 5% (n=7) der Teilnehmer fragen „sehr oft“ bei Patienten nach, ob sie selbst CIM nutzen, wohingegen 14% (n=18) laut eigener Angabe „nie“ danach fragen. Knapp 8% (n=10) der Befragten geben an, „sehr oft“ von ihren Patienten bezüglich CIM um Rat gefragt zu werden, etwa ebenso viele (10%, n=13) geben an, „nie“ solche Anfragen zu erhalten.

Tabelle 5: Auswertung des Fragebogens, Dimension (B) Anwendung der Komplementär- und Integrativen Medizin (CIM); modifiziert nach [53]

(B) Anwendung der Komplementär- und Integrativen Medizin (CIM)					
Frage	n*	Mittelwert** (SD)	Perzentile	Trifft ganz und gar nicht zu / nie [%]	Trifft voll und ganz zu / sehr oft [%]
			50. (Median) / 25. / 75.		
CIM spielt in meiner täglichen Arbeit eine wichtige Rolle.	133	2,0 (1,69)	2 / 1 / 3.5	24,1	9,8
Ich frage bei meinen Patienten aktiv nach, ob sie selbst CIM nutzen.	133	2,0 (1,45)	2 / 1 / 3	13,5	5,3
Ich werde von meinen Patienten bezüglich CIM um Rat gefragt.	133	2,3 (1,47)	2 / 1 / 4	9,8	7,5
Frage	n	ja [%]	nein [%]		
Ich wende CIM in meinem ärztlichen Alltag an.	132	46	53		
Ich befinde mich bereits in der Phase der Zusatzweiterbildung für ein komplementärmedizinisches Verfahren.	132	22	77		
Ich strebe die Erlangung einer komplementärmedizinischen Zusatzweiterbildung an.	131	69	30		
Ich wende CIM an mir selbst an.	132	56	43		

SD = Standardabweichung; *n schwankt aufgrund fehlender Angaben

**Mittelwert beruht auf einer Skalierung von 0-5 (0 = trifft gar nicht zu bzw. nie; 5 = trifft voll und ganz zu bzw. sehr oft)

Im Hinblick auf die Anwendung von CIM im ärztlichen Alltag teilt sich die Gruppe: Insgesamt gibt knapp die Hälfte (46%, n=61) aller ÄiW an, CIM in ihrem ärztlichen Alltag anzuwenden, etwas mehr als die Hälfte (53%, n=71) hingegen verneint diese Aussage. Die dabei am häufigsten angewendeten CIM Verfahren sind in Abbildung 5

dargestellt (n=121, Mehrfachnennungen als Freitext möglich). Am häufigsten werden in absteigender Reihenfolge folgende Verfahren genannt: Phytotherapie (21%, n=25), Manuelle Medizin (17%, n=20), Akupunktur/Traditionelle Chinesische Medizin (16%, n=19), Homöopathie (16%, n=19), klassische Naturheilverfahren (14%, n=17), Sonstiges (9%, n=11) und Neuraltherapie (6%, n=7).

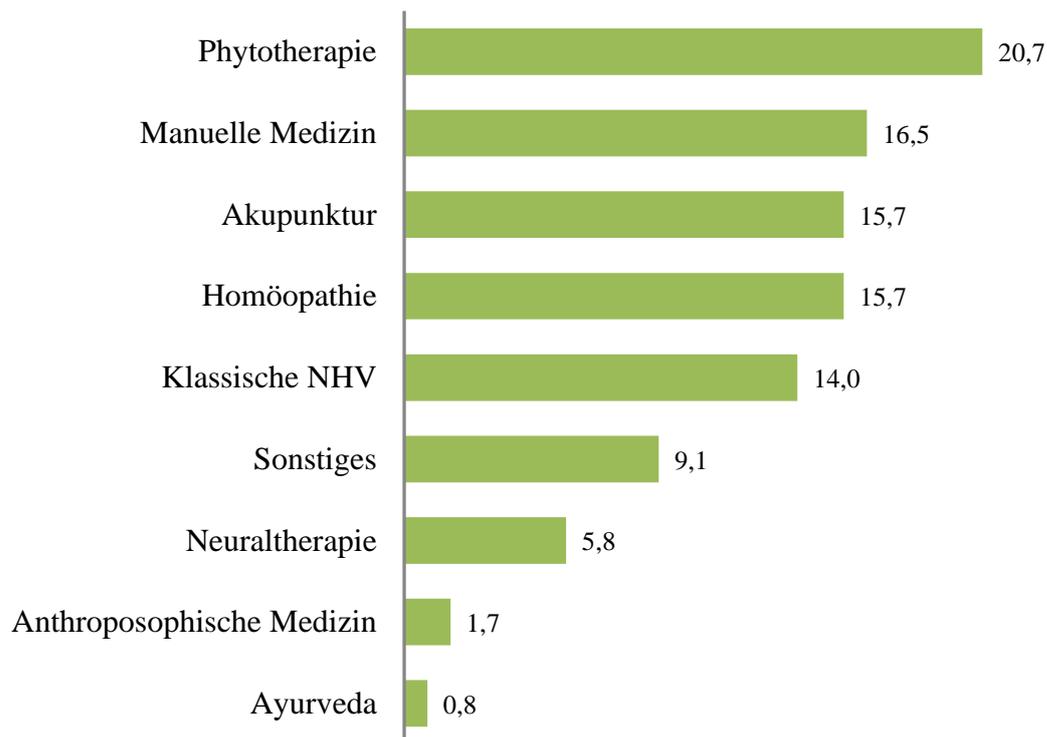


Abbildung 5: Prozentuale Häufigkeit der Nennung von CIM Verfahren, die im ärztlichen Alltag von ÄiW angewendet werden. Angaben in Prozent

Mehr als die Hälfte (56%, n=74) der Befragten gibt an, CIM Verfahren bei sich selbst anzuwenden (s. Abbildung 6). Bei den insgesamt n=130 Nennungen (Mehrfachnennungen als Freitext möglich) wird Homöopathie (21%, n=27) am häufigsten genannt, gefolgt von klassischen Naturheilverfahren (19%, n=24), Manueller Medizin (18%, n=23), Akupunktur/Traditionelle Chinesischer Medizin (15%, n=19), Phytotherapie (14%, n=18) und Sonstiges (12%, n=15).

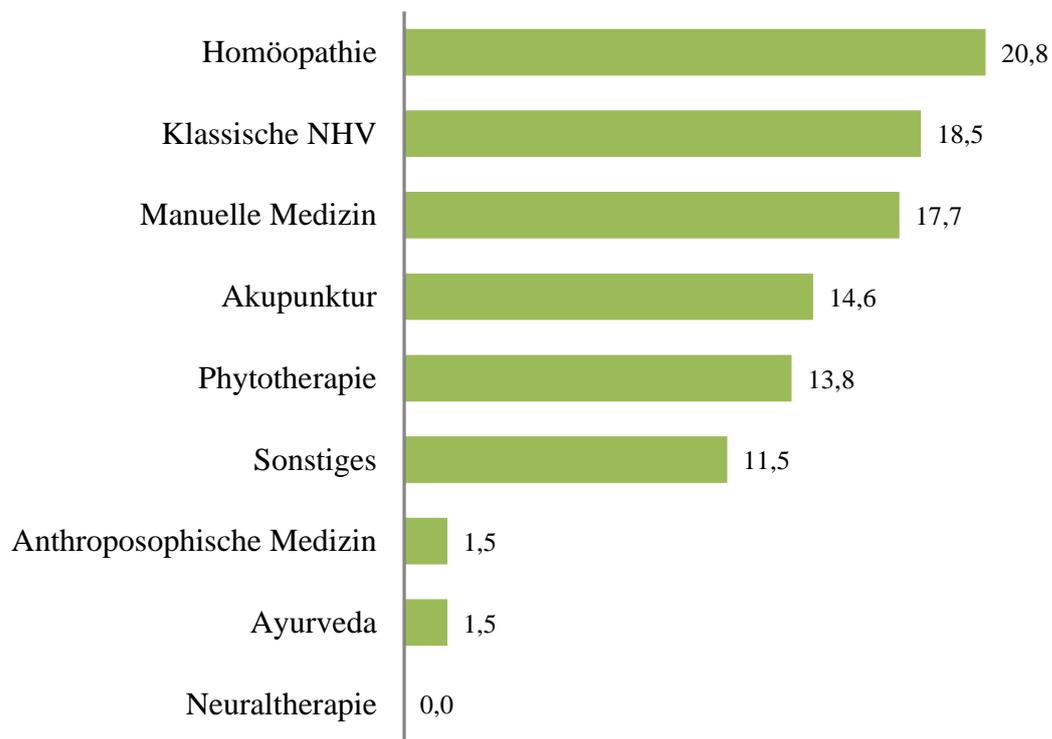


Abbildung 6: Prozentuale Häufigkeit der Nennung von CIM Verfahren, die ÄiW selbst anwenden

Zum Zeitpunkt der Befragung absolvierte bereits knapp ein Drittel der ÄiW (23%, n=30) eine Zusatzweiterbildung für eines der oben genannten komplementärmedizinischen Verfahren. Mehr als zwei Drittel (69%, n=91) der Befragten geben an, eine komplementärmedizinische Zusatzweiterbildung anzustreben (s. Abbildung 7). Auf die Frage, welche CIM Zusatzweiterbildungen derzeit absolviert werden, geben die ÄiW insgesamt n=37 Nennungen an (Mehrfachnennungen möglich): Akupunktur wird am häufigsten genannt (34%, n=12), gefolgt von Manueller Medizin (22%, n=8), klassischen Naturheilverfahren (16%, n=6) und Homöopathie (14%, n=5). Bei den angestrebten CIM Zusatzweiterbildungen werden folgende Verfahren am häufigsten in absteigender Reihenfolge genannt (n=141, Mehrfachnennungen möglich): klassische Naturheilverfahren (31%, n=44), Akupunktur (26%, n=37), Manuelle Medizin (26%, n=36) und Homöopathie (13%, n=18).

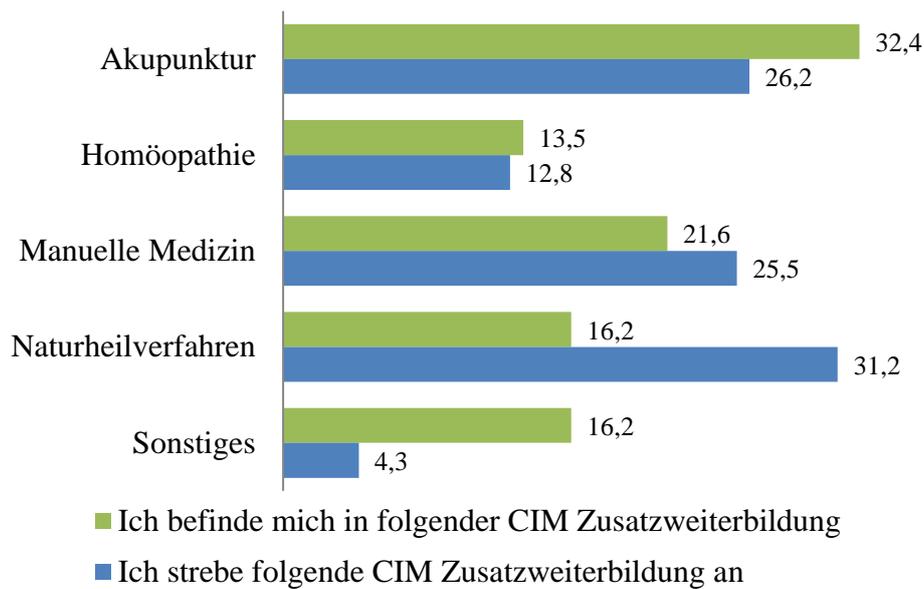


Abbildung 7: Prozentuale Häufigkeit der zum Zeitpunkt der Befragung von ÄiW absolvierten und angestrebten CIM Zusatzweiterbildungen

In der Dimension (C) **Wissen in der CIM** (s. Tabelle 6) zeigen sich in der Selbsteinschätzung der Teilnehmer deutliche Unsicherheiten; Weniger als 1% (n=1) der ÄiW hält ihr Wissen im Bereich der CIM für „voll und ganz ausreichend“, während mehr als ein Drittel der ÄiW (35%, n=46) angibt, dass das eigene Wissen im Bereich CIM „ganz und gar nicht“ ausreichend sei. Im Hinblick auf Anfragen von Patienten zum Thema CIM geben 2% (n=2) an, sich dabei „voll und ganz“ sicher zu fühlen, wohingegen 29% (n=38) angeben, sich „ganz und gar nicht“ sicher zu fühlen. Ihren Wissensstand zu Interaktionen, Nebenwirkungen und Komplikationen in der CIM beurteilen etwas mehr als 2% (n=3) der ÄiW als „voll und ganz sicher“, etwa ein Drittel (32%, n=42) der ÄiW hingegen fühlt sich dabei „ganz und gar nicht sicher“. Ein ähnlicher Trend wird auch bei der Frage zur Beurteilung der Evidenzlage zu CIM deutlich: nur ein Teilnehmer schätzt die eigenen Kenntnisse in diesem Bereich als sehr gut ein, etwas weniger als ein Drittel (27%, n=36) hingegen schätzt die eigenen Kenntnisse als „ganz und gar nicht gut“ ein. Knapp 5% (n=6) der Befragten fühlen sich „voll und ganz“ sicher bei der Beurteilung von Informationen in der „(Laien-) Presse zur CIM“; knapp ein Fünftel (19%, n=25) gibt jedoch an, sich dabei „ganz und gar nicht“ sicher zu fühlen. Bei der Frage zur Kostenübernahme zeigt sich ebenso eine ausgeprägte Unsicherheit: die Hälfte der Befragten (50%, n=67) Personen gibt an, sich in diesem Bereich „ganz und gar nicht“ sicher zu fühlen. Ähnliche Ergebnisse zeigen

sich auch bei der Frage zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen: Kein AiW gibt bei dieser Frage an, sich „voll und ganz sicher“ zu fühlen, hingegen fühlt sich in diesem Gebiet fast die Hälfte (46%, n=61) der Teilnehmer „ganz und gar nicht sicher“.

Tabelle 6: Auswertung des Fragebogens, Dimension (C) Wissen in der Komplementär- und Integrativen Medizin (CIM), modifiziert nach [53]

(C) Wissen in der Komplementär- und Integrativen Medizin (CIM)					
Frage	n*	Mittelwert** (SD)	Perzentile	Trifft ganz und gar nicht zu / nie	Trifft voll und ganz zu / sehr oft
			50. (Median) / 25. / 75.	[%]	[%]
Ich halte mein Wissen im Bereich der CIM für ausreichend.	133	1,2 (1,26)	1 / 0 / 2	34,6	0,8
Ich fühle mich sicher, wenn ich von Patienten zum Thema CIM gefragt werde.	133	1,4 (1,37)	1 / 0 / 2	28,6	1,5
In der Beurteilung möglicher Interaktionen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen in der CIM fühle ich mich sicher.	133	1,4 (1,41)	1 / 0 / 2	31,6	2,3
In der Beurteilung der Evidenzlage zur CIM fühle ich mich sicher.	133	1,4 (1,27)	1 / 0 / 2	27,1	0,8
In der Beurteilung von Informationen in der (Laien-) Presse zur CIM fühle ich mich sicher.	133	1,8 (1,46)	2 / 1 / 3	18,8	4,5
Ich fühle mich sicher in Fragen zur Kostenübernahme von CIM.	133	1,0 (1,31)	0 / 0 / 2	50,4	1,5
Ich fühle mich sicher in Fragen zu den gesetzlichen Regelungen der CIM.	133	0,9 (1,05)	1 / 0 / 2	45,9	0

SD = Standardabweichung; *n schwankt aufgrund fehlender Angaben
 **Mittelwert beruht auf einer Skalierung von 0-5 (0 = trifft gar nicht zu bzw. nie; 5 = trifft voll und ganz zu bzw. sehr oft)

Im Bereich **(D) Weiterbildung in der CIM** (s. Tabelle 7) zeigt sich ein großer Bedarf nach dem Angebot komplementär- und integrativmedizinischer Themen in der Weiterbildung: Knapp 40% (n=53) der Teilnehmer stimmen der Aussage „voll und ganz“ zu, dass in der Weiterbildung zum FA AM Kompetenzen aus dem Bereich Komplementärmedizin vermittelt werden sollten. Die Hälfte aller Befragten (50%, n=67) gibt ein hohes Interesse an einem Lehrangebot aus diesem Themenbereich in der VW an. Etwas mehr als ein Drittel der ÄiW (33%, n=44) hatte im Rahmen der Weiterbildung bereits Veranstaltungen zu komplementärmedizinischen Themen besucht, z.B. Einführung in die Komplementärmedizin, Akupunktur und Traditionelle Chinesische Medizin, Manuelle Medizin oder Komplementärmedizin in der Onkologie.

Tabelle 7: Auswertung des Fragebogens, Dimension (D) Weiterbildung in der Komplementär- und Integrativen Medizin (CIM), modifiziert nach [53]

(D) Weiterbildung in der Komplementär- und Integrativen Medizin (CIM)					
Frage	n*	Mittelwert** (SD)	Perzentile	Trifft ganz und gar nicht zu / nie [%]	Trifft voll und ganz zu / sehr oft [%]
			50. (Median) / 25. / 75.		
Die Weiterbildung zum FA für Allgemeinmedizin sollte Kompetenzen aus dem Bereich CIM vermitteln.	131	3,8 (1,19)	4 / 3 / 5	1,5	40,5
Ich habe Interesse an einem Lehrangebot zur CIM in der Verbundweiterbildung ^{plus} .	130	4,0 (1,33)	5 / 4 / 5	4,6	51,5
Frage	n	ja [%]	nein [%]		
Ich habe bereits Veranstaltungen zu CIM Themen im Rahmen der Verbundweiterbildung ^{plus} besucht.	130	33	66		

SD = Standardabweichung; *n schwankt aufgrund fehlender Angaben

**Mittelwert beruht auf einer Skalierung von 0-5 (0 = trifft gar nicht zu bzw. nie; 5 = trifft voll und ganz zu bzw. sehr oft)

3.2.2 Subgruppenanalyse stratifiziert nach Weiterbildungsjahr

In einer Subgruppenanalyse wurden die Antworten nach Weiterbildungsjahr der ÄiW stratifiziert. Die gesonderte Betrachtung der Ergebnisse nach Weiterbildungsjahr zeigt für die Dimension **(A) Einstellung zur CIM**, dass über die gesamte Weiterbildungszeit ein konstant hohes Interesse an CIM bei den ÄiW vorhanden ist und dass die Integration von CIM in die Versorgung nach Meinung der befragten Personen Vorteile für Patienten bringe. Bei der Frage nach dem Stellenwert von vorhandener Evidenz als Voraussetzung für die Anwendung von CIM zeigt sich, dass bei den ÄiW, die sich über dem fünften Weiterbildungsjahr befinden, in der Tendenz der Stellenwert an Wichtigkeit verliert. Die Ergebnisse sind in Abbildung 8 dargestellt.

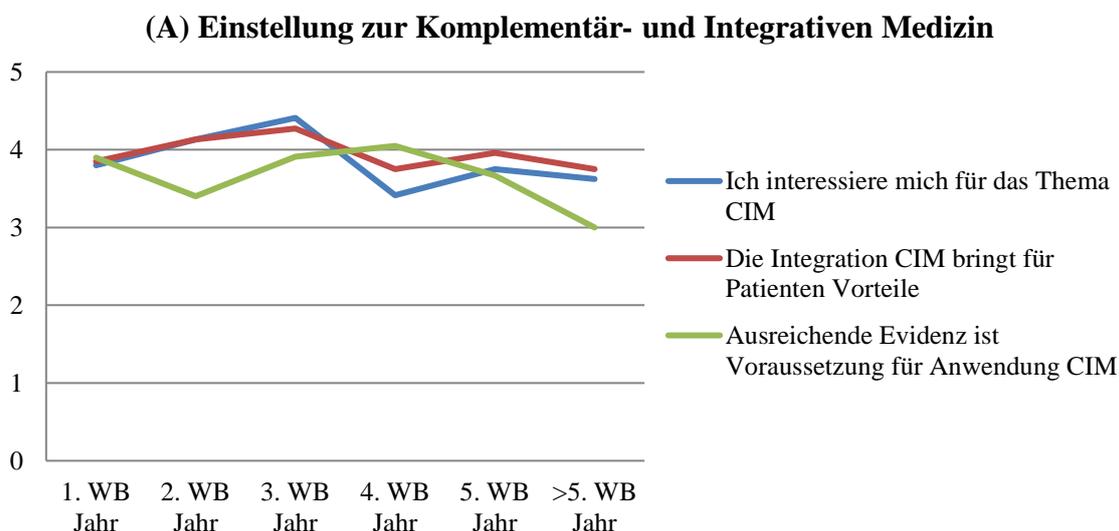


Abbildung 8: Fragen zur Dimension (A) Einstellung zur Komplementär- und Integrativen Medizin. Likert-Skala von 0-5 (0 = trifft gar nicht zu bzw. nie; 5 = trifft voll und ganz zu bzw. sehr oft)

Bei der Dimension **(B) Anwendung der CIM** nimmt mit zunehmendem Weiterbildungsjahr der Stellenwert von CIM in der täglichen Arbeit zu. Dabei werden die ÄiW ihren Angaben nach im Verlauf der Weiterbildung häufiger von den Patienten bezüglich CIM um Rat gefragt und fragen ebenso häufiger aktiv bei Patienten nach deren CIM Nutzung (s. Abbildung 9).

(B) Anwendung der Komplementär- und Integrativen Medizin

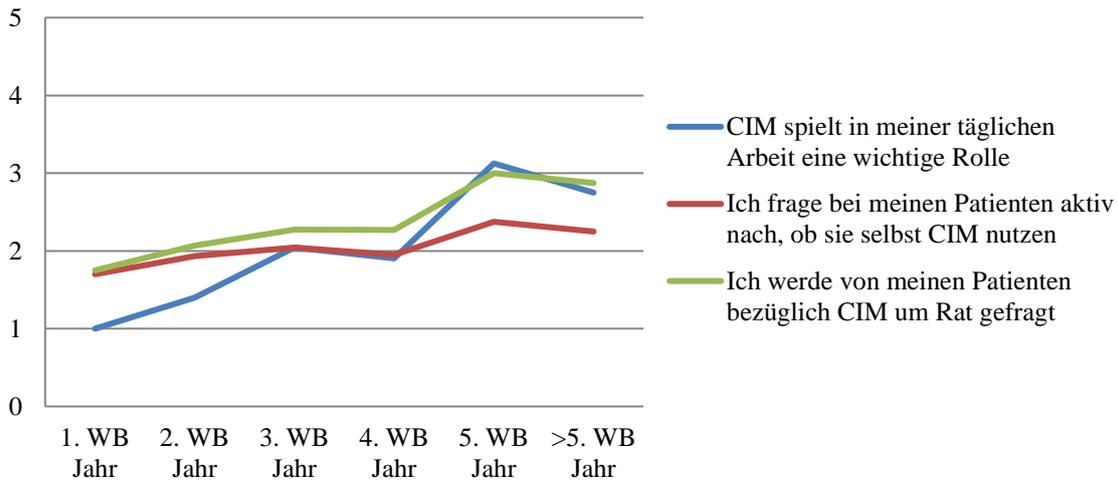


Abbildung 9: Fragen zur Dimension (B) Anwendung der Komplementär- und Integrativen Medizin. Likert-Skala von 0-5 (0 = trifft gar nicht zu bzw. nie; 5 = trifft voll und ganz zu bzw. sehr oft)

Der erhöhte Beratungsbedarf zu CIM zeigt sich auch in der Anwendung von CIM im ärztlichen Alltag: diese steigt stetig mit zunehmender Dauer der Weiterbildung an und erreicht im fünften Weiterbildungsjahr ihre Spitze. In diesem Weiterbildungsabschnitt wenden mehr als drei Viertel aller ÄiW (79%, n=19) CIM Verfahren in ihrem ärztlichen Alltag an. Im Vergleich dazu wenden 15% (n=3) der ÄiW im ersten Weiterbildungsjahr CIM an (s. Abbildung 10).

"Ich wende CIM in meinem ärztlichen Alltag an"

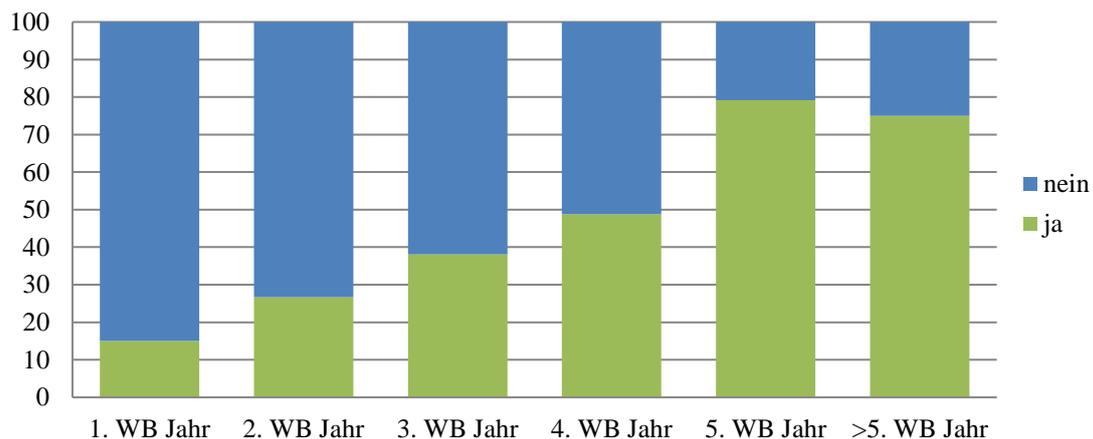


Abbildung 10: Auswertung Frage Nr. 7. Angaben in Prozent

Ein ähnlicher Trend, wenn auch weniger stark ausgeprägt, zeigt sich bei der Selbstanwendung von CIM, welche im ersten Weiterbildungsjahr von knapp der Hälfte

der Befragten (45%, n=9) bejaht wird und gegen Ende der Weiterbildung mit drei Viertel (75%, n=6) ihr Maximum erreicht (s. Abbildung 11).

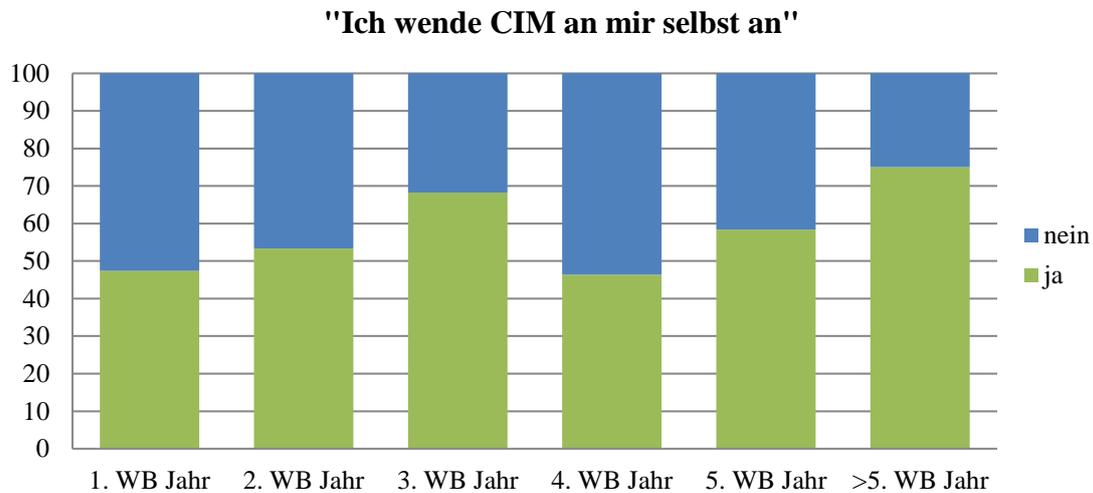


Abbildung 11: Auswertung Frage Nr. 10. Angaben in Prozent

In der Dimension (C) **Wissen in der CIM** zeigt sich ein gemeinsamer Trend bei der Beantwortung aller Fragen: Die Sicherheit in Bezug auf Wissen zu CIM nimmt im Verlauf der Weiterbildung konstant zu und erreicht ihre Spitze ungefähr im fünften Weiterbildungsjahr. Der Zeitpunkt, zu dem die stärkste Unsicherheit und die größten Wissenslücken bezüglich CIM wahrgenommen werden, liegt dabei nicht im ersten Weiterbildungsjahr, sondern erst zwischen dem zweiten und dritten Weiterbildungsjahr (s. Abbildung 12-14).

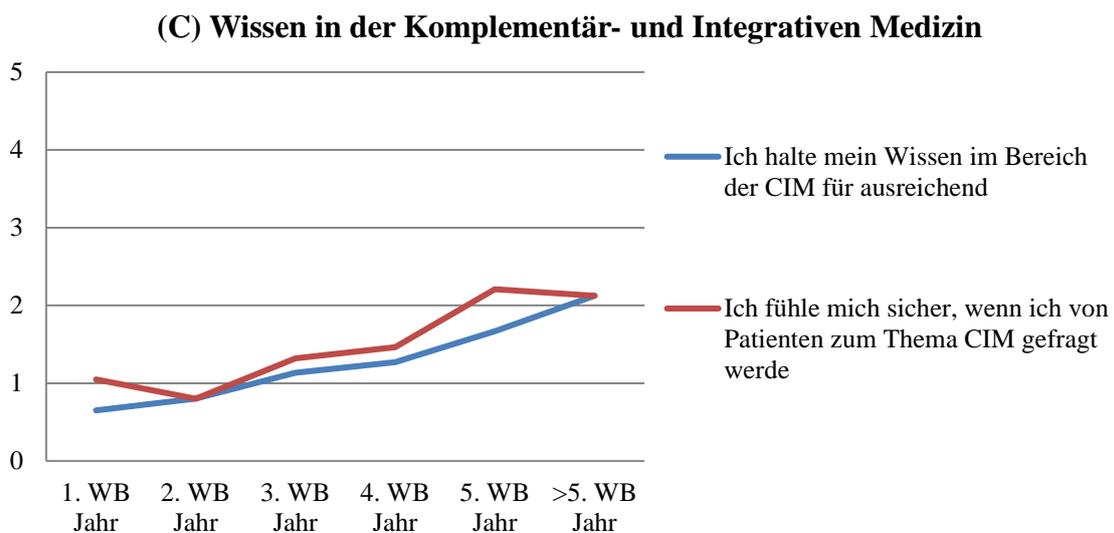


Abbildung 12: Fragen zur Dimension (C) Wissen in der Komplementär- und Integrativen Medizin. Teil 1. Likert-Skala von 0-5 (0 = trifft gar nicht zu bzw. nie; 5 = trifft voll und ganz zu bzw. sehr oft)

(C) Wissen in der Komplementär- und Integrativen Medizin

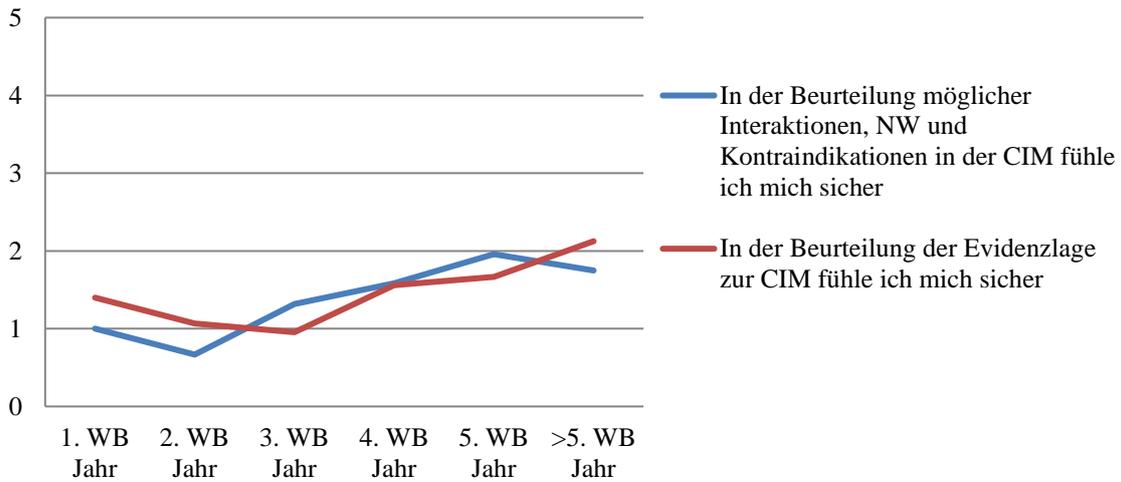


Abbildung 13: Fragen zur Dimension (C) Wissen in der Komplementär- und Integrativen Medizin. Teil 2. Likert-Skala von 0-5 (0 = trifft gar nicht zu bzw. nie; 5 = trifft voll und ganz zu bzw. sehr oft)

(C) Wissen in der Komplementär- und Integrativen Medizin

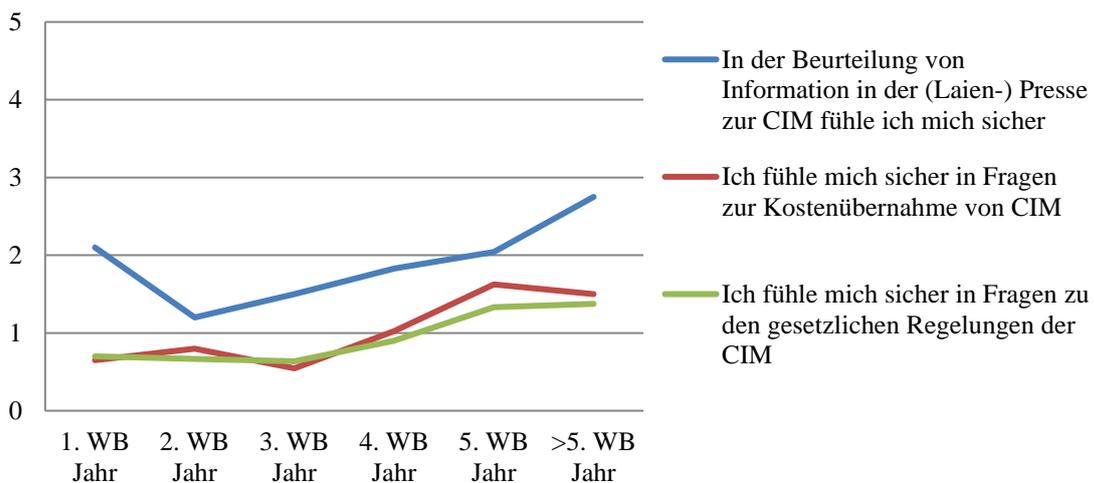


Abbildung 14: Fragen zur Dimension (C) Wissen in der Komplementär- und Integrativen Medizin. Teil 3. Likert-Skala von 0-5 (0 = trifft gar nicht zu bzw. nie; 5 = trifft voll und ganz zu bzw. sehr oft)

In der Dimension **(D) Weiterbildung in der CIM** zeigt sich, dass der Weiterbildungsbedarf im Bereich der CIM über die gesamte Weiterbildung konstant hoch ist. Das Interesse an Inhalten zu CIM in der VW ist besonders in den ersten Jahren der Weiterbildung prominent und zeigt einen diskreten Rückgang zum Ende der Weiterbildung hin (s. Abbildung 15).

(D) Weiterbildung in der Komplementär- und Integrativen Medizin

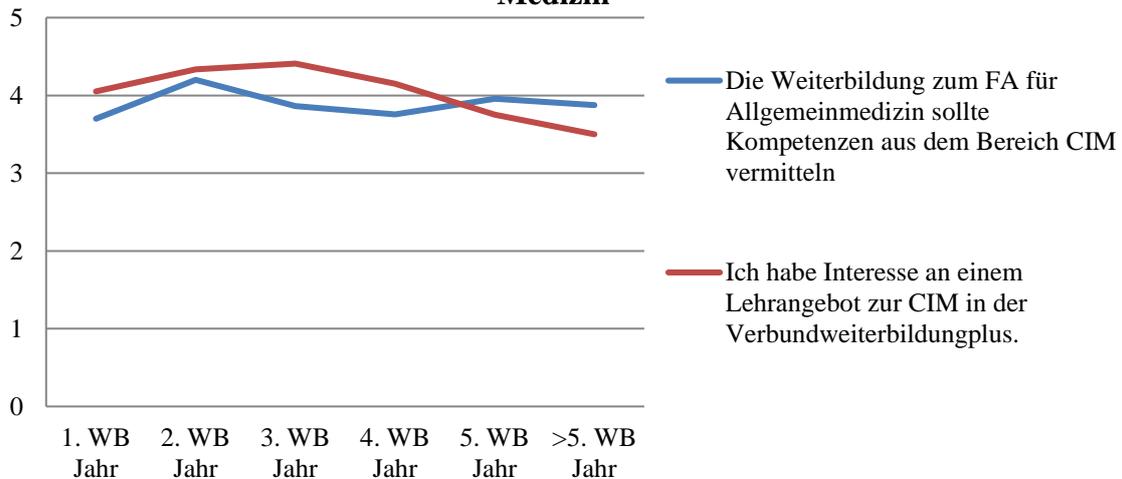


Abbildung 15: Fragen zur Dimension (D) Weiterbildung in der Komplementär- und Integrativen Medizin. Likert-Skala von 0-5 (0 = trifft gar nicht zu bzw. nie; 5 = trifft voll und ganz zu bzw. sehr oft)

Das Bestreben nach einer Erlangung einer Zusatzweiterbildung im Bereich der CIM steigt im Laufe der Weiterbildung an und erreicht seine Spitze am Ende der Weiterbildung. Im ersten Weiterbildungsjahr streben ca. 74% (n=14) der ÄiW und nach dem fünften Weiterbildungsjahr nahezu 88% (n=7) der ÄiW eine komplementärmedizinische Zusatzweiterbildung an. Ebenso steigt mit zunehmender Weiterbildungszeit der Prozentsatz der ÄiW an, welcher sich in der Weiterbildung für eine Zusatzqualifikationen im Bereich von CIM befand. Im ersten Weiterbildungsjahr sind es ca. 10% (n=2), nach dem fünften Weiterbildungsjahr nahezu 38% (n=3).

3.3 Qualitative Ergebnisdarstellung

Drei Fragen im Fragebogen konnten ausschließlich mit Freitextfeldern beantwortet werden. Bei der Frage: „*Welche komplementärmedizinischen Verfahren sollen Bestandteil des kompetenzbasierten Curriculums für die Weiterbildung Allgemeinmedizin sein?*“ wurden insgesamt n=160 Nennungen angegeben (Mehrfachnennungen möglich). In absteigender Reihenfolge sind folgende CIM Verfahren am häufigsten genannt: klassische Naturheilverfahren (26,9%, n=43), Manuelle Medizin (23,8%, n=38), Phytotherapie und Homöopathie (je 15%, n=24), Akupunktur/Traditionelle Chinesische Medizin (14,4%, n=23), Sonstiges, (3,1%, n=5) und Neuraltherapie (1,3%, n=2). Diese sind in Abbildung 16 dargestellt.

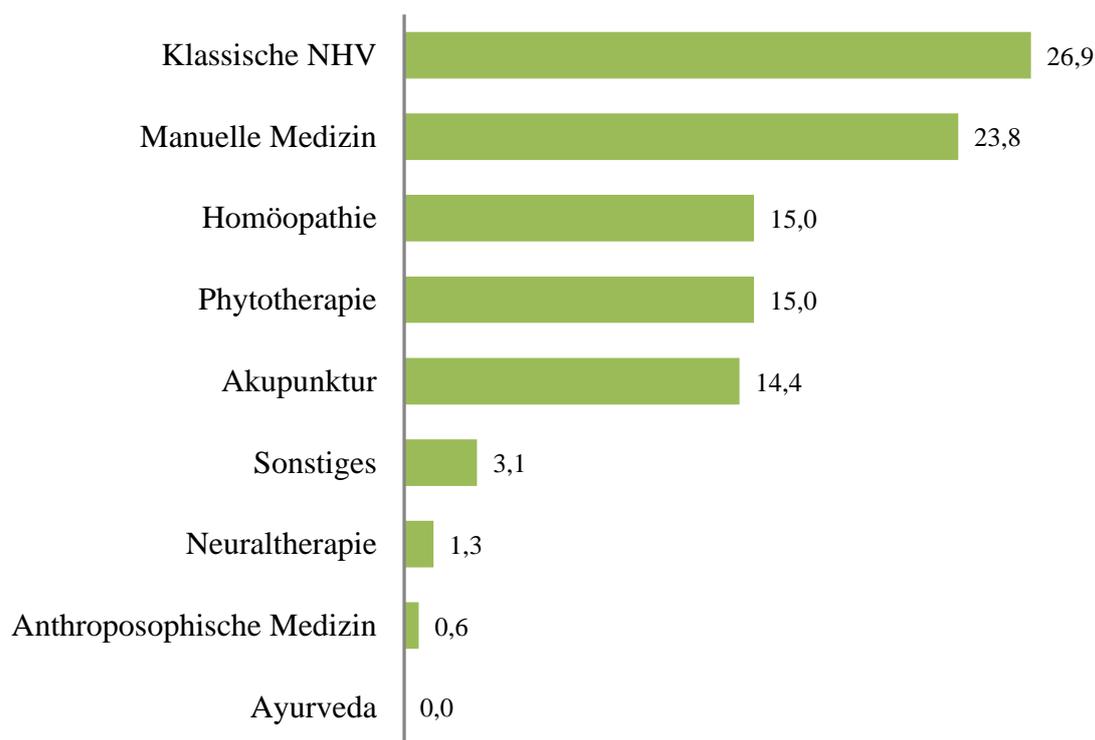


Abbildung 16: Auswertung Frage Nr. 22: „Welche komplementärmedizinischen Verfahren sollen Bestandteil des kompetenzbasierten Curriculums für die Weiterbildung Allgemeinmedizin sein?“ Angaben in Prozent

Bei der Frage „Über welche Kompetenzen im Bereich CIM sollte ein Facharzt für Allgemeinmedizin verfügen?“ (n=103) und der Frage „Hast Du noch Anmerkungen zum Thema CIM?“ (n=14) wurden für die Auswertung induktiv folgende Kategorien gebildet: „Wissen/Information“, „Beratung“, „Methodenspezifische Verfahren“, „Indikationsbezogene Anwendungen“, „Evidenz“ und „Risiken und Nebenwirkungen“ (s. Tabelle 8). Bei der Frage „Über welche Kompetenzen im Bereich CIM sollte ein Facharzt für Allgemeinmedizin verfügen?“ werden am häufigsten Methodenspezifische Verfahren genannt (n=52), gefolgt von Wissen/Information (n=22), Beratung (n=13), Indikationsbezogene Anwendung (n=7), Evidenz (n=4), Risiken und Nebenwirkungen (n=2) und Sonstiges (n=3). Nachfolgend werden die gebildeten Kategorien mit Ankerzitate belegt [53].

Tabelle 8: Freitextantworten zur Frage Nr. 23 und Nr. 24: „Über welche Kompetenzen im Bereich CIM sollte ein Facharzt für Allgemeinmedizin verfügen?“ und „Hast Du noch Anmerkungen zum Thema CIM?“ Kategorien und Ankerzitate, modifiziert nach [53]

Kategorien	Ankerzitate
Wissen/Information	<p>„Nicht unbedingt ein spezielles Verfahren, eher breites Wissen über Möglichkeiten, dann kann Weiterbildung auch nach dem Facharzt erfolgen.“ (ID25_WEB)</p> <p>„Als Allgemeinmediziner gehören diese Verfahren oft in den Arbeitsalltag, man sollte also zumindest grob Bescheid wissen.“ (ID51_WEB).</p> <p>„Auch die von Heilpraktikern am häufigsten angewandten Methoden sollten im Rahmen der Verbundweiterbildung thematisiert werden“ (ID91_WEB)</p>
Beratung	<p>„Beratung der Patienten, wann welche Methode sinnvoll oder nicht sinnvoll, Phytotherapie Einsatz alternativ zu Pharmaka auf Patientenwunsch (wann vertretbar), Einsatz in der Onkologie (beratend), Studienlage der CIM.“ (ID46_WEB)</p> <p>„Kompetente Beratung, Information, Vermitteln von seriösen Anbietern egal ob eigene Zusatzweiterbildung besteht, bei Interesse ein eigenes Gebiet.“ (ID30_WEB)</p> <p>„Die Kompetenz seine Grenzen zu kennen und ggf einen Fachmann mit ein zu beziehen.“ (ID57_WEB)</p>

<p>Methodenspezifische Verfahren</p>	<p>„Sicherheit in der Therapie komplementären Verfahren erlangen. Letztlich gehen die Verordnungen an Antibiotika und anderen Medikamenten zurück, was ja unser aller Ziel sein sollte.“ (ID35_WEB)</p> <p>„Zunächst ein Überblick und Einblick in jedes Verfahren um diese bei Nachfragen durch den Patienten zu kennen und ggf. korrekt einschätzen zu können. Generell ist es schön für bestimmte Krankheitsbilder dann auch alternativ- und komplementärmedizinische Verfahren anwenden zu können bzw. dem Patienten diesbezüglich Empfehlungen geben zu können.“ (ID31_WEB)</p> <p>„So viel als möglich, Kenntnisse der multiplen Verfahren, soll diese auch bewerten können bzgl EBM, Abrechnungsmöglichkeiten“ (ID91_WEB)</p>
<p>Indikationsbezogene Anwendungen</p>	<p>„Praktische Tipps und Tricks kennen (z.B. Quarkwickel/Kohlwickel, Zwiebelsäckchen, Kneip Espresso) alternative Phytotherapie bei symptomatischer Therapie (nur Evidence-based).“ (ID7_WEB)</p> <p>„Meiner Ansicht nach so viel wie möglich, insbesondere bei Beschwerden wie grippalen Infekten, Schmerzsyndromen und psychosomatischen Beschwerden.“ (ID37_WEB)</p> <p>„Prävention, Ernährungsberatung, parallele Nutzungsmöglichkeiten von Komplementärmedizin und konventioneller Medizin“ (ID41_WEB)</p>

<p>Evidenz</p>	<p><i>„Zumindest über Basiskompetenzen im Rahmen evidenzbasierter Verfahren und Anwendungen.“ (ID73_WEB)</i></p> <p><i>„Es sollte immer klar sein, ob bereits Evidenz existiert bzw. warum nicht. Trotz mangelnder Evidenz sollte gleichwertig auf jedes Verfahren eingegangen werden, damit sich der einzelne selbst ein Bild machen kann, was genau gemacht wird und ob dies sinnvoll erscheint. Natürlich sollte der aktuelle Stand der Wissenschaft ebenfalls neutral mit einfließen.“ (ID31_WEB).</i></p> <p><i>„Gängige und ausschließlich evidenzbasierte Verfahren sollten bekannt sein.“ (ID56_WEB)</i></p>
<p>Risiken und Nebenwirkungen</p>	<p><i>„Wichtig wäre Nebenwirkungen der CIM zu kennen.“ (ID54_WEB).</i></p> <p><i>„Zu selten werden Grenzen von CIM aufgezeigt“ (ID56_WEB)</i></p> <p><i>„Beurteilung Wechselwirkungen mit klassischen Medikamenten.“ (ID79_WEB)</i></p>

4 Diskussion

4.1 Diskussion der Fragestellung und Forschungsmethodik

Die Fragestellung zielte darauf ab, Weiterbildungsbedarf, (Selbst-)Anwendung sowie Haltungen und Einstellungen zu CIM Verfahren von ÄiW zum FA AM zu erheben. Insgesamt nahmen n=138 Teilnehmer der Verbundweiterbildung^{Plus} an der Umfrage teil, der Gesamtrücklauf betrug 28%. Dieser ist in etwa vergleichbar mit Befragungen zu anderen Themen aus der gleichen Zielgruppe der ÄiW in der VW, bei denen der Gesamtrücklauf zwischen, 31,6% und 33,7% schwankte [62, 63]. Die Stärke der vorliegenden Arbeit besteht darin, den Weiterbildungsbedarf, die Einstellungen und Haltungen in einer nicht vorselektierten Gruppe von ÄiW zum FA AM in Deutschland im Bereich der Komplementären und Integrativen Medizin zu erfassen. Da solche Daten für Deutschland bisher in dieser Form nicht vorliegen, bietet die vorliegende Arbeit einen neuen Ein- und Überblick in diesem Bereich.

Für die vorliegende Befragung wurde ein quantitativer Ansatz gewählt. Dieser hat im Gegensatz zu einem qualitativen Ansatz den Vorteil, dass eine möglichst große Anzahl ÄiW erreicht werden kann und aus den erhobenen Daten eine Beschreibung der aktuellen Situation in der Breite möglich ist. Ein qualitativer Ansatz, z.B. mittels Interviews, wäre grundsätzlich insbesondere für die Erfassung von Einstellungen und Haltungen von ÄiW gegenüber CIM geeignet gewesen. Da die Erfassung von Anwendung, Wissen und Weiterbildungsbedarf von ÄiW zu CIM den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit und damit der Forschungsfrage darstellt, wurde eine quantitative Vorgehensweise gewählt und mittels eines selbst entwickelten Fragebogens umgesetzt. Im Vergleich dazu wurde die Einstellung durch drei Fragen erhoben. Um jedoch weitere und nicht durch den Fragebogen abgedeckte Aspekte zu erfassen, wurde am Ende der Befragung noch eine offene Frage: „*Hast Du noch Anmerkungen zum Thema CIM?*“ eingefügt. Diese Frage wurde mit einem qualitativen Ansatz ausgewertet und bietet eine möglich Grundlage für weitere qualitative sowie quantitative Forschung innerhalb dieser Zielgruppe [64]. Das methodische Vorgehen bei der Auswertung der Freitexte muss für die Interpretation der Ergebnisse ebenso berücksichtigt werden. Aufgrund der breiten Streuung an unterschiedlichen Nennungen und Nomenklaturen von gleichen

CIM Verfahren wurden zur besseren Veranschaulichung verschiedene Verfahren in Gruppen zusammengeführt. Beispielsweise wurden unter der Gruppe „Manuelle Medizin“ die einzelnen CIM Verfahren Manuelle Medizin, Osteopathie und Chirotherapie subsummiert. Obwohl diesen ein ähnlicher therapeutischer Zugang zugrunde liegt, variieren sie teilweise recht stark in der Umsetzung. Im Gegenteil dazu wurden einzelne Methoden aus den klassischen NHV, wie Phytotherapie oder Ordnungstherapie, für die Analyse der Freitexte als eigenständige Verfahren angeführt, da diese oft isoliert und explizit genannt wurden. Inwiefern der Begriff der klassischen NHV, welcher als Überbegriff verschiedene Methoden subsummiert (Phytotherapie, Hydrotherapie und Balneotherapie, Bewegungstherapie, Ernährungstherapie und Ordnungstherapie), den ÄiW bekannt gewesen ist, bleibt offen [65].

Limitierend muss erwähnt werden, dass bei den Ergebnissen ein Selektions-Bias nicht sicher ausgeschlossen werden kann. Da die Teilnahme an der Befragung freiwillig und anonym war, muss angenommen werden, dass vorwiegend diejenigen ÄiW teilgenommen haben, die per se eine besondere intrinsische Motivation gegenüber der CIM aufweisen. Dies könnte zum einen in einer besonderen Offenheit und Affinität oder aber auch in einer besonders ablehnenden Haltung gegenüber CIM begründet sein. Zudem gab es große Unterschiede im Rücklauf zwischen der onlinebasierten Umfrage (19%) und der papierbasierten Umfrage (77%). Ein Grund hierfür mag in der Methode von onlinebasierten Befragungen per se liegen, bei der, im Vergleich zu einer papierbasierten Befragung, häufig nicht nachvollzogen werden kann, ob das Anschreiben mit der Einladung zur Teilnahme an der Befragung die potentiellen Teilnehmer tatsächlich erreicht oder nicht, beispielsweise durch eine Einstufung als Spam etc.. Aus der Literatur ist demnach limitierend bekannt, dass es oft unklar bleibt, ob die E-Mail tatsächlich zur Kenntnis genommen wurde oder nicht [66, 67]. Im Gegensatz dazu war der Rücklauf bei der papierbasierten Umfrage im Vergleich zur onlinebasierten Umfrage durch den direkten Kontakt zu den teilnehmenden ÄiW relativ hoch: Während der Seminartage wurde die Studie von den Referenten mit einer Einladung zur Befragung vorgestellt. Die direkte Ansprache der ÄiW durch die Referenten und möglicherweise auch ein gewisser sozialer Druck durch die Teilnahme von anderen Seminarteilnehmern könnte dazu geführt haben, dass sich die ÄiW in

einem höheren Maße an der Umfrage beteiligt haben. Besonderes Augenmerk bei der papierbasierten Befragung lag dabei auf neu eingeschriebenen ÄiW zum FA AM der VW, da die papierbasierte Befragung bei den Doppelseminartagen durchgeführt wurde, an welchen zu einem höheren Prozentsatz neue Teilnehmer (insb. Berufsanfänger und Quereinsteiger) der VW anwesend waren [56]. Zudem war während der Seminartage ein eigens dafür vorgesehener Zeitslot für das Ausfüllen des Fragebogens eingeplant. Im Vergleich hierzu sollte bei der Onlinebefragung das Ausfüllen in der eigenen Frei- oder Arbeitszeit erfolgen, ggf. mit negativer Auswirkung auf die Rücklaufquote. Eine Studie von Hohwü et al. zeigte ebenso einen höheren Rücklauf von papierbasierten Befragungen im Vergleich zu einer onlinebasierten Befragung, auch wenn die Unterschiede nicht so ausgeprägt waren wie in der vorliegenden Arbeit [68].

Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte zudem berücksichtigt werden, dass diese unter ÄiW der Verbundweiterbildung^{plus} Baden-Württemberg erhoben wurden und daher nicht zwingend von einer bundesweiten Gültigkeit ausgegangen werden kann. Da über die letzten Jahre wiederholt Seminare zu CIM Themen in der Verbundweiterbildung^{plus} angeboten wurden, könnte eine gewisse Sensibilisierung für das Thema CIM sowie ein sog. Priming-Effekt stattgefunden haben: Darunter wird in der Psychologie die Beeinflussung von speziellen Wahrnehmungsinhalten beschrieben, wenn zuvor spezifische Reize vorangegangen sind und somit in der Vergangenheit eine Exposition mit diesen Reizen erfolgte („geprimed“) [69, 70]. Bezogen auf die vorliegende Studienpopulation kann dies bedeuten, dass ÄiW, die in der Vergangenheit wiederholt Seminare zu CIM Themen besucht bzw. diese Angebote in der VW wahrgenommen hatten, eine andere Affinität zum Thema CIM zum Zeitpunkt der Befragung aufwiesen als ÄiW, die erstmalig bei der Befragung explizit mit dem Thema CIM konfrontiert wurden. Zudem ist aus Daten der BÄK bekannt, dass Baden-Württemberg zu denjenigen Bundesländern gehört, in denen ein verhältnismäßig hoher Anteil an Ärzten mit CIM Zusatzweiterbildungen tätig ist [22, 71]. Dies könnte sowohl Auswirkungen auf die Inanspruchnahme und den Beratungsbedarf seitens der Patienten haben, als auch im Allgemeinen häufiger zum Kontakt mit CIM im Laufe der Weiterbildung bei angehenden Allgemeinmedizinerinnen führen. Ein entsprechendes bundesweites Vorgehen wäre zum Zeitpunkt der Arbeit nicht möglich gewesen.

Bundesweite Adresslisten oder Adressverteiler über die Ärztekammern sind für diese Zielgruppe nicht verfügbar. Für die Auslegung der Ergebnisse aus der Subgruppenanalyse muss zudem berücksichtigt werden, dass bei der Stratifizierung nach Weiterbildungsjahr zwischen min. 8 und max. 41 Teilnehmer pro Weiterbildungsjahr an der Umfrage teilgenommen haben. Dadurch kann die Übertragbarkeit und Aussagekraft der Ergebnisse aus der Subgruppenanalyse auf ein größeres Kollektiv eingeschränkt sein.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

4.2.1 (A) Einstellung zur CIM

Die Hauptergebnisse zeigen, dass 67% (n=89) der befragten ÄiW ein hohes bis sehr hohes Interesse für Komplementäre- und Integrative Medizin aufweisen und 69% (n=91) eine CIM Zusatzweiterbildung anstreben. Eine deutliche Unsicherheit unter den Ärzten offenbart sich bei den Fragen zur Selbsteinschätzung von Wissen und Kompetenzen im Bereich CIM. Dies mag darin begründet liegen, dass, im Gegensatz zur curricularen Verankerung von CIM in der deutschen Approbationsordnung, bisher keine Kompetenzen oder Vorgaben in der WBO für den FA AM enthalten sind. Diese fehlenden Vorgaben in der WBO zur CIM betreffen jedoch nicht ausschließlich die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin, sondern fehlen gleichermaßen auch in den WBO anderer Fächer (z.B. Innere Medizin, Chirurgie, etc.). Daten der Kassenärztlichen Vereinigung zeigen jedoch, dass Allgemeinärzte diejenige Gruppe an Fachärzten sind, die am häufigsten CIM Verfahren einsetzen. Daher scheint eine Definition von Kompetenzen für den FA AM am dringlichsten [22]. Ähnliche Ergebnisse wurden 2007 in den USA bei einer Befragung von ÄiW durch Prajapati et al. beschrieben. Dort geben 84% der ÄiW an, ein hohes Interesse an einer Weiterbildung zu CIM zu haben. Ebenso geben 83% der Befragten an, ihr Wissen zu CIM sei ausreichend oder schlecht [72].

Die große Mehrheit der befragten angehenden Allgemeinmediziner sieht eine Integration komplementär- und integrativmedizinischer Verfahren in die konventionelle Therapie als deutlichen Vorteil für die Patienten an. Interessanterweise scheint dabei das Vorhandensein von ausreichender Evidenz zu den eingesetzten CIM Verfahren gegen Ende der Weiterbildung einen geringeren Stellenwert aufzuweisen, als bei den ÄiW im

ersten Weiterbildungsjahr. Eine mögliche Erklärung hierfür mag sein, dass dem Konzept der Evidenzbasierten Medizin (EBM) und darin überwiegend der Säule der externen Evidenz (wissenschaftliche Studien) eine große Rolle während des gesamten Medizinstudiums eingeräumt wird und diese somit zu Beginn der Weiterbildung noch sehr präsent ist. Mit zunehmender klinischer Tätigkeit, und damit gepaart mit in der Regel einem Wechsel von der stationären in die ambulante Versorgung, könnte sich zunehmend eine pragmatische klinische Vorgehensweise durchsetzen, verbunden mit der Erfahrung, dass nicht alles in der Versorgung durch wissenschaftliche Studien belegt bzw. belegbar ist. So werden dabei die Erfahrung des Arztes (interne Evidenz) und die Patientenpräferenz, die beiden weiteren Säulen der Evidenzbasierten Medizin nach der Definition von David Sackett, mit zunehmender Weiterbildungszeit in den Vordergrund gerückt [73]. Ähnliche Ergebnisse wurden auch von einer spanischen Forschungsgruppe um Calderon et al. beschrieben: Die befragten Allgemeinmediziner geben dort an, dass die wachsende klinische Erfahrung ein wesentlicher Bestandteil ihrer professionellen Arbeit darstelle, welche als Ergänzung – aber in manchen Fällen auch als Gegenspieler – zu den Prinzipien der EBM gesehen werde [74].

4.2.2 (B) Anwendung der CIM

Während zu Beginn der Weiterbildung nur ein geringer Anteil von 15% (n=3) der ÄiW CIM Verfahren anwendet, sind es bei Ärzten mit fast abgeschlossener Weiterbildung bereits mehr als drei Viertel (79%, n=19). Mit zunehmender Dauer der Weiterbildung nimmt auch die Rolle von CIM in der täglichen Arbeit der ÄiW einen größeren Stellenwert ein. Dies mag zum einen vermutlich mit dem Wechsel von der stationären in die ambulante Versorgung im Laufe der Weiterbildung zusammenhängen. Diese Tatsache spiegelt sich auch in der Beratung von und Kommunikation mit Patienten zu CIM wider. Während zu Beginn der Weiterbildung die aktive Nachfrage seitens der ÄiW an die Patienten, als auch die Anfrage seitens der Patienten zur Beratung zu CIM noch recht niedrig ist, steigen diese jeweils gegen Ende der Weiterbildung deutlich an. Mit einer Zunahme an Beratungsleistungen zu CIM steigt auch die Anwendung von spezifischen CIM Verfahren stark an. Ähnliches wurde auch von Prajapati et al. beschrieben: in dieser Studie zeigte sich, dass ÄiW, die kein Training in CIM erhalten

haben, ihre Patienten im Anamnesegespräch seltener nach dem Einsatz von CIM befragen, als ÄiW, die ein CIM Training absolviert hatten [72].

Wenig angewendet von den befragten ÄiW wird die Methode Neuraltherapie, die mit knapp 6% (n=7) das am seltensten angewendete CIM Verfahren darstellt. Das geringe Interesse spiegelt sich auch in der Frage wider: *„Welche komplementärmedizinischen Verfahren sollen Bestandteil des kompetenzbasierten Curriculums für die Weiterbildung Allgemeinmedizin sein?“*, bei welcher die Neuraltherapie von nur einem Prozent der Befragten (n=2) angegeben wird (s. Abbildung 16). Im Gegensatz dazu stehen die Ergebnisse aus einer Umfrage von Joos et al. aus dem Jahr 2011, in welcher die Neuraltherapie mit mehr als 60% das von Fachärzten für Allgemeinmedizin am häufigsten angewendete CIM Verfahren darstellt. Diese sich kontrastierenden Häufigkeitsangaben mögen vermutlich auf die unterschiedlichen Begriffe zurückzuführen sein, welche für Neuraltherapie verwendet wurden und werden: Joos et al. verwendeten die Bezeichnung „Quaddeln/Neuraltherapie“ [24]. Dabei stellt „Quaddeln“ die erste Stufe der Neuraltherapie dar, bei der ausschließlich eine Injektion eines Lokalanästhetikums intrakutan erfolgt [75]. Dies ist schnell und einfach erlernbar und wird vermutlich daher unter FÄ AM sehr häufig angewendet [24]. Der Begriff „Quaddeln“ könnte weitaus bekannter als der Begriff Neuraltherapie sein, und daher nicht zwingend als Verfahren der CIM eingeordnet werden [75]. Eine weitere Erklärung für diese Diskrepanz mag auch an einer fehlenden Zusatzweiterbildung zur Neuraltherapie seitens der Ärztekammer liegen.

Auch bei der Frage nach der Selbstanwendung von CIM zeigt sich eine deutlicher, wenn auch nicht ganz so stark ausgeprägter, positiver Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Selbstanwendung von CIM und Dauer der Weiterbildung: Mit zunehmender Weiterbildungsdauer nimmt die Zahl derjenigen ÄiW, die CIM bei sich selbst anwenden, zu. Bei den einzelnen CIM Verfahren zeigen sich die größten Unterschiede zwischen der Patienten- und Selbstanwendung zum einen in der Phytotherapie, bei der der Einsatz bei den Patienten mit 21% höher als bei der Selbstanwendung mit 14%. Dies mag an der vergleichsweise einfachen Anwendung und damit verbundenen einfachen Rezeptierbarkeit von Phytotherapeutika liegen. Diese

können im hausärztlichen Alltag oft als Erweiterung des medikamentösen Spektrums oder auch zur Einsparung herkömmlicher Arzneimittel dienen. Dies wird auch am Beispiel der zunehmenden Problematik der Antibiotikaresistenzen deutlich. Nationale sowie internationale Strategien zielen u.a. darauf ab, den Einsatz von nicht indizierten Antibiotikaverordnungen zu minimieren [76]. Dies ist besonders für den ambulanten Sektor in der Humanmedizin von Relevanz, auf welchen 85% des gesamten Antibiotikaverbrauchs fallen, und dabei insbesondere in 59% der Fälle durch Hausärzte verordnet werden [77]. Mehrere Publikationen zeigen, dass Hausärzte mit einer CIM Zusatzqualifikation bzw. Zusatzweiterbildung Naturheilverfahren, bspw. bei unkomplizierten Infekten der oberen Atemwege, signifikant seltener Antibiotika verordnen als Hausärzte, die keine Zusatzweiterbildung Naturheilverfahren haben [78-80].

Zum anderen wurde die Neuraltherapie bei der Selbstanwendung von CIM Verfahren, im Gegensatz zur häufiger angewendeten Phytotherapie, kein einziges Mal genannt. Dieser Unterschied vermag darin begründet zu sein, dass letzteres ein passives Verfahren ist und unproblematisch bei sich selbst angewendet werden kann. Im Gegensatz dazu ist für die Selbstanwendung von Neuraltherapie oder auch Akupunktur für die meisten Fälle eine zweite Person für die Anwendung nötig. Die fehlende Selbstanwendung von Neuraltherapie lässt sich dabei jedoch eher nicht mit der Invasivität des Verfahrens erklären, da die Akupunktur, welche ebenso ein invasives CIM Verfahren darstellt, sowohl bei der Anwendung am Patienten als auch in der Selbstanwendung nahezu gleich häufig (16%, n=19 und 15%, n=19) von ÄiW eingesetzt wird. Vielmehr könnte der Unterschied in der Häufigkeit der Selbstanwendung zwischen Neuraltherapie und Akupunktur darin liegen, dass das dazu benötigte Lokalanästhetikum in der Praxis jederzeit vorhanden ist, jedoch seltener im privaten Umfeld. Alternativ könnten verschiedene Kenntnisstände in Bezug auf Akupunktur und Neuraltherapie bei den befragten ÄiW vorhanden sein.

Die Tatsache, dass die CIM mit Dauer der Weiterbildung häufiger Anwendung findet, spiegelt sich auch bei der Frage nach CIM Zusatzweiterbildungen wider: Zwischen 70% der ÄiW im ersten und 88% der ÄiW nach dem fünften Weiterbildungsjahr streben eine

Zusatzweiterbildung im Bereich der CIM an. Ungewiss bleibt jedoch, wie hoch der Anteil der von den ÄiW angetretenen Zusatzweiterbildungen im Bereich der CIM ist, der tatsächlich auch absolviert wird.

Eine Zunahme der Anwendung von CIM mit zunehmender Weiterbildungsdauer zeigt sich auch an den Zahlen der ÄiW, die sich in der Weiterbildung bereits in einer Zusatzweiterbildung im Bereich der CIM befinden: Im ersten Weiterbildungsjahr sind es ca. 10% (n=2) der befragten ÄiW, vor der Absolvierung des FA AM nach dem fünften Weiterbildungsjahr mehr als ein Drittel (38%, n=3). Dies mag auch darin begründet sein, dass alle CIM Zusatzweiterbildungen erst nach Abschluss einer Facharztweiterbildung erworben werden können, obgleich die Zusatzweiterbildung bereits während der regulären Facharztweiterbildung begonnen werden kann. Dieser Anstieg der sich in einer Zusatzweiterbildung im Bereich CIM befindenden ÄiW mag somit vermutlich eher durch einen natürlichen Verlauf als durch eine Interessenssteigerung mit zunehmender Weiterbildungszeit zu erklären sein.

4.2.3 (C) Wissen in der CIM

Die Ergebnisse der Befragung zeigen klar, dass in der Selbsteinschätzung der ÄiW hinsichtlich ihres Wissens auf dem Gebiet CIM eine deutliche Unsicherheit vorliegt. Mehr als ein Drittel (35%, n=46) der ÄiW gibt an, dass das eigene Wissen im Bereich CIM „ganz und gar nicht“ ausreichend sei. Diese Unsicherheit wird vor allem bei der Beurteilung von Evidenz, sowie von Interaktionen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen (z.B. von Phytotherapeutika) deutlich. Noch ausgeprägter zeigt sich das selbstwahrgenommene Wissensdefizit jedoch bei gesetzlichen Regelungen und rechtlichen Rahmenbedingungen zu CIM (z.B. Regelungen zur Kostenübernahme durch die GKV). Dies mag vermutlich jedoch nicht ein spezifisches CIM Problem sein, sondern vielmehr der Tatsache geschuldet, dass solche Themen wie Abrechnungen, gesetzliche Rahmenbedingungen und weitere nicht explizit Inhalte der Weiterbildung darstellen [21]. Diese Unsicherheit spiegelt somit einen Weiterbildungsbedarf wider, den es in der WBO aufzunehmen gilt. Aus diesem Grund wurden diese Themen bisher bereits vermehrt in Form von Seminaren bei der VW angeboten und werden in der Liste von CIM Kompetenzen unter Beteiligung der Arbeitsgruppe Komplementärmedizin der

DEGAM integriert (s. Kapitel 1.5.2.1 CIM Curriculum in Deutschland)[56]. Ähnliche Ergebnisse beschreiben auch Prajapati et al. und berichten über minimale Kenntnisse zu den gesetzlichen Regelungen und rechtlichen Rahmenbedingungen zu CIM von Seiten der von ihnen befragten ÄiW. Ebenso gaben die meisten ÄiW auch in dieser Studie Unsicherheiten bei der Beratung von Patienten zu Risiken und Vorteilen von CIM an [72].

4.2.4 (D) Weiterbildung in der CIM

Die überwiegende Mehrheit der in der vorliegenden Stichprobe befragten angehenden Allgemeinmediziner befürwortet die Vermittlung von Kompetenzen im Bereich CIM während der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Noch deutlicher fällt dabei der Wunsch nach einem Lehrangebot zur CIM in der VW aus. Bereits in den vergangenen Jahren wurde in Baden-Württemberg versucht, einen Teil dieses Weiterbildungsbedarfs durch das Angebot an CIM Seminaren durch die VW abzudecken [59]. Daten aus anderen Bundesländern sind dazu nicht bekannt. Ähnliche Ergebnisse wurden auch von Benn et al. beschrieben, in deren Studie 84% der befragten ÄiW angeben, dass CIM eine zentrale Rolle während der Weiterbildung zum FA AM spielen sollte [81].

Dennoch ist, wie in den Ergebnissen zur Dimension (C) Wissen in der CIM aufgezeigt, dieser Bedarf derzeit nicht ausreichend gedeckt. Das mag an einem zu geringen Umfang der angebotenen CIM Themen liegen. Dies könnte dadurch bestätigt werden, dass bisher nach eigenen Angaben lediglich ein Drittel der befragten ÄiW Seminare zu CIM Themen im Rahmen der VW besucht hat. Dies könnte ein wichtiger zu betrachtender Aspekt sein, der für die Praxis in Zukunft verstärkt aufgegriffen werden muss.

Interessanterweise zeigen die Daten dieser Befragung auch, dass der Bedarf an Lehre zu CIM in der VW gegen Ende der Weiterbildung diskret rückläufig ist (s. Abbildung 15). Dies könnte dadurch bedingt sein, dass ÄiW, welche sich in der fortgeschrittenen Weiterbildung befinden, bereits Seminare zu CIM im Rahmen der VW oder aber auch im Rahmen externer Fortbildungsveranstaltungen besucht haben. Ebenso könnte dieses Ergebnis durch die Tatsache erklärt werden, dass ein hoher Anteil an ÄiW eine Zusatzweiterbildung anstrebt, und sich nach dem fünften Weiterbildungsjahr bereits

knapp 40% (n=3) in einer CIM Zusatzweiterbildung befinden. Dadurch, dass das Wissen in diesem Fall bei externen Anbietern bzw. CIM Fachgesellschaften erlangt wird, scheint der Weiterbildungsbedarf in der VW hierfür nicht mehr so stark ausgeprägt, wie zu Beginn der Weiterbildung.

Der noch nicht ausreichend abgedeckte Bedarf an Wissen zu CIM mag auch dadurch erklärbar sein, dass spezifische Themengebiete aus dem Gebiet der CIM, bei denen eine große Unwissenheit unter den befragten ÄiW herrscht, nicht explizit genug adressiert wurden. Auf die Frage „*Welche komplementärmedizinischen Verfahren sollen Bestandteil des kompetenzbasierten Curriculums für die Weiterbildung Allgemeinmedizin sein?*“ wurden als häufigste Nennung einzelne Verfahren genannt. Interessanterweise entsprechen die fünf am häufigsten genannten Verfahren (klassische Naturheilverfahren, Manuelle Medizin, Phytotherapie, Homöopathie Akupunktur/Traditionelle Chinesische Medizin) denjenigen Verfahren, die von den Ärztekammern als Zusatzweiterbildungen und somit wohl auch am häufigsten in allgemeinmedizinischen Praxen angeboten werden. Diese entsprechen auch den CIM Verfahren, die oft im Medizinstudium im Rahmen des QB12 vermittelt werden [82]. Zudem kann die Mehrzahl dieser genannten CIM Verfahren eine höhere Zahl an publizierten Studien vorweisen, als andere CIM Verfahren, welche somit eher zu einer Paramedizin gezählt werden (z.B. Quantenmedizin, Geistheilung etc.). Letztere wurden von den befragten ÄiW kein einziges Mal explizit bei o.g. Frage aufgeführt. Dies bestätigt auch das Ergebnis der Studie, dass eine ausreichende externe Evidenz, aus Sicht der befragten ÄiW v.a. zu Beginn der Weiterbildung, eine wichtige Voraussetzung für die Anwendung von CIM ist. Ähnliche Ergebnisse werden auch in einer Studie von Benn et al. berichtet, im Rahmen welcher Weiterbildungsbefugte und ÄiW zum Stellenwert von CIM in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung befragt wurden. Dabei geben 67% der Befragten an, dass CIM in durchgehend allen Themengebieten des Curriculums gelehrt werden sollte. Am häufigsten wurden dabei von den Befragten Ernährung und Nahrungsergänzungsmittel, Ärztliche Selbstfürsorge und Mind-Body-Medizin angegeben. Paramedizinische Verfahren wie energetische Medizin und Spiritualität wurden dabei als die irrelevantesten Themen eingestuft [81].

Auch auf die Frage „Über welche Kompetenzen im Bereich CIM sollte ein Facharzt für Allgemeinmedizin verfügen?“ werden am häufigsten einzelne Verfahren genannt. Das lässt schlussfolgern, dass sich angehende Allgemeinmediziner möglichst praxisnah ausgelegte Weiterbildungsinhalte wünschen. Diese Tatsache spiegelt sich auch im derzeit stattfindenden Paradigmenwechsel in der novellierten WBO wider, in der man sich von Weiterbildungszeiten und Richtzahlen entfernt und den Fokus auf den Erwerb von Kompetenzen legt (s. Kapitel 1.5.2 Situation in Deutschland) [49].

4.2.5 (E) Anmerkungen zur CIM

In den freien Kommentaren am Ende der Befragung wird von den ÄiW die Notwendigkeit betont, zunächst über ausreichendes Wissen zu CIM zu verfügen, um eine differenzierte Betrachtung von einzelnen CIM Verfahren zu ermöglichen und sich in weiterer Folge eine eigene fundierte Meinung über CIM bilden zu können. Dieses Bestreben spiegelt sich auch in den Ergebnissen einer qualitativen Analyse von Evaluationen zur komplementärmedizinischen Lehre im QB12 bei Medizinstudierenden wider [41]. Als zentrales Ergebnis dieser Studie geht hervor, dass das Thema CIM zu einer starken Polarisierung unter den Medizinstudierenden führt. Dabei konnte gezeigt werden, dass die Kombination von theoretischem Wissen mit praktischer Erfahrung sowie die kritische Auseinandersetzung mit CIM zu einer kritischen Reflexion und in weiterer Folge zu einer Haltungsänderung gegenüber CIM führen kann [41]. Da das Themenfeld der CIM sowohl in der Fach- als auch in der Laienpresse teilweise sehr plakativ und kontrovers dargestellt wird, erscheint von der zukünftigen Ärztesgeneration eine Art Empowerment eingefordert zu werden, gepaart mit dem Wunsch, eine eigene Haltung und Einstellung zur CIM zu entwickeln.

4.3 Implikationen für Forschung und Praxis

Komplementärmedizinische Verfahren nehmen einen hohen Stellenwert in der hausärztlichen Versorgung ein und der Ansatz vieler CIM Verfahren (z.B. Bewegungs-, Ernährungs-, und Entspannungselemente) lässt sich sehr gut in das Konzept der Salutogenese einbinden. Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky beschrieb damit dynamische Faktoren, die zum Ziel haben, Entstehung und Erhaltung von Gesundheit zu fördern. Diese Prinzipien entsprechen weitgehend der Maxime des hausärztlichen Handelns [83, 84]. Aus diesem Grund erscheint es wichtig, dass bereits ÄiW mit CIM

Themen im Rahmen ihrer Weiterbildung zum FA AM konfrontiert werden. Die vorliegende Befragung unter ÄiW zeigt, dass sowohl ein hohes Interesse an CIM sowie eine deutliche Unsicherheit in Bezug auf Evidenzlage und rechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland besteht. Obwohl Seminare zu CIM im Rahmen der VW bereits wiederholt angeboten worden sind, scheint der Bedarf hierfür nicht ausreichend gedeckt zu sein. Um dieses Wissensdefizit auszugleichen, bedarf es in Zukunft einer Erweiterung des Angebots an CIM, insbesondere ergänzend zu den bisher angebotenen verfahrens- oder indikationsbasierten Themen. Ergänzend sollten Seminare zu gesetzlichen Regelungen, Kostenübernahmen etc. angeboten werden. Eine weitere Strategie hierfür könnte ein regelmäßigeres Angebot an CIM Themen sowie eine bessere inhaltliche Verzahnung sowohl zwischen den einzelnen CIM Verfahren als auch zwischen Seminaren zu konventionellen medizinischen Themen untereinander sein, wie beispielsweise bei Seminaren zu den Beratungsanlässen unkomplizierte Rückenschmerzen oder banale Infekte. Im Laufe der Weiterbildung könnte daraus ein CIM Curriculum entstehen, welches die wichtigsten evidenzbasierten Verfahren, Einsatzgebiete und Rahmenbedingungen der CIM abdeckt.

Im internationalen Raum gibt es bereits seit knapp zwei Dekaden etablierte kompetenzbasierte Curricula zur CIM für die Weiterbildung zum FA AM [42, 43, 46]. Zum Teil werden darin CIM Kernkompetenzen beschrieben, welche in einem longitudinalen Curriculum über die gesamte medizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung erworben werden [47]. In Deutschland sind in der aktuell gültigen Fassung des NKLM etliche Kompetenzen zur CIM enthalten, somit ist CIM auch in der neuen ärztlichen Approbationsordnung curricular verankert. Der wichtige nächste Schritt wäre in Analogie dazu die Definition von CIM Kompetenzen für die allgemeinmedizinische Weiterbildung. Diese Kompetenzen könnten in Form eines kompetenzbasierten Curriculums, ähnlich wie in den USA oder in Australien, verankert werden. Die Inhalte eines solchen CIM spezifischen kompetenzbasierten Curriculums sollten dabei in die derzeitige geplante Umsetzung der neuen MWBO Allgemeinmedizin einfließen. Das Ziel eines solchen kompetenzbasierten Curriculums zur CIM für den FA AM sollte jedoch keineswegs einen Ersatz beziehungsweise Konkurrenz zu den von den Landesärztekammern angebotenen Zusatzweiterbildungen zu verschiedenen CIM

Verfahren darstellen. Vielmehr soll es Basiskompetenzen für CIM vermitteln, welche alle ÄiW zum FA AM am Ende ihrer Weiterbildung kennen und anwenden können sollten, um CIM Verfahren in der täglichen Praxis anzusprechen und Patienten dazu beraten zu können. Eine Liste solcher CIM Kompetenzen wird derzeit unter Beteiligung der Arbeitsgruppe Komplementärmedizin der DEGAM ausgearbeitet. Diese Basiskompetenzen könnten beispielsweise dann in das Kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin der DEGAM Eingang finden [50]. Im Anschluss an die Integration in das Kompetenzbasierte Curriculum CIM in der Allgemeinmedizin wird es notwendig sein, diese Kompetenzen durch entsprechende Lehrformate in den Kompetenzzentren Allgemeinmedizin abzubilden, z.B. im Sinne von sog. anvertrauten professionellen Tätigkeiten (APT; engl. Entrustable professional activities, EPA) [85, 86]. Diese neuen Lehrformate könnten dann an den jeweiligen Kompetenzzentren für die Weiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland angeboten werden [49, 57]. Dadurch könnten CIM Inhalte nachhaltig in die allgemeinmedizinische Weiterbildung implementiert werden. Der Einzug von Basiskompetenzen zur CIM im Rahmen der Weiterbildung zum FA AM könnte somit die Weiterbildung im Bereich CIM im deutschsprachigen Raum verbessern. Damit sollten zukünftig alle Allgemeinmediziner in der Lage sein, ihre Patienten bei häufigen Beratungsanlässen kompetent zu Nutzen und Risiken der CIM zu informieren und aufzuklären.

5 Zusammenfassung

Einleitung: Die Anwendung von Komplementärer und Integrativer Medizin (CIM, engl. *Complementary and Integrative Medicine*) ist in Deutschland weit verbreitet. Aus Umfragen ist bekannt, dass über 60% der Allgemeinärzte komplementärmedizinische Methoden anwenden. Bereits im Jahr 2002 wurden Inhalte aus den Bereichen der klassischen Naturheilverfahren in die ärztliche Approbationsordnung curricular verankert. In der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Allgemeinmedizin (FA AM) sind allerdings bisher keine Kompetenzen aus diesem Bereich definiert. Inwiefern Ärzte während ihrer Weiterbildungszeit zum FA AM Kompetenzen zu CIM Verfahren erwerben, ist weitestgehend unklar.

Ziel der vorliegenden Dissertation war es, vor dem Hintergrund der häufigen Anwendung von CIM durch FÄ AM, Einstellungen, Haltungen, Anwendung und Inanspruchnahme von CIM sowie Weiterbildungsbedarf von Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) zum FA AM zu erheben.

Methoden: Im Zeitraum vom November 2015 bis Januar 2016 erfolgte eine Querschnittsbefragung (online- und papierbasierte Befragung) von ÄiW zum FA AM im Rahmen des Weiterbildungsprogramms Verbundweiterbildung^{Plus} in Baden-Württemberg. Der Fragebogen bestand aus insgesamt 33 Fragen (inkl. fünf Filterfragen) zu fünf Dimensionen: Einstellung zur CIM, Anwendung der CIM, Wissen in der CIM, Weiterbildung in der CIM, sowie Anmerkungen zur CIM und Soziodemografie. Für die Auswertung erfolgte eine deskriptive Datenanalyse mittels SPSS.

Ergebnisse: Bei der onlinebasierten Befragung wurden n=490 Teilnehmer angeschrieben (Rücklaufquote 19,2%), bei der papierbasierten Umfrage wurden n=57 Fragebögen verteilt (Rücklaufquote 77,2%). Insgesamt nahmen n=138 Teilnehmer an der Umfrage teil (Gesamtrücklauf 28%). In der deskriptiven Analyse zeigen 67% der befragten Ärzte ein hohes Interesse für CIM und die große Mehrheit der ÄiW gibt an, dass die Integration von CIM in die hausärztliche Versorgung Vorteile für die Patienten bringt. Knapp 70% der befragten ÄiW streben eine CIM Zusatzweiterbildung an und etwa zwei Drittel der Befragten befürworten die Vermittlung von Kompetenzen aus

dem Bereich der CIM während ihrer Weiterbildung zum FA AM. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass unter ÄiW eine deutliche Unsicherheit sowohl inhaltlicher wie auch formaler Art (z.B. Kostenübernahme und gesetzliche Regelungen) in Bezug auf CIM vorliegt. Dies zeigte sich insbesondere bei Fragen zur Selbsteinschätzung von Wissen und Kompetenzen im Bereich der CIM.

Diskussion: Die Ergebnisse zeigen, dass sich ÄiW mit dem Thema CIM auseinandersetzen und ein hohes Interesse besteht. Gleichzeitig werden von den ÄiW dabei deutliche Unsicherheiten im Bereich der CIM wahrgenommen. Dies spiegelt einen derzeit noch ungedeckten Weiterbildungsbedarf zu CIM Themen wider. Daraus lassen sich folgende Handlungsimplicationen ableiten, um CIM Inhalte nachhaltig in die allgemeinmedizinische Weiterbildung zu implementieren: Es bedarf einer Liste an Basiskompetenzen zu CIM, welche angehende Allgemeinmediziner im Laufe ihrer Weiterbildung zum FA AM erwerben sollten. Unter Beteiligung der Arbeitsgruppe Komplementärmedizin der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wird derzeit ein kompetenzbasiertes Curriculum zur CIM ausgearbeitet, welches in das kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin der DEGAM integriert werden könnte. Ebenso bedarf es entsprechender Lehrformate, welche diese CIM Kompetenzen abbilden und an den jeweiligen Kompetenzzentren für die Weiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland angeboten werden. Dadurch sollten zukünftige Allgemeinmediziner inhaltlich wie formal in der Lage dazu sein, ihre Patienten bei häufigen Beratungsanlässen kompetent zu Nutzen und Risiken der CIM zu informieren und aufzuklären.

6 Literaturverzeichnis

1. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). *Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?*. 2018 <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>. [Zugriff am 16.05.2020]
2. Witt, C.M., et al., *A Comprehensive Definition for Integrative Oncology*. J Natl Cancer Inst Monogr, 2017. (52).
3. Academic Consortium for Integrative Medicine & Health. *Definition of Integrative Medicine and Health*. 2016 <https://imconsortium.org/about/introduction/>. [Zugriff am 16.05.2020]
4. Melchart, D., *Welches Fachgebiet akademisieren wir derzeit eigentlich an den Universitäten? – Ein Wort zum Terminologie-Wirrwarr!* Complement Med Res, 2008. 15(6): 308-309.
5. Melzer, J., *Journal Club*. Complement Med Res, 2018. 25(5): 294-298.
6. Witt, C.M., *Komplementärmedizin: Weitere Forschung ist die Basis für Integration in die Versorgung*. Dtsch Arztebl Ausg A 2009. 106: 1534.
7. Ma, Y., et al., *Publication Trends in Acupuncture Research: A 20-Year Bibliometric Analysis Based on PubMed*. PLoS One, 2016. 11(12): e0168123.
8. Linde, K., et al., *[The use of complementary and alternative therapies in Germany - a systematic review of nationwide surveys]*. Forsch Komplementmed, 2014. 21(2): 111-8.
9. Linde, K., et al., *Naturheilverfahren, komplementäre und alternative Therapien. In Gesundheitsmonitor 2012. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*, 2013, Verlag Bertelsmann Stiftung. 118–135.
10. Eardley, S., et al., *A Systematic Literature Review of Complementary and Alternative Medicine Prevalence in EU*. Complement Med Res, 2012. 19 (Suppl. 2): 18-28.
11. Horneber, M., et al., *How many cancer patients use complementary and alternative medicine: a systematic review and metaanalysis*. Integr Cancer Ther, 2012. 11(3): 187-203.
12. Boon, H.S., F. Olatunde, and S.M. Zick, *Trends in complementary/alternative medicine use by breast cancer survivors: comparing survey data from 1998 and 2005*. BMC Womens Health, 2007. 7: 4.
13. Astin, J.A., et al., *Breast cancer patients' perspectives on and use of complementary and alternative medicine: a study by the Susan G. Komen Breast Cancer Foundation*. J Soc Integr Oncol, 2006. 4(4): 157-69.
14. Wanchai, A., J.M. Armer, and B.R. Stewart, *Complementary and alternative medicine use among women with breast cancer: a systematic review*. Clin J Oncol Nurs, 2010. 14(4): E45-55.
15. Wortmann, J.K., et al., *Use of complementary and alternative medicine by patients with cancer: a cross-sectional study at different points of cancer care*. Med Oncol, 2016. 33(7): 78.
16. Oskay-Ozcelik, G., et al., *Breast cancer patients' expectations in respect of the physician-patient relationship and treatment management results of a survey of 617 patients*. Ann Oncol, 2007. 18(3): 479-84.

17. Lovgren, M., et al., *Push or pull? Relationships between lung cancer patients' perceptions of quality of care and use of complementary and alternative medicine*. Eur J Oncol Nurs, 2011. 15(4): 311-7.
18. Tautz, E., et al., *Use of complementary and alternative medicine in breast cancer patients and their experiences: a cross-sectional study*. Eur J Cancer, 2012. 48(17): 3133-9.
19. Thanner, M., E. Nagel, and J. Loss, [*Cooperation between physicians and non-medically trained practitioners: advantages and obstacles*]. Forsch Komplementmed, 2013. 20(1): 23-32.
20. Abholz, H., et al., *Den Heilpraktikerberuf abschaffen? Pro und Contra in einer aktuellen Debatte*. Z Allg Med, 2018. 94: 291–295.
21. Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung. 2003 http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf. [Zugriff am 16.05.2020]
22. Bundesärztekammer Ärztestatistik, *Auswertung aus dem Bundesarztregister*. 2017, Persönliche Mitteilung.
23. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung 2020* http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_stichwort.prc_stichwort?query_id=&button=0&p_uid=gast&p_aid=49243887&p_sprache=D&cb_wk=cb_wk&x=0&fort=&erg_art=ALL&suchstring=Facharztbezeichnung&p_methode=2&p_volltext=1&p_synonyme=1. [Zugriff am 16.05.2020]
24. Joos, S., B. Musselmann, and J. Szecsenyi, *Integration of complementary and alternative medicine into family practices in Germany: results of a national survey*. Evid Based Complement Alternat Med, 2011: 495813.
25. Joos, S., et al., *Characteristics and job satisfaction of general practitioners using complementary and alternative medicine in Germany--is there a pattern?* BMC Complement Altern Med, 2011. 11:131.
26. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. *Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung*. <https://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/index.html>. [Zugriff am 16.05.2020]
27. Krug, K., et al., *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 Complement Altern Med, 2016. 16(1): 409.
28. Gesundheitsministerkonferenz. *Beschlüsse der 91. GMK 2018* <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=703&jahr=2018>. [Zugriff am 16.05.2020]
29. Gesundheitsministerkonferenz. *Presse 91. Gesundheitsministerkonferenz*. 2018 <https://www.gmkonline.de/Presse-Archiv.html>. [Zugriff am 16.05.2020]
30. Statistisches Bundesamt DeSTATIS *Gesundheit Personal 2000 bis 2015*. Fachserie 12 Reihe 7.3.1 <http://www.gbe-bund.de/pdf/2120731.pdf> [Zugriff am 16.05.2020]
31. Bund Deutscher Heilpraktiker e.V. *Repräsentative Umfrage des Bund Deutscher Heilpraktiker e.V.* 2017 <https://www.bdh-online.de/repraesentative-umfrage-jeden-tag-gehen-in-deutschland-128-000-patienten-zum-heilpraktiker/>. [Zugriff am 16.05.2020]

32. Mao, J.J., et al., *Cancer survivors with unmet needs were more likely to use complementary and alternative medicine*. *J Cancer Surviv*, 2008. 2(2): 116-24.
33. Lemire, F., *First contact: what does it mean for family practice in 2017?* *Can Fam Physician*. 2017; 63(3): 256..
34. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. *Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405)*. 2002 http://www.gesetze-im-internet.de/appro_2002/BJNR240500002.html. [Zugriff am 16.05.2020]
35. Jobst, D. and B. Musselmann, *Naturheilverfahren – ein Publikumsliebbling geht an die Uni*. *Z. Allg. Med.*, 2003. 79: 605–608.
36. Stock-Schröer, B., et al., *Evaluation of the current status of Rehabilitation, Physical Medicine and Naturopathy education 10 years after the reform of the Medical Licensure Act – a nationwide survey of German Medical Universities*. *GMS Journal for Medical Education*, 2017. 34(1): Doc3.
37. Witt, C.M., B. Brinkhaus, and S. Willich, *Teaching Complementary and Alternative Medicine in a Reform Curriculum*. *Complement Med Res*, 2006. 13(6): 342-348.
38. Joos, S., et al., [*Development and implementation of a 'curriculum complementary and alternative medicine' at the Heidelberg Medical School*]. *Forsch Komplementmed*, 2008. 15(5): 251-60.
39. Bundesministerium für Bildung und Forschung. *Masterplan 2020*. https://www.bmbf.de/files/2017-03-31_Masterplan%20Beschlusstext.pdf. [Zugriff am 16.05.2020]
40. Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V.. *Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2015* <http://www.nklm.de/kataloge/nklm/lernziel/uebersicht>. [Zugriff am 16.05.2020]
41. Valentini, J., et al., [*"Critical discussion should be encouraged!" - a qualitative analysis of medical students' evaluation of a complementary medicine course*]. *Dtsch Med Wochenschr*, 2018. 143(14): e125-e130.
42. Kligler, B., et al., *Suggested curriculum guidelines on complementary and alternative medicine: recommendations of the Society of Teachers of Family Medicine Group on Alternative Medicine*. *Fam Med*, 2000. 32(1): 30-3.
43. Locke, A.B., et al., *Recommended integrative medicine competencies for family medicine residents*. *Explore (NY)*, 2013. 9(5): 308-13.
44. Gardiner, P., et al., *Family medicine residency program directors attitudes and knowledge of family medicine CAM competencies*. *Explore (NY)*, 2013. 9(5): 299-307.
45. Lebensohn, P., et al., *Integrative medicine in residency education: developing competency through online curriculum training*. *J Grad Med Educ*, 2012. 4(1): 76-82.
46. Royal Australian College of General Practicioners. *RACGP Curriculum for Australian General Practice 2016*. <http://curriculum.racgp.org.au/>. [Zugriff am 16.05.2020]
47. Royal Australian College of General Practicioners. *IM16 - Integrative medicine contextual unit*. 2016 <https://www.racgp.org.au/education/education-providers/curriculum/contextual-units/processes/im16-integrative-medicine>. [Zugriff am 16.05.2020]

48. Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018. www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/ [Zugriff am 16.05.2020]
49. Chenot, J. and J. Steinhäuser, *Die novellierte Musterweiterbildungsordnung*. Z Allg Med, 2019. 4(946): 156-9.
50. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). *Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin*. 2015 https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/Curriculum_01-10-15_neu.pdf. [Zugriff am 16.05.2020]
51. Joos, S., et al., *Komplementärmedizin in der hausärztlichen Praxis - Zur Gründung der Arbeitsgruppe Komplementärmedizin (AG KompMed) in der DEGAM*. Z Allg Med, 2010 (86): 337–341.
52. Thomas-Hemak, L., et al., *Nurturing 21st century physician knowledge, skills and attitudes with medical home innovations: the Wright Center for Graduate Medical Education teaching health center curriculum experience*. PeerJ, 2015. 3: e766.
53. Valentini, J., et al., *Komplementäre und Integrative Medizin in der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin: Ergebnisse einer Bedarfserhebung bei Ärzten in Weiterbildung*. Complement Med Res, 2018. 25(4): 233-239.
54. van Someren, M., Y. Barnard, and J. Sandberg, *The Think Aloud Method: A Practical Guide to Modelling Cognitive Processes*. 1994, London: Academic Press: 29-37.
55. Flum, E., et al., *[Verbundweiterbildung(plus) Baden-Württemberg: Development of educational meetings and implications for the implementation of family medicine training programmes in Germany]*. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 2016. 112: 54-60.
56. Schwill, S., et al., *New paths in post-graduate medical training in general practice - 8 years of experience with the pilot project Verbundweiterbildung(plus) Baden-Württemberg*. GMS J Med Educ, 2017. 34(5): Doc62.
57. Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Weiterbildungsförderung*. 2019 https://www.kbv.de/html/themen_2861.php. [Zugriff am 16.05.2020]
58. Kassenärztliche Bundesvereinigung *Evaluationsbericht 2018: Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin* https://www.kbv.de/media/sp/Weiterbildungsfoerderung_Evaluationsbericht_2018.pdf. [Zugriff am 16.05.2020]
59. Flum, E., et al., *Das Schulungsprogramm der Verbundweiterbildungplus Baden-Württemberg: Entwicklung und Implikationen für die Implementierung von Verbundweiterbildungsprogrammen in Deutschland*. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2016;112: 54-60.
60. Mayring, P., *Qualitative Inhaltsanalyse: Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*. 2010, VS Verlag für Sozialwissenschaften. 601-613.
61. Hsieh, H.F. and S.E. Shannon, *Three approaches to qualitative content analysis*. Qual Health Res, 2005. 15(9): 1277-88.
62. Wensing, M., et al., *Learning, understanding and the use of information technology: a survey study among primary care physician trainees*. BMC Health Serv Res, 2019. 19(1): 728.

63. Valentini, J., et al., *Knowledge, competencies and attitudes regarding external post-mortem physical examination: A survey among German post-graduate trainees in general practice*. *Eur J Gen Pract*. 2018. 24(1): p. 26-31.
64. Beyer, E., *Qualitative vs. quantitative Forschungsmethoden. Vor- und Nachteile, Einsatzgebiete und typische Erhebungsmethoden*. 2018, GRIN Verlag.
65. Hufelandgesellschaft e.V. *Klassische Naturheilkunde*. http://www.hufelandgesellschaft.de/klassische_naturheilkunde.html. [Zugriff am 16.05.2020]
66. Döring, N. and J. Bortz, *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 2016, Springer-Verlag: Berlin Heidelberg. 415.
67. Batinic, B., *Datenqualität bei internetbasierten Befragungen*, in *Online-Marktforschung: Theoretische Grundlagen und praktische Erfahrungen*. 2003, Gabler Verlag: Wiesbaden. 143-160.
68. Hohwü, L., et al., *Web-based versus traditional paper questionnaires: a mixed-mode survey with a Nordic perspective*. *J Med Internet Res*. 2013;15(8): e173
69. Weingarten, E., et al., *From primed concepts to action: A meta-analysis of the behavioral effects of incidentally presented words*. *Psychol Bull*. 2016;142(5): 472-497
70. Strack, F., L.L. Martin, and N. Schwarz, *Priming and communication: Social determinants of information use in judgments of life satisfaction*. *Eur J Soc Psychol*, 1988. 18(5): p. 429-442.
71. Bundesärztekammer Ärztestatistik. *Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung*. 2017 http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_sprache=D&p_knoten=TR200 [Zugriff am 16.05.2020]
72. Prajapati, S.H., et al., *Curriculum planning: a needs assessment for complementary and alternative medicine education in residency*. *Fam Med*, 2007. 39(3): 190-4.
73. Sackett, D.L., et al., *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. *BMJ*, 1996. 312(7023): 71-2.
74. Calderón, C., et al., *EBM in primary care: a qualitative multicenter study in Spain*. *BMC Fam Pract*, 2011. 12: 84.
75. Weinschenk, S., *Handbuch Neuraltherapie: Diagnostik und Therapie mit Lokalanästhetika*. 2010, Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH. 38-9.
76. Bundesministerium für Gesundheit. *DART 2020 - Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie*, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/antibiotika-resistenzen/antibiotika-resistenzstrategie.html>. [Zugriff am 16.05.2020]
77. Bundesamt für Verbraucherschutz, *GERMAP 2015 Antibiotika-Resistenz und -Verbrauch*. https://www.bvl.bund.de/SharedDocs/Downloads/05_Tierarzneimittel/germap2015.pdf?__blob=publicationFile%26v%3D3. [Zugriff am 16.05.2020]
78. Laux, G., et al., *Differences between Practice Patterns of Conventional and Naturopathic GPs in Germany*. *PLoS One*, 2016. 11(10): e0163519.
79. Baars, E.W., et al., *The Contribution of Complementary and Alternative Medicine to Reduce Antibiotic Use: A Narrative Review of Health Concepts, Prevention, and Treatment Strategies*. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2019: p. 5365608.

80. van der Werf, E.T., et al., *Do NHS GP surgeries employing GPs additionally trained in integrative or complementary medicine have lower antibiotic prescribing rates? Retrospective cross-sectional analysis of national primary care prescribing data in England in 2016*. *BMJ Open*, 2018. 8(3): e020488.
81. Benn, R., et al., *Integrative medicine in residency: assessing curricular needs in eight programs*. *Fam Med*, 2009. 41(10): 708-14.
82. Stock-Schröer, B., et al., *Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren: Stand der Lehre im QB12 an deutschen Medizinischen Fakultäten*. *Complement Med Res*, 2016. 23(6): 370-372.
83. Antonovsky, A., *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. 1997, Tübingen: dgvt-Verlag. 224.
84. Petzold, T.D., *Systemische und dynamische Aspekte von Ganzheit in einer Theorie der Allgemeinmedizin*. *Z Allg Med*, 2011. 87(10): 407-413.
85. Ten Cate, O., *Competency-Based Postgraduate Medical Education: Past, Present and Future*. *GMS J Med Educ*, 2017. 34(5): Doc69.
86. Berberat, P.O., S. Harendza, and M. Kadmon, *Entrustable professional activities - visualization of competencies in postgraduate training. Position paper of the Committee on Postgraduate Medical Training of the German Society for Medical Education (GMA)*. *GMS Z Med Ausbild*. 2013;30(4):Doc47

7 Erklärungen zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung unter Betreuung von Prof. Dr. med. Stefanie Joos durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte durch mich und unter Mithilfe von Prof. Dr. med. Stefanie Joos Dr. med. Elisabeth Flum, Dr. med. Simon Schwill, Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Katja Krug und Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szecsenyi.

Die Umfrage wurde von mir eigenständig durchgeführt.

Die statistische Auswertung erfolgte eigenständig durch mich mit Unterstützung von Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Katja Krug.

Die zitierte Veröffentlichung, die im Rahmen dieses Dissertationsprojekts entstanden ist, wurde von mir geschrieben und angefertigt. Hinweise und Korrekturen der Co-Autoren wurden in die finale Publikation eingearbeitet.

Ich versichere, das Manuskript selbständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Tübingen, den 16.Mai 2020

Valentini Jan



8 Veröffentlichungen

Teile der vorliegenden Dissertationsschrift wurden bereits in der folgenden Publikation veröffentlicht:

Valentini J, Flum E, Schwill S, Krug K, Szecsenyi J, Joos S. Komplementäre und Integrative Medizin in der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin: Ergebnisse einer Bedarfserhebung bei Ärzten in Weiterbildung. *Complementary Medicine Research* 2018;25(4):233-239; DOI 10.1159/000485319.

Danksagungen

Hiermit möchte ich mich herzlich bei meiner Betreuerin Prof. Dr. med. Stefanie Joos bedanken, für ihre stets fachkundige Betreuung und für ihren konstruktiven und motivierenden Austausch, der nicht nur wesentlich zum Erfolg dieser Arbeit beigetragen hat, sondern auch meinen beruflichen und wissenschaftlichen Werdegang maßgeblich geprägt hat.

Mein Dank gilt zudem Frau Carina Klocke, M.Sc., und Frau Dr. med. Hannah Haumann für das kritische Gegen- und Korrekturlesen der Arbeit und für die offenen und produktiven Diskussionen, die daraus hervorgegangen sind.

Meiner Familie und insbesondere meinen Eltern gebührt großer Dank, für Ihre unermüdliche Unterstützung und Begleitung während der gesamten Aus- und Weiterbildung und darüber hinaus. Ihr Vertrauen hat es mir ermöglicht, diesen Weg zu gehen.

Anhang – Fragebogen

Verbundweiterbildung^{plus}

Komplementäre und Integrative Medizin in der Allgemeinmedizin

Liebe Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung,

komplementärmedizinische Verfahren gewinnen in der Allgemeinmedizin zunehmend an Bedeutung. Die am häufigsten angewendeten Verfahren in der hausärztlichen Versorgung sind Neuraltherapie, Phytotherapie, Akupunktur, Homöopathie und Manuelle Medizin. Die Implementierung von komplementärmedizinischen Verfahren in die konventionelle Medizin unter Beachtung einer möglichst guten Evidenz und nachgewiesener Sicherheit wird als Integrative Medizin bezeichnet. Es gibt jedoch bisher keine klaren Empfehlungen über welche Kompetenzen eine Fachärztin/ ein Facharzt für Allgemeinmedizin im Bereich der **Komplementären und Integrativen Medizin (CIM)** verfügen sollte.

Ziel dieser Befragung ist es, Euer Wissen und Eure Einstellung zum Thema CIM zu erheben, um daraus abzuleiten, welche Kompetenzen in das Curriculum für die Weiterbildung zur Fachärztin/ zum Facharzt Allgemeinmedizin integriert werden sollten.

Die Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig. Die Daten werden anonym erhoben und ein Rückschluss auf Deine Person ist nicht möglich. Mit dem Ausfüllen und Abschicken dieses Fragebogens erklärst Du dich damit einverstanden, dass die anonym erhobenen Daten ausgewertet und veröffentlicht werden dürfen.

Vielen Dank für Deine Teilnahme!

Demografische Daten

Dein...

Geburtsjahr: _____

Geschlecht (m/w): _____

Jahr der Weiterbildung (1 bis 5): _____

Du befindest dich im...

stationären Weiterbildungsabschnitt	<input type="checkbox"/>	ambulanten Weiterbildungsabschnitt	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------

(A) Einstellung zur Komplementär- und Integrativen Medizin (CIM)						
Bitte bewerte folgende Aussagen	trifft voll und ganz zu					trifft gar nicht zu
1. Ich interessiere mich für das Thema CIM.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Integration von CIM in die hausärztliche Versorgung bringt für den Patienten Vorteile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ausreichende Evidenz ist für mich Voraussetzung für die Anwendung von CIM.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(B) Anwendung der Komplementär- und Integrativen Medizin (CIM)						
Bitte bewerte folgende Aussagen	sehr oft					nie
4. CIM spielt in meiner täglichen Arbeit eine wichtige Rolle.	<input type="checkbox"/>					
5. Ich frage bei meinen Patienten aktiv nach, ob sie selbst CIM nutzen.	<input type="checkbox"/>					
6. Ich werde von meinen Patienten bezüglich CIM um Rat gefragt.	<input type="checkbox"/>					
Bitte beantworte folgende Aussagen	ja			nein		
7. Ich wende CIM in meinem ärztlichen Alltag an.	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Falls ja, welche? <i>Freitext</i>						
8. Ich befinde mich bereits in der Phase der Zusatzweiterbildung für ein komplementärmedizinisches Verfahren.	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Falls ja, welche? (<i>Akupunktur, Homöopathie, Manuelle Medizin, Naturheilverfahren, Physikalische Therapie</i>)						

9. Ich strebe die Erlangung einer komplementärmedizinischen Zusatzweiterbildung an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, welche? (<i>Akupunktur, Homöopathie, Manuelle Medizin, Naturheilverfahren, Physikalische Therapie</i>)		
10. Ich wende CIM an mir selbst an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, welche Verfahren? <i>Freitext</i>		

(C) Wissen in der Komplementär- und Integrativen Medizin (CIM)						
Bitte bewerte folgende Aussagen	trifft voll und ganz zu					trifft gar nicht zu
11. Ich halte mein Wissen im Bereich der CIM für ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich fühle mich sicher, wenn ich von Patienten zum Thema CIM gefragt werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. In der Beurteilung möglicher Interaktionen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen in der CIM fühle ich mich sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Falls es Bereiche gibt in denen Du dich unsicher fühlst, welche? <i>Freitext</i>						
Bitte bewerte folgende Aussagen	trifft voll und					trifft gar

	ganz zu						nicht zu					
15. In der Beurteilung der Evidenzlage zur CIM fühle ich mich sicher.	<input type="checkbox"/>											
16. In der Beurteilung von Information in der (Laien-) Presse zur CIM fühle ich mich sicher.	<input type="checkbox"/>											
17. Ich fühle mich sicher in Fragen zur Kostenübernahme von CIM.	<input type="checkbox"/>											
18. Ich fühle mich sicher in Fragen zu den gesetzlichen Regelungen der CIM.	<input type="checkbox"/>											

(D) Weiterbildung in der Komplementär- und Integrativen Medizin (CIM)												
Bitte bewerte folgende Aussagen	trifft voll und ganz zu						trifft gar nicht zu					
19. Die Weiterbildung zum FA für Allgemeinmedizin sollte Kompetenzen aus dem Bereich CIM vermitteln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich habe Interesse an einem Lehrangebot zur CIM in der Verbundweiterbildung ^{plus} .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte beantworte folgende Aussagen	ja						nein					
21. Ich habe bereits Veranstaltungen zu CIM Themen im Rahmen der Verbundweiterbildung ^{plus} besucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, welche? <i>Freitext</i>												
22. Welche komplementärmedizinischen Verfahren sollen Bestandteil des kompetenzbasierten Curriculums für die Weiterbildung Allgemeinmedizin sein? <i>Freitext</i>												
23. Über welche Kompetenzen im Bereich CIM sollte ein Facharzt für Allgemeinmedizin verfügen? <i>Freitext</i>												

(E) Anmerkungen zur Komplementär- und Integrativen Medizin (CIM)

24. Hast Du noch Anmerkungen zum Thema CIM? *Freitext*

Herzlichen Dank nochmals für Deine Teilnahme!