

Aus dem
Institut für Allgemeinmedizin und
Interprofessionelle Versorgung der Universität Tübingen

**Komplementäre und Integrative Medizin an
Universitätskliniken in Baden-Württemberg – Eine
Befragung von Pflegenden, Ärzt:innen und anderen
Berufsgruppen zu Einstellungen, Kenntnissen und
Bedürfnissen**

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

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

vorgelegt von

Hesmert, Daniela Christine

2025

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Professorin Dr. S. Joos
2. Berichterstatter: Professor Dr. H. Cramer

Tag der Disputation: 20.08.2025

INHALTSVERZEICHNIS

Abkürzungsverzeichnis	I
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	III
1. Einleitung	1
1.1 Definitionen von Komplementärmedizin	1
1.2 Einteilung von KIM	2
1.3 Besonderheiten von KIM	4
1.4 Beispiele für KIM Verfahren	5
1.4.1 Achtsamkeit/Meditation	5
1.4.2 Akupunktur/Akupressur	6
1.4.3 Aromatherapie/-pflege	6
1.4.4 Äußerliche Anwendungen	7
1.4.5 Entspannungsverfahren	7
1.4.6 Manuelle Medizin	8
1.4.7 Phytotherapie	8
1.5 KIM international und in Deutschland	9
1.6 Anwendung von KIM bei Patient:innen	10
1.7 KIM bei Gesundheitspersonal	11
1.7.1 KIM bei Pflegenden	11
1.7.2 KIM bei Ärzt:innen	12
1.7.3 KIM bei Physiotherapeut:innen	13
1.7.4 KIM bei Psychotherapeut:innen und Psycholog:innen	14
1.7.5 KIM bei Hebammen	14
1.8 Entwicklung von KIM an Universitäten in Deutschland	15
1.9 Zusammenfassung und Hinführung zur Fragestellung	16
1.10 Fragestellung	16
2. Material und Methoden	17
2.1 Studiendesign	17
2.2 Studienpopulation	17
2.3 Verwendeter Fragebogen	18
2.3.1 Aufbau und Struktur des Fragebogens	18
2.3.2 Inhalte und Entwicklung des Fragebogens	18
2.3.3 Umsetzung als Online-Fragebogen	20
2.4 Ablauf der Befragung	20
2.4.1 Pilotierung (Zeittestung und Pretests)	20

2.4.2	Voraussetzungen	21
2.4.3	Durchführung der Befragung an den einzelnen Standorten	21
2.5	Auswertung	24
2.5.1	Statistische Auswertung.....	24
2.5.2	Kategorisierung von Variablen bei Berufsgruppenangaben	24
2.5.3	Umgang mit fehlenden Angaben.....	25
3.	Ergebnisse	26
3.1	Soziodemografie	26
3.1.1	Fragebögen in der Auswertung.....	26
3.1.2	Angaben zum Rücklauf	26
3.1.3	Demografische Angaben	27
3.2	Einstellungen zu KIM	29
3.2.1	Allgemeine Einstellung zu KIM.....	29
3.2.2	Haltung zu KIM	32
3.2.3	Einstellung zu einzelnen KIM Verfahren	34
3.2.4	Einflussfaktoren auf die Meinung zu KIM.....	35
3.3	Anwendung von KIM.....	36
3.3.1	KIM Anwendung und Berufsgruppe	36
3.3.2	KIM Verfahren in der Patient:innenversorgung	37
3.4	Kenntnisse und Informationsbedarf.....	38
3.4.1	Subjektiver Kenntnisstand zu KIM	38
3.4.2	Stellenwert von KIM in der Aus-/Weiter-/Fortbildung	39
3.4.3	Interesse an Fortbildungen zu KIM	40
3.5	KIM an Universitätskliniken	41
3.5.1	KIM in Gesprächen mit Patient:innen.....	41
3.5.2	KIM an Universitätskliniken	42
4.	Diskussion.....	44
4.1	Einstellungen zu KIM	44
4.1.1	Allgemeine Einstellung zu KIM an Unikliniken	44
4.1.2	Haltung zu KIM	46
4.1.3	Einzelne KIM Verfahren	49
4.1.4	Einflussfaktoren auf die Meinung zu KIM.....	52
4.2	Subjektiver Kenntnisstand zu KIM.....	53
4.3	Interesse an Fortbildungen zu KIM	54
4.4	Rolle von KIM an Universitätskliniken	55
4.4.1	Rolle von KIM in der Kommunikation mit Patient:innen	55

4.4.2	Rolle von KIM in der Versorgung	57
4.5	Stärken der Studie	61
4.5.1	Methodische Stärken	61
4.5.2	Stärken des Fragebogens.....	62
4.6	Limitationen.....	63
4.6.1	Rekrutierungsstrategien und Rücklauf	63
4.6.2	Selektionsbias.....	64
4.6.3	Fragebogenentwicklung und Begrifflichkeiten.....	64
4.7	Schlussfolgerung.....	65
5.	Zusammenfassung.....	68
6.	Literaturverzeichnis	70
7.	Erklärung zum Eigenanteil	85
8.	Veröffentlichungen	87
9.	Danksagung	88
	Anhang: Fragebogen in der finalen Version	89

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
AZKIM	Akademisches Zentrum Komplementäre und Integrative Medizin
ÄApprO	Ärztliche Approbationsordnung
BÄK	Bundesärztekammer
CAM	Englisch: Complementary and alternative medicine (Komplementäre und Alternative Medizin)
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DGMM	Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin
ebd.	ebenda
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KIM	Komplementäre und Integrative Medizin/ komplementär- und integrativ medizinische (Englisch: complementary and integrative medicine)
MBSR	Mindfulness-based stress reduction (Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion)
MFA	Medizinische:r Fachangestellte:r
MW	Mittelwert
NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine
NCCIH	National Center for Complementary and Integrative Health
o.J.	Ohne Jahr
PfIBG	Pflegeberufegesetz
Physioth.	Physiotherapeut:innen
PhysTh-APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physio- therapeuten
PMR	Progressive Muskelrelaxation

SD	Standardabweichung
UKT	Universitätsklinikum Tübingen
VUD	Verband der Universitätsklinika Deutschlands
WHO	Englisch: World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
ZFA	Zahnmedizinische:r Fachangestellte:r

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1: Einteilung von komplementären Verfahren (NCCIH 2021)	2
Abbildung 2: Einteilung von Komplementärmedizin (Witt 2009)	3
Abbildung 3: Allgemeine Haltung zu KIM nach Berufsgruppe	30
Abbildung 4: Allgemeine Haltung zu KIM nach Berufsgruppe und Geschlecht	32
Abbildung 5: Eigene Anwendung und Anwendung bei Patient:innen	37
Tabelle 1: Versand in Tübingen.....	22
Tabelle 2: Versand in Freiburg	22
Tabelle 3: Versand in Ulm	23
Tabelle 4: Versand in Heidelberg	23
Tabelle 5: Rücklauf Überblick.....	27
Tabelle 6: Demografie Befragte.....	28
Tabelle 7: Berufsgruppen in der Befragung.....	28
Tabelle 8: Allgemeine Haltung zu KIM	29
Tabelle 9: Einstellung zu KIM	33
Tabelle 10: KIM Verfahren in der Patient:innenversorgung	34
Tabelle 11: Einflussfaktoren auf die Meinung zu KIM.....	36
Tabelle 12: Eigene Anwendung von KIM und Anwendung bei Patient:innen ...	37
Tabelle 13: Kenntnisstand zu KIM.....	39
Tabelle 14: Stellenwert von KIM in der Aus-/Weiter- und Fortbildung	40
Tabelle 15: Interesse an Fortbildungen zu KIM	41
Tabelle 16: Kommunikation mit Patient:innen über KIM	42
Tabelle 17: KIM an Universitätskliniken.....	43

Die Formulierungen des Originalfragebogens wurden belassen und die Genderformen nicht angepasst. Es sind damit trotzdem alle Menschen gemeint.

Die Reihenfolge der Berufsgruppen (Pfleger:innen, Ärzt:innen etc.) wurde anhand des Anteils (Anzahl der Teilnehmenden) in der Befragung gewählt. „Pfleger:innen“ (anstatt „Pflegerfachpersonen“) wurde als Formulierung gewählt, da auch Pflegeassistent:innen miteinbezogen wurden.

1. EINLEITUNG

1.1 Definitionen von Komplementärmedizin

Unter Komplementärmedizin werden verschiedene Verfahren mit unterschiedlichen Ansätzen zusammengefasst. Der Begriff wird nicht einheitlich verwendet und es gibt verschiedene Definitionen.

Eine international wichtige Aufgabe bei der Eingrenzung des Begriffs kommt dem „National Center for Complementary and Integrative Health“ (NCCIH) in den USA zu. Bis 2014 hieß dieses „National Center for Complementary and Alternative Medicine“ (NCCAM). Daher wird bzw. wurde im Englischen oft das Wortpaar „Complementary and Alternative Medicine“ (CAM) verwendet (z.B. Kessel et al. 2016).

Unter komplementärer Medizin werden dabei Verfahren verstanden, *„die im Einklang mit der konventionellen Medizin verwendet werden“* (Original englisch; NCCIH 2021).

Zur alternativen Medizin zählen in Abgrenzung dazu Therapien, *„die anstelle von konventionellen Therapien angewendet werden“* (Original englisch; NCCIH 2021).

In den letzten Jahren ist zunehmend von „integrativer“ oder „komplementärer und integrativer Medizin“ die Rede (auf Englisch: „complementary and integrative health“ (CIH)) (z.B. Schwartz et al. 2021).

Brinkhaus und Esch definieren:

„Integrative Medizin betont die Wichtigkeit der Arzt-Patienten-Beziehung, zielt auf Ganzheitlichkeit, ist informiert durch Evidenz und nutzt sowohl alle angemessenen therapeutischen, präventiven, gesundheitsförderlichen oder lebensstilbezogenen Ansätze als auch alle Gesundheitsdisziplinen, um eine optimale Gesundheit und Heilung zu erreichen - indem sie sowohl die Heilkunst als auch die Wissenschaft des Heilens hervorhebt.“

(Original englisch; Brinkhaus/Esch 2021: IX)

Im Bereich der Onkologie hat sich die Formulierung „Integrative Onkologie“ etabliert (Witt et al. 2017).

Auf der Basis dieser Definitionen und der Entwicklung in Bezug auf die Anwendung der Begrifflichkeiten wird in dieser Arbeit „**Komplementäre und Integrative Medizin**“ (KIM) verwendet.

Bei den zitierten Studien wurde im Original meist CAM, einmal TCAM („traditional, complementary, and alternative medicine“), teilweise CM/CT („complementary medicine/therapies“) verwendet.

1.2 Einteilung von KIM

Die **internationale** Einteilung von KIM nach dem NCCIH erfolgt anhand des genutzten Therapieansatzes. Hierbei werden ernährungsbezogene (z.B. Diäten, Nahrungsergänzungsmittel, pflanzliche Wirkstoffe), psychologische (z.B. Achtsamkeit) und körperliche (z.B. Massage) Ansätze und Mischformen unterschieden (NCCIH 2021). Die vollständige Einteilung hierzu findet sich in Abbildung 1.

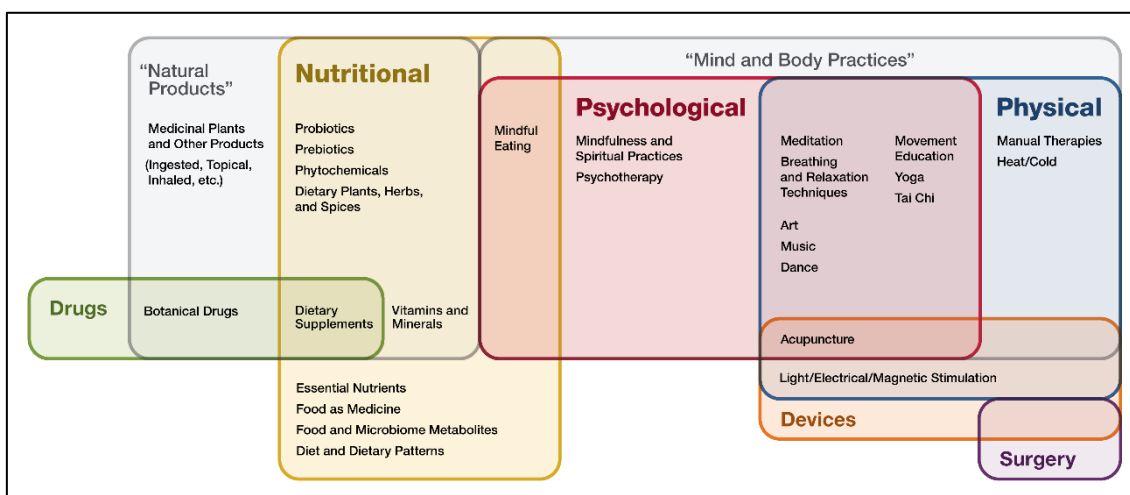


Abbildung 1: Einteilung von komplementären Verfahren (NCCIH 2021)

Im englischen Original.

Eine mögliche Einteilung von KIM in **Deutschland** wird in einem Lehrbuch von Volger/Brinkhaus (2017b: 5f) verwendet. Hier werden drei Kategorien zur Einteilung genannt: Klassische Naturheilverfahren, eigenständige Medizinsysteme und unkonventionelle diagnostische und therapeutische Einzelverfahren. Eine ähnliche Kategorisierung von Witt (2009) findet sich in Abbildung 2.

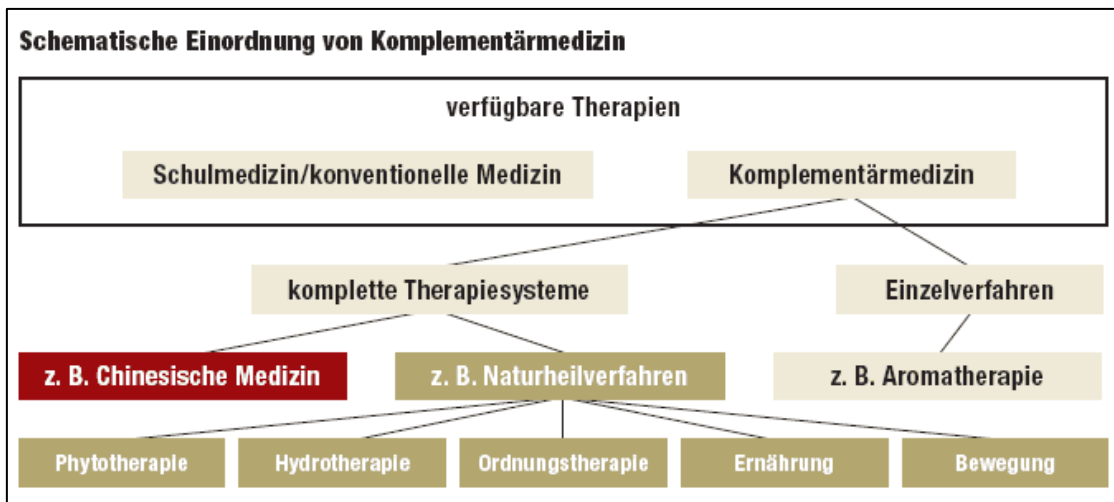


Abbildung 2: Einteilung von Komplementärmedizin (Witt 2009)

Zu den **eigenständigen Medizin/ Therapiesystemen** zählen beispielsweise traditionelle chinesische Medizin, traditionelle indische Medizin/Ayurveda und anthroposophische Medizin (Prinz 2021b: 11). Ein Beispiel für ein **Einzelverfahren** ist Aromatherapie (Witt 2009).

Zu den klassischen **Naturheilverfahren** zählen Balneotherapie/ Hydrotherapie, Phytotherapie, Diätetik, Bewegungslehre und Ordnungstherapie (z.B. Jobst/Joos 2017: 140). Sie sind in Deutschland stark verankert. Unter Naturheilkunde versteht man

„die Lehre von der Behandlung u. Vorbeugung von Krankheiten unter Einsatz von der natürlichen Umwelt entnommenen u. naturbelassenen Heilmitteln“

(Pschyrembel 1995: 206)

Naturheilverfahren sind definiert als

„therapeutische Maßnahmen, die mit direkt aus der Natur entnommenen, nebenwirkungsarmen Mitteln körperliche und seelische Ordnungs- und Heilkräfte aktivieren und im Rahmen der Gesamtmedizin der Gesundheitsförderung, der Linderung von Beschwerden sowie der Heilung von Krankheiten dienen“

(Volger/Brinkhaus 2017a: 3)

Den Naturheilverfahren liegt im Gegensatz zu pathogenetischen Überlegungen in der konventionellen Medizin eher ein hygiogenetisches Konzept zugrunde. Darunter wird verstanden, dass Krankheitssymptome als unzureichende

Selbstregulierungsmechanismen gedeutet werden (Volger/Brinkhaus 2017b: 7). Krankheiten gelten als Regulationsstörungen und gestörte Homöostase. Bestimmte Reize sollen den Prozess der Adaptation als Möglichkeit der Wiederherstellung eines Gleichgewichts ermöglichen (Brinkhaus 2017: 24). Naturheilverfahren kommen insbesondere im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung eine wichtige Bedeutung zu (ebd.). So werden beispielsweise Bewegungstherapie und Ernährungstherapie bei der Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen aufgegriffen; Mind-Body-Medizin als Stressmanagement ist eine modifizierte Form der Ordnungstherapie (Brinkhaus 2017: 30f). Naturheilverfahren dienen auch der Stärkung des Kohärenzgefühls. Damit ist im Sinne des Salutogenese-Konzepts von Antonovsky gemeint, dass Geschehenes verstehbar, handhabbar und sinnhaft erlebt wird (Antonovsky 1997: 34).

1.3 Besonderheiten von KIM

Bei KIM geht es im Allgemeinen oft um Methoden, die die Patient:innen selbst anwenden können, bei denen sie selbst aktiv werden können und ihre **Selbstwirksamkeit** erhöhen (Jobst/Joos 2017: 139). So gaben auch Patient:innen an Universitätskliniken in Baden-Württemberg in einer Befragung als Hauptgründe für die Anwendung von KIM eine Verbesserung des Wohlbefindens und der Gesundheit an und die Möglichkeit, aktiv etwas gegen die Krankheit tun zu können (Lederer et al. 2021). Der Patient:innenzentrierung kommt zudem bei KIM eine besondere Wichtigkeit zu (Jobst/Joos 2017: 137). Wie bei anderen nicht-medikamentösen Verfahren, beispielsweise Operationen (Moseley et al. 2002) und Psychotherapie (Rosenthal/Frank 1956), wird die **Rolle des Placeboeffekts** auch bei KIM Verfahren wissenschaftlich diskutiert (Fischer et al. 2012). Der Placeboeffekt setzt sich auch aus verschiedenen Einflüssen zusammen, wie Erwartungen von Patient:innen und neurobiologische Mechanismen; gemeinsam mit z.B. dem natürlichen Krankheitsverlauf oder statistischen Effekten spricht man von Placeboreaktion/-antwort oder Kontexteffekten (Haflíðadóttir et al. 2021). Unter einem Placebo werden Interventionen oder Substanzen verstanden, die eine positive Wirkung zeigen,

die nicht durch deren beinhalteten pharmakologische, psychologische oder andere Bestandteile erklärbar ist (Mitsikostas et al. 2020). Die Wahl einer geeigneten Kontrollgruppe für placebokontrollierte Studien als Goldstandard ist bei nicht-medikamentösen Verfahren und somit auch bei einigen KIM Verfahren teilweise schwierig z.B. bei Akupunkturstudien (Chae et al. 2018; Fei et al. 2022). Auch eine Doppelverblindung ist nicht immer möglich. Da es sich bei KIM um ein breites Spektrum unterschiedlicher Verfahren handelt, muss der Placeboeffekt differenziert auf der Ebene der Einzelverfahren und für verschiedene Indikationen beurteilt werden.

1.4 Beispiele für KIM Verfahren

Einige in dieser Arbeit häufig genannten KIM Verfahren werden hier im Folgenden angerissen (in alphabetischer Reihenfolge). Es werden jeweils einige Indikationen mit positiven Studienergebnissen genannt. Eine umfassende Darstellung würde den Umfang sprengen.

1.4.1 Achtsamkeit/Meditation

Unter Achtsamkeit versteht man eine Art der Meditation, bei der die Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment gerichtet wird (Ludwig/Kabat-Zinn 2008). Eine bekannte Achtsamkeitstechnik ist MBSR („mindfulness based stress reduction“). Achtsamkeitsbasierte Verfahren sind gut wissenschaftlich erforscht. Beispielsweise könnte MBSR einem Review zufolge bei Depressivität von Brustkrebspatientinnen zur Symptomreduktion führen (Schell et al. 2019). Ergebnisse von Metaanalysen weisen auch auf eine Besserung von Reizdarmbeschwerden (Aucoin et al. 2014) und von psychologischen Beschwerden (Khoury et al. 2013) mit achtsamkeitsbasierten Verfahren hin.

Für Meditation ist ein Zusammenhang mit veränderten Hirnstrukturen beschrieben (Fox et al. 2014). Laut einem Cochrane-Review deuteten sich für Meditation vergleichbare Effekte wie bei anderen Entspannungsverfahren zur Behandlung von Angststörungen an (Krisanaprakornkit et al. 2006). Einer Metaanalyse zufolge kann beispielsweise eine Verbesserung bei Ängsten und depressiven Symptomen erzielt werden (Goyal et al. 2014). Auch erweiterte

Effekte, wie eine positive Wirkung auf soziale Kompetenzen, wurden gezeigt (Sedlmeier et al. 2012).

1.4.2 Akupunktur/Akupressur

Akupunktur ist Teil der traditionell chinesischen Medizin und dient dazu, mithilfe einer Stimulation der sogenannten Akupunkturpunkte, aus einer Dysbalance (Krankheiten/Symptome) eine Balance wiederherzustellen (Jobst/Joos 2017: 144). Unterschieden werden dabei verschiedene Arten, beispielsweise Elektroakupunktur, Akupressur (mit Druck) oder Laserakupunktur (ebd.). Akupunktur wird in mehreren deutschen Leitlinien empfohlen, z.B. bei onkologischen Erkrankungen (Leitlinienprogramm Onkologie 2021) oder bei Kreuzschmerz (BÄK/KBV/AWMF 2017). Bei Chemotherapie-induziertem Erbrechen ist Akupunktur einem systematischen Review von Garcia et al. (2013) zufolge eine wirksame ergänzende Therapieoption. Auch zur Linderung von Schmerzen schätzen Studien zum Teil Akupunktur als wirksam ein – beispielsweise bei Tumorschmerzen (He et al. 2020; Paley et al. 2015) oder Schulterschmerzen (Molsberger et al. 2010; Vickers et al. 2018). Zu Migräne ist in einem Cochrane-Review von Linde et al. (2016) eine Reduktion der Kopfschmerzhäufigkeit beschrieben. Da in groß angelegten Studien aus Deutschland (Haake et al. 2007; Scharf et al. 2006) eine Überlegenheit von Akupunktur gegenüber einer Standardbehandlung für chronische Knie- und Rückenschmerzen gezeigt werden konnte, wird Akupunktur bei qualifizierten Ärzt:innen für diese Indikationen auch von den Gesetzlichen Krankenkassen finanziert (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2024).

1.4.3 Aromatherapie/-pflege

Während Aromapflege eher der Verbesserung des Wohlbefindens dient und auch von Pflegekräften angewendet wird, darf Aromatherapie als Heilbehandlung in Deutschland nur von Ärzt:innen, Heilpraktiker:innen und Hebammen angewendet werden und auch bezüglich der Dosierung gibt es Unterschiede (Prinz 2021a: 103-104).

Beiden Verfahren ist gemeinsam, dass ätherische Öle zur Anwendung kommen können (ebd.). Zur Wirksamkeit von Aromatherapie wurden Übersichtsarbeiten

gemacht: Eine Metaanalyse konnte beispielsweise Effekte von Aromatherapie auf die Schlafqualität zeigen (Hwang/Shin 2015). Bei einem Cochrane-Review zu Übelkeit und Erbrechen nach Operationen konnte hingegen keine Überlegenheit gegenüber Placebo festgestellt werden (Hines et al. 2018). In einem Review von Lee et al. (2011) zu Aromatherapie bei Angststörungen, konnten in fast allen Studien positive Effekte gezeigt werden und zum Teil auch eine Überlegenheit gegenüber Placebo oder Standardbehandlung. In einer retrospektiven Studie in den USA besserte sich durch die Anwendung von Aromatherapie durch Pflegekräfte die Symptomlast bei stationären Patient:innen signifikant (Johnson et al. 2016).

1.4.4 Äußerliche Anwendungen

Zu den äußerlichen Anwendungen zählen Wickel, Auflagen und Einreibungen. Wickel bestehen aus mehreren (meist drei) Lagen Tüchern mit bestimmtem Zweck (Al-Abtah/Langels 2020: 713). Der Wadenwickel bei Fieber zählt zu den bekanntesten Wickeln. Auflagen sind im Gegensatz dazu meist einlagig (ebd.: 713). Damit werden eher bestimmte Körperbereiche bedeckt (Prinz 2021d: 46). Wickel und Auflagen nutzen häufig die wärmende oder kühlende Eigenschaft von Wasser (Hydrotherapie). Zusätze, wie Kräuter (z.B. Rosmarin), können darüber hinaus spezifische Wirkungen haben (Al-Abtah/Langels 2020: 712). Einreibungen können mit ätherischen Substanzen stattfinden und werden z.B. bei Atembeschwerden eingesetzt (Schulte 2020: 957). In der Anthroposophischen Medizin spielen auch rhythmische Einreibungen eine Rolle (Prinz 2021c: 149). Für rhythmische Einreibungen mit Solumöl sind in einer prospektiven Beobachtungsstudie Effekte auf chronische Rückenschmerzen beschrieben (Ostermann et al. 2008).

1.4.5 Entspannungsverfahren

Zu den Entspannungsverfahren gehören beispielsweise Autogenes Training, Biofeedback und Progressive Muskelrelaxation, bei der Muskelgruppen nacheinander angespannt werden (Laux 2021). Beispielsweise für Schmerzen gibt es klinische Wirkungsnachweise für Entspannungsverfahren (Vambheim et al. 2021). Eine große Metaanalyse zeigte für Autogenes Training bei psychischen

Erkrankungen Überlegenheit gegenüber Placebo, aber ähnlich gute oder schlechtere Wirkungen als andere psychologische Behandlungen, wie z.B. Biofeedback (Stetter/Kupper 2002).

Für Krebspatient:innen konnten positive Effekte von Entspannungstraining auf mehrere behandlungsassoziierte Beschwerden in einer Übersichtsarbeit beschrieben werden (Luebbert et al. 2001). Auch moderate Effekte bei der Reduktion von Ängsten konnten in einer Metaanalyse gezeigt werden (Manzoni et al. 2008).

1.4.6 Manuelle Medizin

Manuelle Medizin bzw. Manuelle Therapie dient überwiegend der Behandlung von Symptomen des Bewegungsapparats. Es werden sowohl manipulative als auch mobilisierende Techniken angewendet (Sönnichsen 2017: 132). Manuelle Medizin zählt als Teil der Osteopathie, die zusätzlich auch viszerale Techniken nutzt (Steinhäuser 2022: 875). Sowohl Physiotherapeut:innen (DGMM 2022) als auch Ärzt:innen (BÄK 2023: 387-389) können eine Zusatzweiterbildung in Manueller Medizin erwerben.

Chronische nicht-spezifische Schmerzen im unteren Rücken konnten einer Metaanalyse zufolge mit Manueller Therapie gebessert werden (Franke et al. 2014). Bei akuten und subakuten Nackenbeschwerden konnte in einem Cochrane-Review eine Überlegenheit gegenüber bestimmten Medikamenten durch mehrere Behandlungseinheiten gezeigt werden, die mittel- und langfristig fortbestanden (Gross et al. 2015).

1.4.7 Phytotherapie

Unter Phytotherapie versteht man die „*Behandlung mit ganzen Pflanzen, Pflanzenteilen oder Pflanzenextrakten*“ (Jobst/Joos 2017: 145). Effekte von Phytotherapie konnten in Übersichtsarbeiten gezeigt werden. Ein Cochrane-Review belegt beispielsweise die Möglichkeit der Prävention von Harnwegsinfekten mit Moosbeeren (Cranberrys) (Williams et al. 2023). In einer Metaanalyse zeigten sich bessernde Effekte von verschiedenen phytotherapeutischen Anwendungen (z.B. Thymianzubereitungen) auf Husten im Rahmen von Infekten der oberen Atemwege (Wagner et al. 2015). Ingwer kommt

als supportive Option bei Chemotherapie-induziertem Erbrechen infrage (Ryan et al. 2012). Vier Phytotherapeutika sind bei bestimmten Indikationen von der Gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland erstattungsfähig: Ginkgo, Johanniskraut, Flohsamenschalen und Misteltherapie (Joos/Valentini 2022: 829). Kognitive Funktionen können mithilfe von Ginkgo einem systematischen Review von Tan et al. (2015) zufolge stabilisiert werden und van der Schoot et al. (2022) haben eine Besserung von bei chronischer Obstipation durch Flohsamenschalen Besserung beschrieben. Johanniskraut hat in Studien bei mittelschweren Depressionen ähnlich gute Wirkungen erzielt wie andere Antidepressiva (Ng et al. 2017) und Misteltherapie kann möglicherweise in einer Palliativsituation von Tumorpatient:innen die Lebensqualität der Betroffenen bessern (Loef/Walach 2020).

1.5 KIM international und in Deutschland

Die Verbreitung von KIM ist international hoch. Die höchste Prävalenz für die vorangegangenen 12 Monate für KIM zeigte sich in einem systematischen Review aus 15 Ländern mit 76% in Japan (Yamashita et al. 2002 zitiert in: Harris et al. 2012).

In einer nationalen Gesundheitsbefragung in den USA nutzten 34% der Erwachsenen in den vorherigen zwölf Monaten KIM (Clarke et al. 2015). Seit 2002 kam es hier zu einem Anstieg der Nutzung von meditativen Bewegungstherapien auf 10% (ebd.). Insgesamt stieg die KIM Prävalenz von 2002 bis 2007 auf 36% und stagnierte dann (ebd.).

In Europa zeigen viele Bürger:innen positive Einstellungen zu KIM (Nissen et al. 2012). Dort beträgt die 12-Monats-Prävalenz für KIM insgesamt 25,9% (Kemppainen et al. 2018). In Dänemark konnte in einer neueren Analyse von repräsentativen Bevölkerungsumfragen gezeigt werden, dass die Nachfrage nach KIM bis 2017 angestiegen ist und seitdem leicht sinkt. 2021 war die Prävalenz der KIM Inanspruchnahme während der letzten zwölf Monate bei 24,0% (Møller et al. 2024). Innerhalb von Europa ist der Umgang mit KIM in unterschiedlichen Ländern unterschiedlich geregelt (Fischer et al. 2012).

Auch im deutschsprachigen Raum gibt es eine hohe Nachfrage nach KIM. So ist sie beispielsweise in der Schweiz in den letzten Jahren gestiegen, wie eine repräsentative Befragung des Bundesamtes für Statistik zeigen konnte. Von 2002 bis 2022 verdoppelte sich die Nutzung von Komplementärmedizin innerhalb der vorangegangenen 12 Monate fast (Anstieg von 16,4 auf 30,3%) (Bundesamt für Statistik 2024). Die Inanspruchnahme von Akupunktur stieg beispielsweise innerhalb von 15 Jahren von 4,8 auf 7,1% (von 2002 bis 2017) (Bundesamt für Statistik 2019). Auch für Homöopathie, Phytotherapie und Osteopathie konnten deutliche Anstiege verzeichnet werden (ebd.).

Die Nachfrage nach KIM ist in Deutschland mit 40% Prävalenz während der letzten 12 Monate höher als in anderen europäischen Ländern (Kemppainen et al. 2018). Wie eine aktuelle repräsentative Umfrage zeigte, haben 32% der 18- bis 75-Jährigen hier KIM in den letzten 12 Monaten genutzt (Jeitler et al. 2024). Eine Besonderheit in Deutschland ist die Inanspruchnahme von Heilpraktiker:innen. 4,7% der Befragten hat einer Studie des Robert-Koch-Instituts zufolge innerhalb der vorangegangenen 12 Monate eine:n Heilpraktiker:in konsultiert (Rattay et al. 2013).

1.6 Anwendung von KIM bei Patient:innen

Generell wird KIM bei verschiedensten Krankheitsbildern und Symptomen angewendet. Für Patient:innen mit malignen Erkrankungen konnte in einer internationalen Metaanalyse eine Nutzung von ca. 40% zum Zeitpunkt der Befragungen gezeigt werden (Horneber et al. 2012), bei Frauen mit Brustkrebs nutzten einer Befragung von Boon et al. (2007) zufolge über 80% KIM. Muskuloskelettale Schmerzen zählen zu den häufigsten Anwendungsgründen (Jeitler et al. 2024). Auch bei Infekten der oberen Atemwege kommt KIM zur Anwendung (Lucas et al. 2018).

Auch bei Patient:innen an Universitätskliniken ist die Inanspruchnahme von Komplementärmedizin hoch. Huber et al. (2004) haben Patient:innen in Abteilungen der Inneren Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Freiburg befragt. 65% würden demnach ein Zentrum für Komplementärmedizin

an der Klinik begrüßen. Über die Hälfte der Patient:innen wünschte sich eine Beratung zu KIM.

In einer neueren Befragung an Universitätskliniken in Baden-Württemberg gaben 48% der befragten Patient:innen an, aktuell KIM zu nutzen. Ca. 80% wünschten sich verlässliche Informationen zu dem Thema (Lederer et al. 2021).

1.7 KIM bei Gesundheitspersonal

Als mögliche Ansprechpartner:innen zu KIM kommen Mitarbeitende an den Kliniken infrage, die in direktem Kontakt mit Patient:innen sind. Dies sind insbesondere Pflegende, Ärzt:innen, Therapeut:innen und Hebammen. Laut Furlow et al. (2008) war das Gesundheitspersonal bei einer Befragung in der Gynäkologie und Geburtshilfe nach Familien und Freunden die zweithäufigste Informationsquelle zu KIM.

Im Rahmen von evidenzbasierter Medizin sollen neben der externen Evidenz aus Studien für eine gute medizinische Versorgung auch Patient:innenpräferenzen und die klinische Expertise der medizinischen Fachkräfte miteinbezogen werden (Sackett et al. 1996).

Deshalb sind die Erfahrungen und Einstellungen des Personals ebenfalls wichtig. In den USA wurde in einer Übersichtsarbeit eine positive Einstellung zu KIM bei Gesundheitspersonal gefunden (Johnson et al. 2012). Auch in der Schweiz zeigte sich an einer Universitätsklinik eine starke Akzeptanz von KIM bei den Mitarbeitenden (Aveni et al. 2016).

Im Folgenden wird auf den Forschungshintergrund zu KIM bei den einzelnen Berufsgruppen (soweit vorhanden, in Deutschland) eingegangen. Dabei soll ein Fokus auf Anwendung und Einstellung, Kenntnisse und Bedarfe liegen. Die Reihenfolge erfolgt anhand des Anteiles der Berufsgruppe in unserer Befragung.

1.7.1 KIM bei Pflegenden

Eine **Anwendung** von KIM in der klinischen Praxis wurde einem internationalen Scoping Review zufolge von mehr als der Hälfte der Pflegenden berichtet (Chang/Chang 2015). Die häufigsten angewendeten Verfahren im Klinikalltag waren hier Massagen, Entspannungsverfahren und Phytotherapie (ebd.). In

Australien waren es Manuelle Medizin und Mind-Body-Medizin (Shorofi/Arbon 2017).

In der Pflegeausbildung werden einige KIM Verfahren gelehrt. Beispielsweise wird Basiswissen zu Wickeln und Auflagen in üblicher Literatur für die Ausbildung thematisiert (Al-Abtah/Langels 2020). Zur Schmerzbehandlung werden als nicht-medikamentöse Maßnahmen u.a. Aromapflege, Entspannungstechniken und Thermotherapie oder äußerliche Anwendungen von Pflegenden angeboten (Lexa 2020).

Ein systematisches Review untersuchte die **Einstellung** von Pflegenden zu KIM von 2000 bis 2015 in Artikeln aus überwiegend USA und Australien (Hall et al. 2017). Insgesamt drückten Pflegende hier eine positive Haltung aus. Auch in einer Befragung in chirurgischen Abteilungen drückten Pflegende in Australien Befürwortung aus (Shorofi/Arbon 2017).

Pflegende schätzten ihren **Kenntnisstand** zu KIM als zu gering ein und fast die Hälfte der Befragten berichtete über Unsicherheit in Patient:innengesprächen zu dem Thema (Chang/Chang 2015).

1.7.2 KIM bei Ärzt:innen

Zur **Anwendung** von KIM zeigte eine schweizerische Befragung von Marszalek et al. (2017), dass ca. ein Drittel der ambulanten Ärzt:innen KIM anwendeten und zwei Drittel dorthin überwiesen. Bei *Hausärzt:innen* in Deutschland ist ebenfalls bekannt, dass sie KIM häufig anwenden (Joos et al. 2011; Linde et al. 2015). In einer italienischen Studie bei *Klinikärzt:innen* gaben über die Hälfte der Befragten an, KIM zu empfehlen (Berretta et al. 2020). In Deutschland fehlen dazu Studien. Im Rahmen des Medizinstudiums müssen in Deutschland laut der Approbationsordnung für Ärzt:innen Naturheilverfahren in einem Querschnittsbereich gelehrt werden (ÄApprO, §7, Absatz 1). Ärzt:innen können zudem in ihrer Weiterbildung als Fachärzt:in eine Zusatzweiterbildung in komplementären Verfahren absolvieren. So hatten beispielsweise 11.900 berufstätige Ärzt:innen 2023 deutschlandweit die Zusatzbezeichnung für Naturheilverfahren, über 12.700 für Akupunktur und ca. 17.500 zu Manueller Medizin/Chirotherapie. Damit zählen die KIM Verfahren zu den häufigsten Zusatzbezeichnungen (BÄK 2023: 42-43). Die am häufigsten angewendeten KIM

Verfahren waren bei ambulanten Ärzt:innen einer deutschlandweiten Befragung zufolge physikalische Therapien und pflanzliche Medikamente (Stange et al. 2008).

Hinsichtlich der **Einstellung** ist bekannt, dass sich in den USA 73,8% der befragten Ärzt:innen in Gynäkologie und Geburtshilfe für KIM aussprechen (Furlow et al. 2008). Insgesamt sind Ärzt:innen ablehnender zu KIM als Pflegende (Sewitch et al. 2008; Trimborn et al. 2013). Eine Befragung von Gynäkolog:innen in Deutschland, die teils ambulant, teils stationär tätig waren, zeigte aber ein hohes Interesse an KIM (Grimm et al. 2021).

Fast 80% der Patient:innen an Universitätskliniken in Deutschland sind der Ansicht, dass Ärzt:innen einen guten **Kenntnisstand** zu KIM haben sollten (Lederer et al. 2021). Ärzt:innen, die an Universitätskliniken oder Forschungsinstituten in der Schweiz arbeiteten, waren besser über KIM informiert als andere (Berretta et al. 2020). Ob sich dieser Trend auch in Deutschland zeigt, ist nicht bekannt.

1.7.3 KIM bei Physiotherapeut:innen

Die **Anwendung** von KIM erfolgt einer englischen Befragung zufolge hauptsächlich mit Akupunktur und Massage (Hughes et al. 2011). Nach den gesetzlichen Vorgaben in Deutschland werden Physiotherapeut:innen zum momentanen Zeitpunkt mit mind. 150 Stunden von 2900 Stunden theoretischem Unterricht in Massagetherapie ausgebildet. Auch die Ausbildung in Hydrotherapie und Manueller Medizin ist gesetzlich vorgeschrieben (§ 1 und Anlage 1, PhysTh-APrV).

In einer Studie aus Großbritannien zeigte sich eine vorsichtige **Einstellung** von Physiotherapeut:innen zu Akupunktur bei Schwangeren (Waterfield et al. 2015). 10,2% der Physiotherapeut:innen nutzten einer Befragung von Bjerså et al. (2012) zufolge KIM in der klinischen Praxis. Insgesamt schätzte der Großteil der Befragten den eigenen **Kenntnisstand** gering ein.

Insgesamt ist jedoch wenig zu Physiotherapie und KIM bekannt.

1.7.4 KIM bei Psychotherapeut:innen und Psycholog:innen

Im Rahmen von Psychotherapien kommen Entspannungsverfahren zur **Anwendung** (Maercker 2018). Auch achtsamkeitsbasierte kognitive Therapien spielen eine Rolle (Laux 2021).

Australische Psycholog:innen variierten in einer qualitativen Studie zwischen Aufgeschlossenheit mit sehr positiven **Einstellungen** und skeptischen Haltungen (Hamilton/Marietti 2017). In Indonesien schätzten klinische Psycholog:innen ihre Einstellung zu KIM in einem nicht PubMed-gelisteten Artikel positiv ein (Liem/Newcombe 2021).

Der **Kenntnisstand** wurde hier gering eingeschätzt. Über 80% hatten schon KIM empfohlen. In vier westlich geprägten Ländern gaben 60% der befragten eingetragenen Psycholog:innen an, ein Training in KIM erhalten zu haben (Stapleton et al. 2015).

In Deutschland und generell zu KIM ist bei psychologischen Berufen wenig bekannt.

1.7.5 KIM bei Hebammen

Die **Anwendung** von komplementären Methoden ist Studien zufolge in der Hebammenkunde weit verbreitet (Hall et al. 2012). Bei der Beratung von Schwangeren werden in gängigen Lehrbüchern zur Hebammenkunde Massage und Einreibungen zur Schmerzbehandlung empfohlen (Höfer 2020). Auch als nicht-medikamentöse Maßnahmen während der Geburt werden Massage, Akupunktur/Akupressur, Phytotherapie und Entspannungstechniken zur Schmerzbehandlung gelehrt (Rosenberger/Stiefel 2020).

Laut dem Deutschen Hebammenverband sind die Unterstützung von Patientinnen bei Entspannung, Massage und Atemtechniken Kompetenzen, die Hebammen nach ihrem Studium erworben haben sollen (Deutscher Hebammenverband 2019).

Neben Ärzt:innen und Heilpraktiker:innen sind Hebammen zudem die einzigen Angehörigen von Gesundheitsberufen, die Aromatherapie anbieten dürfen (im Gegensatz zu Aromapflege) (Prinz 2021a). In einer Befragung in Geburtshilfe-Abteilungen an deutschen Kliniken wendeten Hebammen Aromatherapie meist

eigenständig an (Münstedt et al. 2009a). Darüber hinaus waren sie häufige Anwender:innen von Akupunktur. Für den Einsatz von komplementären Methoden im Generellen war die Motivation von Hebammen hier der entscheidendste Faktor (ebd.).

Massage, Pflanzliche Medikamente und Entspannungsverfahren waren die häufigsten Therapien, die von Hebammen laut einem internationalen Übersichtsartikel angewendet werden (Hall et al. 2012).

Der größte Teil der Hebammen hielt demnach auch die momentanen Fortbildungsmöglichkeiten für unzureichend (ebd.). Weniger als die Hälfte der befragten Hebammen in einer australischen Studie fühlte sich kompetent bei Patient:innengesprächen zu KIM (Mollart et al. 2021).

1.8 Entwicklung von KIM an Universitäten in Deutschland

In Wien entstand Ende des 19. Jahrhunderts die erste Professur im deutschsprachigen Raum (Hydrotherapie) (Stange 2019). Anfang des 20. Jahrhunderts wurde in Berlin die erste deutsche Professur hierzu eingeführt. Berlin blieb dann länger das Zentrum für Naturheilkunde an Universitäten in Deutschland. Nach und nach wurden mehrere Stiftungsprofessuren an deutschen Universitäten eingerichtet: 2002 in Rostock, 2009 in Berlin (2 Professuren) und 2010 in München (Stange 2013). Seit 2004 gibt es auch einen Stiftungslehrstuhl in Essen (ebd.). Laut einer Übersicht der Hufelandgesellschaft gibt es mittlerweile elf Professuren im Bereich Integrative Medizin in Deutschland (Hufelandgesellschaft o.J.). Die erste langfristig finanzierte Professur wurde 2022 in Tübingen eingeführt (Robert Bosch Stiftung o.J.).

Mit der neuen Approbationsordnung 2002 wurde im Medizinstudium- und damit auch in der universitären Lehre- Naturheilkunde verstärkt integriert durch die Einführung der Wahlfächer und des Querschnittsbereichs zu Naturheilverfahren (ÄApprO, §7, Absatz 1).

1.9 Zusammenfassung und Hinführung zur Fragestellung

Zusammenfassend kann man feststellen, dass es eine hohe Nachfrage von Patient:innen nach KIM gibt und sich KIM zunehmend auch im universitären Kontext findet. Zur Perspektive von Gesundheitspersonal im Generellen gibt es einige Vorstudien. Diese sind überwiegend beschränkt auf eine bestimmte Disziplin, z.B. Onkologie, oder auf einzelne Kliniken, überwiegend wird nicht nach integrativer, sondern nach komplementärer und alternativer Medizin gefragt. Zu einigen Berufsgruppen, z.B. Physiotherapie, gibt es insgesamt wenig Wissen aus Studien. Ziel dieser Arbeit ist es, mit einer multizentrischen Befragung ohne Beschränkung auf eine spezielle Fachdisziplin Forschungslücken zu schließen und besonders auf das Setting von Universitätskliniken in Deutschland einzugehen, über das bisher wenig bekannt ist.

1.10 Fragestellung

Folgende Forschungsfragen liegen der Arbeit zugrunde:

1. Wie sind die Einstellungen von Mitarbeitenden verschiedener Berufsgruppen in der Patient:innenversorgung an Universitätskliniken in Baden-Württemberg in Bezug auf KIM im Allgemeinen und zu einzelnen KIM Verfahren?
2. Wie schätzen die Mitarbeitenden verschiedener Berufsgruppen an Universitätskliniken ihre Kenntnisse zu KIM ein?
3. Wo liegen deren Interessensbereiche für Fortbildungen?
4. Wie ist die Rolle von KIM an Universitätskliniken aus der Sicht der verschiedenen Berufsgruppen in der Kommunikation mit Patient:innen und in der Versorgung?

2. MATERIAL UND METHODEN

2.1 Studiendesign

Es handelt sich um eine explorative quantitative Querschnittsstudie mithilfe eines anonymen, selbstentwickelten webbasierten Fragebogens. Sie wurde im Rahmen des AZKIM (Akademisches Zentrum Komplementäre und Integrative Medizin) durchgeführt.

Das Akademische Zentrum „Komplementäre und Integrative Medizin“ (AZKIM) wurde 2016 gegründet, ist ein Zusammenschluss von Ärzt:innen und Wissenschaftler:innen und wurde vom Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst (MWK) Baden-Württemberg gefördert. Ziel des AZKIM ist es, Komplementärmedizin mit streng wissenschaftlichen Methoden zu erforschen. *„Erklärtes Ziel von AZKIM ist es, im Sinne der „WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023“ eine fundierte Integrative Medizin (Schulmedizin in Einklang mit Komplementärmedizin) in Baden-Württemberg zu etablieren.“* (AZKIM o.J.)

Neben der hier dargestellten Studie fand auch eine andere Teilstudie statt, bei der Patient:innen an Universitätskliniken in Baden-Württemberg befragt wurden. Die gesamte Studie wurde beim Deutschen Register Klinischer Studien unter der Nr. 00015445 registriert.

2.2 Studienpopulation

Als Einschlusskriterien galten Mitarbeitende der vier Universitätskliniken in Baden-Württemberg. Ziel war es, im Rahmen einer Vollerhebung die Ärzt:innen und Pflegefachkräfte aller Bereiche der Patient:innenversorgung an vier Universitätskliniken in Baden-Württemberg (in Tübingen, Ulm, Freiburg und Heidelberg) zu befragen. Pflegeassistent:innen, Hebammen und Therapeut:innen wurden nachträglich zur Studienpopulation hinzugefügt.

Als Ausschlusskriterien galten eine Tätigkeit ohne Patient:innenkontakt (z.B. „Verwaltung“; Sekretärinnen ohne zusätzliche Angabe „Ambulanz“) und eine nicht vollendete Ausbildung bzw. kein abgeschlossenes Studium (z.B. „Medizinstudent“).

2.3 Verwendeter Fragebogen

2.3.1 Aufbau und Struktur des Fragebogens

Der Fragebogen bestand aus fünf Abschnitten. Die ersten drei davon waren nach den Hauptforschungsthemen aufgeteilt, die vorher festgelegt wurden (vgl. 1.10 Fragestellung): Einstellungen (6 Fragen), Kenntnisse und Informationsbedarf (3 Fragen), KIM an Universitätskliniken (4 Fragen). Hierbei wurden 10-stufige, endpunktbenannte und vierstufige, verbalisierte Likert-Skalen zur Einschätzung verwendet. Bei allen vierstufigen Skalen gab es auch die Antwortmöglichkeit „kann ich nicht beurteilen“. Im vierten Teil wurden demografische Daten abgefragt und im fünften Teil gab es die Möglichkeit, mittels Freitext Anmerkungen zu machen.

Im Fragebogen kamen offene, halboffene und geschlossene Fragen vor. Der vollständige Fragebogen findet sich im Anhang ab Seite 89.

2.3.2 Inhalte und Entwicklung des Fragebogens

Nach einer ausführlichen Literaturrecherche wurde seit September 2017 der Fragebogen in verschiedenen Versionen erstellt und weiterentwickelt. Initial wurde eine Papierversion des Fragebogens angelegt. Die Formulierungen orientierten sich an den Regeln nach A. L. Edwards zur Konstruktion von Fragebögen (Mummendey/Grau 2008: 67). Für die Erstellung des Fragebogens wurden außerdem bereits publizierte, validierte Fragebögen gesichtet und teilweise miteinbezogen (z.B. IMAQ Integrative Medicine Attitude Questionnaire (Schneider et al. 2003) und CAM Health Belief Questionnaire (Lie/Boker 2004)). Da es sich um medizinisches Fachpersonal handelte, wurde im Fragebogen Fachsprache verwendet.

Wie bei Raithel (2008: 75) vorgeschlagen, wurden die Fragen vom Allgemeinen (Allgemeine Haltung zu KIM) zum Besonderen (KIM an Universitätskliniken) angeordnet.

Im Einführungstext wurde eine Definition von KIM mit Beispielen angegeben, um ein einheitlicheres Verständnis zugrunde zu legen.

Die im Fragebogen mehrfach verwendete **Therapien-Liste** (Einzelverfahren zu KIM), die auch als Beispiele für KIM eingeblendet werden konnte, wurde nach

drei festgelegten Kriterien ausgewählt: Verbreitung in der Bevölkerung, Evidenz und/oder mögliche Anwendbarkeit an einer Universitätsklinik. Dazu wurden die Therapien aus komplementärmedizinischen Lehrbüchern (Kraft/Stange 2010; Stock-Schröer et al. 2013) und aus dem bereits verwendeten Fragebogen für Patient:innen an Universitätskliniken (Lederer et al. 2021), der an den gleichen Standorten verwendet werden sollte, gesammelt und die Liste im Verlauf gekürzt und kategorisiert.

Im Rahmen der Rückmeldungen aus den Pretests (vgl. 2.4.1 Pilotierung) und der Diskussion im Forschungsteam wurden im Laufe der Zeit folgende **Änderungen** im Fragebogen durchgeführt:

- Anzahl der Tabellen: Die Therapien-Liste wurde anfangs bei sehr vielen Fragen verwendet. Da das Ausfüllen des Fragebogens dadurch jedoch viel Zeit in Anspruch nahm, wurde die Anzahl reduziert.
- Demografie: Bei den demografischen Daten wurde in früheren Versionen des Fragebogens genauer nach der Anzahl der Berufsjahre mit Umrechnung in Vollzeitjahre gefragt und auch das Jahr des Berufsabschlusses abgefragt. Um die Teilnehmenden nicht mit Prozentrechnungen aufzuhalten, wurde die Frage vereinfacht.
- Einflussfaktoren/Informationsquellen: Einflussfaktoren auf die Meinung und die Informationsquellen in Bezug auf KIM wurden auf eine Frage reduziert, um die Wiederholung zu vermeiden.
- Eigene Inanspruchnahme/ Anwendung bei Patient:innen: Bei den Fragen nach eigener Inanspruchnahme und Anwendung bei Patient:innen wurde diskutiert, ob die Therapienliste dafür notwendig ist und angezeigt werden sollte. Zur Kürzung wurde eine offene Frage mit freiwilliger Angabe gewählt.
- Ausfüllanweisungen: Die Ausfüllanweisungen wurden für die jeweiligen Fragetypen vereinheitlicht.
- Studienteilnehmende: Bei der Demografie wurden Pflegeschüler:innen (analog zu Studierenden im Praktischen Jahr) aus der Auswahl gestrichen, da sich nicht als Zielgruppe der Befragung zählten.

2.3.3 Umsetzung als Online-Fragebogen

Der Fragebogen wurde, wie in der Papierversion erarbeitet, in das Online-Programm übertragen. Die zehnstufige Likert-Skala in der Papierversion wurde mit einem Schieberegler im Online-Programm umgesetzt. Die Seitenaufteilung des Online-Fragebogens orientierte sich an der Grundgliederung. Jeder Abschnitt (1.-5.) wurde auf 1-3 Seiten aufgeteilt. Für Frage 1.4 wurde mithilfe eines „Plausichecks“ kontrolliert, dass man maximal 3 Antworten auswählen kann. Alle Fragen wurden als Pflichtfragen eingestellt. Eine Ausnahme stellen die Freitextfragen dar (1.5.1, 3.1.1., 5.1, 5.2). Ein Hilfstext mit den Therapiebeispielen (Fragezeichen über der Antwort) konnte bei Frage 1.1, Frage 1.5 und 3.1 eingeblendet werden.

2.4 Ablauf der Befragung

2.4.1 Pilotierung (Zeittestung und Pretests)

Zur ersten Testung der Dauer des Ausfüllens und der allgemeinen Verständlichkeit wurde die Fragebogenversion von 30.11.2017 mit zwei Mitarbeiter:innen am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung getestet, die nicht an der Erstellung des Fragebogens involviert waren.

Für den **Pretest** wurde ab März 2018 der Online-Fragebogen in der aktuellen Version an zehn Ärzt:innen und sechs Pflegefachkräfte am Standort Tübingen verschickt und dafür die Pretest-Funktion auf Unipark genutzt. Es sollte bei der Rückmeldung zu dem Fragebogen insbesondere auf folgende Aspekte eingegangen werden: Verständlichkeit, Logischer Aufbau, doppelte/fehlende Aspekte und evtl. technische Schwierigkeiten. Die Rückmeldungen (insgesamt 9) wurden gesammelt und Anmerkungen zu Layout/ Formatierung direkt umgesetzt. Inhaltliche Themen wurden zunächst für eine gemeinsame Besprechung im Forschungsteam vorstrukturiert und dann nach ihrer Relevanz und Umsetzbarkeit einsortiert.

Im Rahmen des Pretests wurde auch mit einer Ärztin ein „**Think aloud**“ zur Testung des Fragebogens durchgeführt (02.05.2018). Dabei wurde die Methode des „Concurrent Think Aloud“ gewählt (Häder 2010: 394). Darunter versteht man,

dass die Testperson während der Beantwortung des Fragebogens Gedanken laut ausspricht, die sie sich zu den Fragen und Antwortmöglichkeiten macht.

Zur Vereinfachung entfiel die wörtliche Dokumentation. Es wurden inhaltliche Aspekte oder sonstige Auffälligkeiten, die sich im beim „Think aloud“ angesprochen wurden, dokumentiert und mit den Ergebnissen des Pretests diskutiert.

2.4.2 Voraussetzungen

Vor Beginn der Befragung erfolgte eine Anfrage bei der **Ethikkommission**. Nach Aussage der Ethikkommission am UKT besteht bei anonymisierten Umfragen nach § 15, Absatz 1 der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg keine Beratungspflicht durch die Ethikkommission.

Anfang März 2018 wurde der Fragebogen in der aktuellen Version an den **Personalrat** der Universitätsklinik Tübingen verschickt. Am 20. März 2018 wurde in dessen Sitzung – vorbehaltlich der Zustimmung des Datenschutzbeauftragten – der Befragung zugestimmt. Im April 2018 wurde die Befragung auch von den **Datenschutzbeauftragten** am UKT genehmigt. Analog dazu wurde an den anderen Standorten der Befragung ebenfalls zugestimmt.

2.4.3 Durchführung der Befragung an den einzelnen Standorten

Am **Standort Tübingen** erfolgte die Zusendung einer E-Mailverteilerliste mit Ärzt:innen und einem Teil der Pflegenden (Stand 06.06.2018) durch den Geschäftsbereich Personal. Das Einladungsschreiben wurde über die Forschungs-E-Mailadresse des Instituts an die angegebenen E-Mailadressen geschickt (n=3719). Ca. 200 E-Mails konnten nicht zugestellt werden.

Bei der Erinnerungs-E-Mail wurde ein aktualisierter E-Mailverteiler verwendet (Stand 31.07.2018, 1259 Ärzt:innen und 2285 Pflegende; n=3544). 43 E-Mails konnten nicht zugestellt werden.

Zusätzlich wurde nach Rücksprache mit der Pflegedirektion die Möglichkeit geschaffen, über die Hauspost einen Brief an alle Pflegenden zu schicken mit der Einladung zur Teilnahme an der Befragung, da nicht alle Pflegenden eine eigene E-Mailadresse hatten. Der Serienbrief für die Pflegenden wurde bei der Hauspost abgegeben und verschickt (n=2866). Das Einladungsschreiben wurde hierzu

personalisiert. Aus der dafür zur Verfügung gestellten Liste wurden vorher alle Bereiche, die offensichtlich nicht zur direkten Patient:innenversorgung zählen, manuell entfernt.

Tabelle 1: Versand in Tübingen

Datum	Versand
19.07.2018	Einladungs-E-Mail
25.07.2018	Einladungsbriefe
09.08.2018	Erste Erinnerungs-E-Mail
24.09.2018	Zweite Erinnerungs-E-Mail

Am **Standort Freiburg** fand der Versand über den Mitarbeitenden-E-Mailverteiler statt. Der Versand erfolgte an 5556 Mitarbeitende (darunter 2876 Ärzt:innen, 2419 Pflegende und 261 Physiotherapeut:innen/Hebammen/Ergotherapeut:innen). Von ca. 200 Mitarbeiter:innen kam eine automatische Antwort (= Abwesenheit), ca. 300 E-Mails waren nicht zustellbar (wahrscheinlich veraltet) (Berufsgruppe unklar). Der Ablauf des Versands kann Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2: Versand in Freiburg

Datum	Versand
30.08.2018	Einladungs-E-Mail
08.10.2018	Erste Erinnerungs-E-Mail
21.11.2018	Zweite Erinnerungs-E-Mail

Am **Standort Ulm** wurde die Einladungs-E-Mail über das Rechenzentrum des Klinikums verschickt. Die Versendung der E-Mail erfolgte an 5500 Mitarbeitende der Universitätsklinik Ulm, darunter ca. 850 Ärzt:innen. Weitere Angaben, z.B. zu unzustellbaren E-Mails, konnten nicht erhalten werden. Der Versand der Einladungsschreiben per Post erfolgte an 29 Physiotherapeut:innen, 19 Sekretär:innen, 3 Kunsttherapeut:innen und 1400 Kranken- und Gesundheitspfleger:innen/Hebammen.

Tabelle 3: Versand in Ulm

Datum	Versand
27.11.2018	Einladungs-E-Mail
28.11.2018	Einladungsschreiben per Post
19.12.2018	Erste Erinnerungs-E-Mail
23.01.2019	Zweite Erinnerungs-E-Mail

Am **Standort Heidelberg** wurde die Einladung zur Befragung abhängig von der Erreichbarkeit per Post und E-Mail geschickt. Die Ärzt:innen wurden über einen E-Mail-Gesamtverteiler angeschrieben (4142 Mitarbeitende, davon 42 nicht zustellbar, Daten siehe unten). Andere Mitarbeitende wurden überwiegend über die einzelnen Kliniken per E-Mail angeschrieben. 1000 E-Mails wurden in der Abteilung für Psychosomatische Medizin verschickt (an Ärzt:innen und Pflegende), 25 an Physiotherapeut:innen, 681 an Pflegende (teils Leitungen) und 103 an weitere Ärzt:innen in der Inneren Medizin. Die Versendung der ersten Einladung erfolgte hier zwischen 17.12.2018 und 12.08.2019. Aufgrund der zur Verfügung stehenden E-Mailverteiler wurde die Einladungs-E-Mail auch teilweise an Mitarbeitende ohne Patient:innenkontakt geschickt. Teilweise wurde der Link auch auf Stationen verteilt (130 Printkopien für Pflegende und Aushänge in Eigenregie) und teilweise wurden die E-Mailkontakte genutzt, um die E-Mail per Schneeballprinzip weiter zu schicken (daher keine genaue Rückverfolgung der exakten Zahlen möglich).

Tabelle 4: Versand in Heidelberg

Datum	Versand
25. und 30.07.2019	Einladungs-E-Mail
22.08.2019	Erste Erinnerungs-E-Mail
19.09.2019	Zweite Erinnerungs-E-Mail

2.5 Auswertung

2.5.1 Statistische Auswertung

Die Auswertung erfolgte überwiegend deskriptiv mit SPSS in der Version 29. Da die Voraussetzungen für t-Tests und einfaktorielle Varianzanalyse nicht erfüllt waren, wurden zur Detektion von Unterschieden zwischen Berufsgruppen, Mitarbeitenden mit und ohne Leitungsfunktion und Mitarbeitenden mit und ohne Zusatzweiterbildung teilweise zusätzlich Mann-Whitney-U Tests (Merkmale mit zwei Ausprägungen) und Kruskal-Wallis-Tests (Variablen mit mehreren Ausprägungen) durchgeführt. p-Werte $<0,05$ wurden als signifikant gewertet, wobei die Signifikanztests nur explorativ erfolgten. 10-stufige Likert-Skalen wurden quasimetrisch ausgewertet und Mittelwert und Standardabweichung angegeben. Die Freitextantworten sind nur zum Teil Inhalt dieser Arbeit und wurden mittels quantitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

2.5.2 Kategorisierung von Variablen bei Berufsgruppenangaben

Für die Freitextantworten 4.3 (Berufliche Qualifikation) wurde die Einteilung in Pflegende und Ärzt:innen (z.B. „Zahnärztin“ hier einsortiert) fortgesetzt und die Kategorien „Physiotherapie“, „Psychotherapie/Psychologie“, „Hebamme“ und „andere“ induktiv hinzugefügt.

Alle, bei denen „Pflege“ in der Freitext-Angabe vorkam, wurden in die Kategorie „Pflege“ einsortiert, auch wenn sie noch einen zusätzlichen Universitätsabschluss angegeben hatten (z.B. auch „Lehrerin für Pflegeberufe“). Eine „Lehrerin für Hebammenkunde“ wurde ebenfalls als „Hebamme“ gewertet. Wenn Psychotherapeut:innen zusätzlich Ärzt:in waren, wurden sie auch als Ärzt:innen ausgewertet.

Zwischenzeitlich wurden weitere Kategorien induktiv erzeugt, z.B. „MFA/Arzthelfer:innen/ZFA/Zahnarzthelfer:innen“ und „Ergotherapie“ etc. Diese wurden im Anschluss als „andere“ gewertet, da die Gruppen teils sehr klein waren und zur besseren Übersicht bei der Auswertung.

2.5.3 Umgang mit fehlenden Angaben

Bis auf Alter in Jahren, Berufserfahrung in Jahren und Freitextfragen waren **alle Angaben verpflichtend**. Die Kategorie „kann ich nicht beurteilen“ (Frage 1.2, 1.3, 3.2 und 3.3) wurde separat angegeben. Bei Alter und Berufsjahren wurden eindeutig unplausible Angaben (z.B. Alter 100 oder 0) als fehlend gewertet.

In die Auswertung wurden nur Fragebogen einbezogen, die bis einschließlich der demografischen Daten ausgefüllt wurden, da dies für die Subgruppenanalysen vorteilhaft war und es nur wenige Abbrüche auf den letzten Seiten gab.

3. ERGEBNISSE

Die Ergebnisse werden in der Reihenfolge im Fragebogen dargestellt. Teile der Daten wurden bereits veröffentlicht in Hesmert et al. (2024).

3.1 Soziodemografie

3.1.1 Fragebögen in der Auswertung

2802 Mitarbeitende nahmen an der Befragung teil. 724 wurden von der Auswertung ausgeschlossen, da der Fragebogen vor Frage 4.10 abgebrochen wurde (Demografie nicht ausgefüllt). 52 Teilnehmende wurden zusätzlich ausgeschlossen, da sie keine Profession angegeben hatten („andere Profession“ ohne weitere Angabe), „Verwaltung“ oder „Medizinische Dokumentation“ als Beruf angegeben hatten oder eine andere Berufsgruppe, die nicht Zielgruppe der Befragung war (z.B. „Medizinstudent“, „Heilpraktiker“). Insgesamt flossen somit **2026** Fragebögen in die Auswertung ein.

3.1.2 Angaben zum Rücklauf

Aufgrund der unterschiedlichen Rekrutierungsstrategien, inkl. der Nutzung des Schneeballprinzips und von E-Mailverteilern, in denen auch Mitarbeitende ohne Patient:innenkontakt eingeschlossen waren, können zum Rücklauf keine genauen Angaben gemacht werden. Zur Annäherung wurde teilweise mit Angaben zum Personal zum jeweiligen Zeitpunkt gerechnet. Die Abschätzung des Rücklaufs kann Tabelle 5 entnommen werden.

In Tübingen und Heidelberg wurden die Mitarbeitenden sowohl per E-Mail als auch per Post angeschrieben; zum Teil wurden dieselben Personen doppelt angeschrieben. Da nicht genau nachvollziehbar ist, wie viele Mitarbeitende in beiden Verteilern waren, wurde hier ohne die Überschneidung berechnet (sodass der Rücklauf niedriger angegeben wird, als er tatsächlich war).

Genauere Informationen zu den Kontaktierten und zu nicht zustellbaren E-Mails finden sich unter den Details zur Durchführung der Befragung in 2.4.3.

Tabelle 5: Rücklauf Überblick

Rücklauf nach Standorten. Angaben mit Anzahl (n) bzw. Prozent. x bedeutet, dass die genaue Zahl hier nicht bekannt ist. Die Überlappung zwischen E-Mailverteilern und Postverteilern ist hier nicht berücksichtigt. Zusätzlich wurde noch eine unklare Zahl durch das Schneeballprinzip und über Ausdrücke des Links auf den Stationen kontaktiert.

^a Bei der 2. Erinnerungs-E-Mail hatte sich der Verteiler etwas geändert (n=3544).

^b Die Angaben sind hier Personalzahlen zum Befragungszeitpunkt.

	Standort				Gesamt
	Tübingen	Freiburg	Ulm	Heidelberg	
kontaktiert	1. E-Mail: 3719 ^a Post: 2866 -> gesamt: 6585	E-Mail: 5556	E-Mail: Ca. 5500 Post: 1452 -> gesamt: ca. 6952	E-Mail: Ca. 5909 Ausdrücke: 130 ->gesamt: ca. 6039	Ca. 25.132
In der Auswertung (n)	550	735	326	415	2.026
Rücklauf gesamt	Ca. 8,4%	Ca. 13,2%	Ca. 4,7%	Ca. 6,9%	Ca. 8,1%
Rücklauf Ärzt:innen	132/1260 ->10,5%	208/2.876 -> 7,2%	65/ca. 850 -> 8%	162/1539 ^b ->10,5%	567/x
Rücklauf Pfleger:innen	388/x	471/2.419 -> 19,5%	173/?	164/2506 ^b -> 6,5%	1196/x
Rücklauf andere	30/x	56/x	88/x	89/x (davon mind. 25 Physioth.)	263/x

3.1.3 Demografische Angaben

Die Demografie der Teilnehmenden (Fragen 4.1-4.10) ist in Tabelle 6 dargestellt. Das Alter der Teilnehmenden lag zwischen 18 und 69 Jahren. Die Mehrheit der Teilnehmenden (n=1437, 70,9%) waren weiblich. Die Berufsgruppen sind in Tabelle 7 aufgeführt.

Tabelle 6: Demografie Befragte

Demografische Angaben der Befragten im Fragebogen. Angaben mit n absolut und Prozent (%), bei Berufserfahrung und Alter mit Mittelwert und Standardabweichung.

^a n schwankend nach Ausschluss unplausibler Werte.

^b Frage 4.5: „Haben Sie abgeschlossene Qualifikationen/Zusatzweiterbildungen im Bereich KIM?“.

(zum Teil übersetzt und übernommen aus Hesmert et al. 2024)

	Pflegende (n=1.196)	Ärzt:innen (n=567)	Andere (n=263)	Gesamt (n=2026)
Alter (in Jahren) ^a	44,79 ± 11,39	39,74 ± 10,06	43,63 ± 12,15	43,23 ± 11,35
Geschlecht weiblich	942; 78,8%	274; 48,3%	221; 84,0%	1437; 70,9%
Leitungsfunktion ja	195; 16,3%	185; 32,6%	37; 14,1%;	417; 20,6%
Zusatzweiterbildung KIM ja ^b	162; 13,5%	41; 7,2%	83; 31,6%	286; 14,1%
Ausbildung in Deutschland	1162; 97,2%	541; 95,4%	257; 97,7%	1960; 96,7%
Teilzeitstelle (unter 70%)	313; 26,1%	69; 12,2%	91; 34,6%	473; 23,3%
Berufserfahrung (in Jahren) ^a	22,23 ± 11,76	12,02 ± 9,76	18,34 ± 11,94	18,87 ± 12,08

Tabelle 7: Berufsgruppen in der Befragung

Berufsgruppen nach Einteilung in die Kategorien (alle Standorte)

Berufsgruppe	n
Pflegende	1196
Ärzt:innen	567
Physiotherapeut:innen	54
Psycholog:innen/-therapeut:innen	48
Hebammen	37
andere	124
Gesamt	2026

3.2 Einstellungen zu KIM

3.2.1 Allgemeine Einstellung zu KIM

Als Erstes wurde die allgemeine Einstellung zu KIM abgefragt (*Frage 1.1: „Meine allgemeine Haltung zu Komplementärer und Integrativer Medizin (KIM) würde ich am ehesten folgendermaßen beschreiben:“*). Insgesamt hatten die Teilnehmenden eine befürwortende Einstellung zu KIM (MW±SD: 7,43±2,33; Skala: 1 „sehr ablehnend“ bis 10 „sehr befürwortend“). Die deutlichste Befürwortung von KIM drückten Hebammen aus (9,05±1,18). Ärzt:innen waren am meisten ablehnend (5,80±2,39). In Tabelle 8 sind die Angaben der verschiedenen Berufsgruppen als Subgruppenanalyse dargestellt.

Tabelle 8: Allgemeine Haltung zu KIM

Allgemeine Haltung zu KIM (*Frage 1.1*) auf einer 10-Punkt-Likertskala zwischen 1 = „sehr ablehnend“ und 10 = „sehr befürwortend“. Subgruppenanalyse der Berufsgruppen. Angaben mit n=Häufigkeit, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung und Quartilen. (zum Teil übernommen aus Hesmert et al. 2024)

Berufsgruppe	n	MW	SD	Median	Perzentil 25	Perzentil 75
Pflegende	1196	8,08	1,95	8	7	10
Ärzt:innen	567	5,80	2,39	6	4	8
Physiotherapeut:innen	54	8,44	1,74	9	8	10
Psycholog:innen/ therapeut:innen	48	6,85	2,21	7	6	9
Hebammen	37	9,05	1,18	9	8	10
andere	124	7,81	2,21	8	7	10
Gesamt	2026	7,43	2,33	8	6	9

Um Unterschiede zwischen den sechs Berufsgruppen genauer zu beschreiben, erfolgte eine weitere statistische Subanalyse.

Zur Prüfung der Normalverteilung als Voraussetzung für eine Varianzanalyse wurde ein Shapiro-Wilk-Test durchgeführt. Es zeigten sich signifikante Werte für alle Berufsgruppen; eine Normalverteilung lag somit nicht vor.

Deshalb wurde ein Kruskal-Wallis-Test berechnet, der Unterschiede zwischen den Berufsgruppen belegte ($H(5)=387,725$, $p<0,001$). Nachfolgende Post-Hoc-

Tests (Dunn-Bonferroni Tests) zur Analyse der einzelnen Untergruppen zeigten, dass Ärzt:innen signifikant ablehnender waren als die anderen Professionen (außer Psychotherapeut:innen) ($z=-7,872$ bis $-18,630$, $p<0,001$). Die Verteilung auf der Likert-Skala kann in Abbildung 3 verglichen werden.

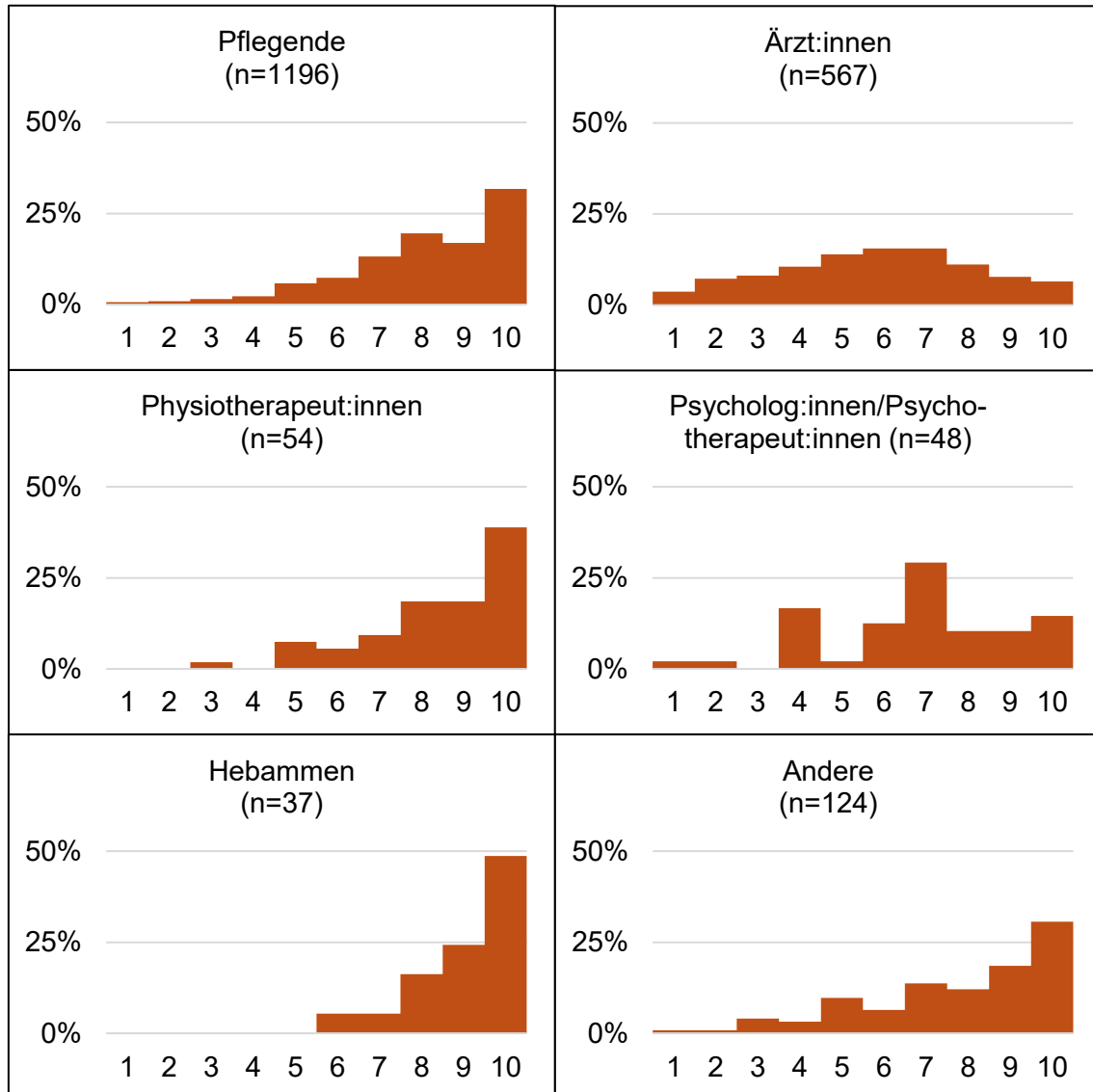


Abbildung 3: Allgemeine Haltung zu KIM nach Berufsgruppe

Angaben der Befragten zur allgemeinen Haltung zu KIM (Frage 1.1) auf einer 10-Punkt-Likertskala (x-Achse) zwischen 1 = „sehr ablehnend“ und 10 = „sehr befürwortend“. Subgruppenanalyse der Berufsgruppen. Angaben in Prozent (y-Achse).

Um **Geschlechtsunterschiede** zu detektieren, wurde ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt (da die Voraussetzungen für einen t-Test ebenfalls nicht erfüllt waren). Frauen schätzten ihre Haltung signifikant befürwortender ein als Männer

(Asymptotischer Mann Whitney U: $z=-14,334$; $p<0,001$). Abbildung 4 zeigt die Einschätzung der Subgruppen im Detail.

Als weiterer Faktor wurde die Angabe einer **Leitungsfunktion** überprüft. Der asymptotische Mann-Whitney-U Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen Mitarbeitenden mit und ohne Leitungsfunktion ($z=-5,349$, $p<0,001$). Leitungspersonen (MW \pm SD: $6,85\pm 2,51$) waren ablehnender als Mitarbeitende ohne Leitungsfunktion ($7,57\pm 2,26$).

Mitarbeitende mit einer **Zusatzweiterbildung zu KIM** ($8,88\pm 1,62$) waren signifikant befürwortender in ihrer allgemeinen Einstellung zu KIM als denjenigen, die keine angegeben hatten ($7,19\pm 2,34$; Asymptotischer Mann Whitney U: $z=-12,517$, $p<0,001$).

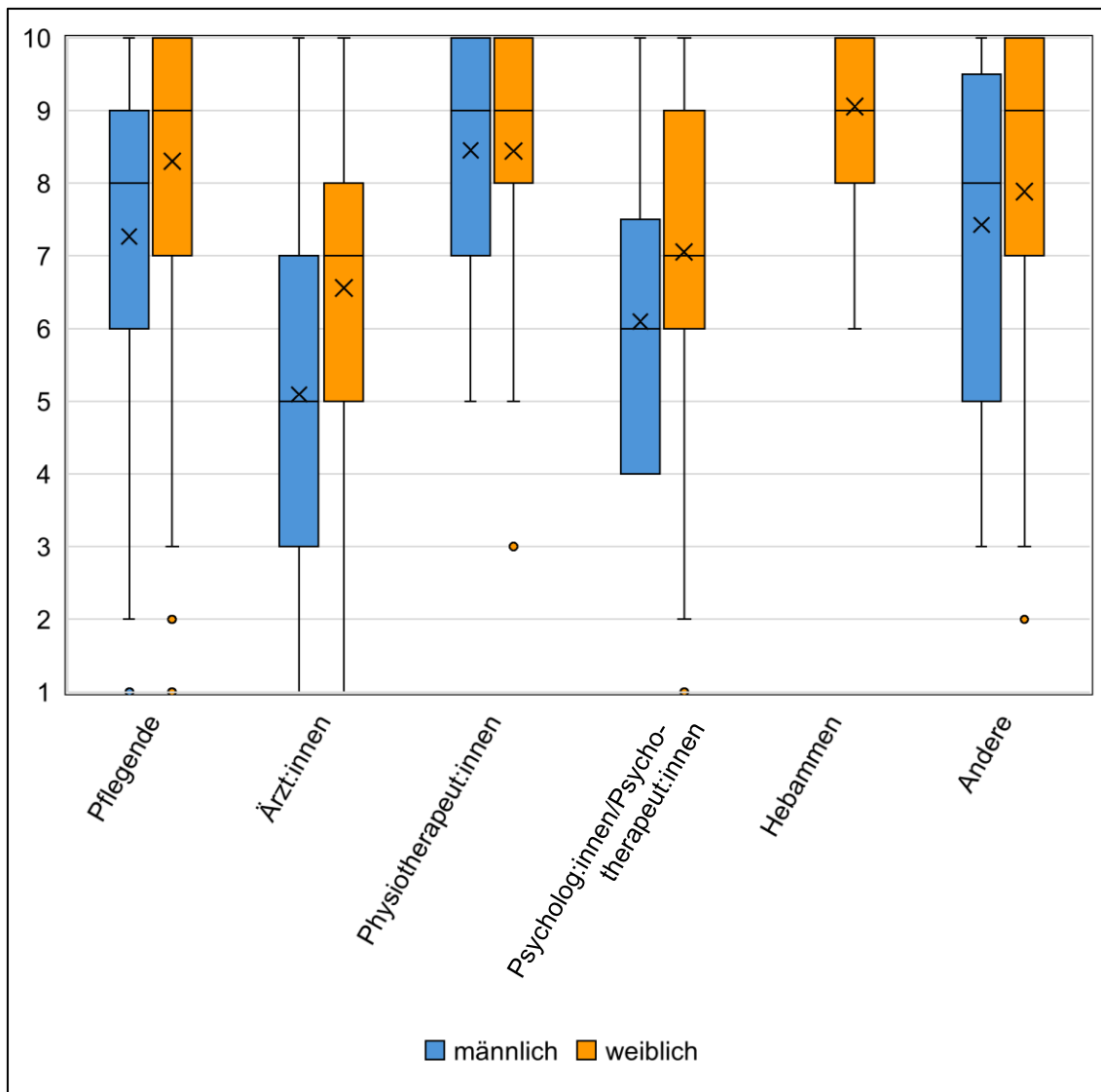


Abbildung 4: Allgemeine Haltung zu KIM nach Berufsgruppe und Geschlecht

Boxplots zur allgemeinen Haltung zu KIM (Frage 1.1) auf einer 10-Punkt-Likertskala (y-Achse) zwischen 1 = „sehr ablehnend“ und 10 = „sehr befürwortend“. x Mittelwert. Whisker: Minimum/Maximum. Box: Median und Quartile. Punkte: Ausreißer. Subgruppenanalyse nach Berufsgruppe und Geschlecht. n=2026.

3.2.2 Haltung zu KIM

In Frage 1.2 („Wie ist Ihre Einstellung zu folgenden Aussagen?“) wurde die Haltung zu KIM abgefragt (Tabelle 9). Die größte Übereinstimmung zeigte sich für „Erwartungen und Wertvorstellungen von Patienten sollen in die Behandlung miteinbezogen werden.“ Hier gaben 97,3% der Befragten an, zuzustimmen bzw. eher zuzustimmen. Über die Hälfte der Befragten sahen einen wesentlichen Anteil des Placeboeffekts in KIM und in der konventionellen Medizin. Am

wenigsten Befragten stimmten zu oder eher zu, dass Ärzt:innen und Pflegende sich von KIM klar abgrenzen sollten (n=268; 13,2%).

Tabelle 9: Einstellung zu KIM

Einschätzung des Gesundheitspersonals zu KIM (*Frage 1.2*) auf einer 4-Punkt Likert-Skala (1 = „stimme zu“, 4 = „stimme nicht zu“) und Antwortmöglichkeit „kann ich nicht beurteilen“ (Abkürzung: „kB“). n = Häufigkeit, % = Prozent. Keine Missings. (übersetzt und übernommen aus Hesmert et al. 2024)

Einstellung	Antwort "stimme zu" oder "stimme eher zu" n, %				Antwort "kB" n, %
	Gesamt (n=2026)	Pflege- gende (n=1196)	Ärzt: innen (n=567)	Andere (n=263)	Gesamt (n=2026)
1. Ein ganzheitlicher Ansatz in der Patientenversorgung ist mir wichtig.	1938; 95,7%	1166; 97,5%	516; 90,0%	256; 97,3%	16; 0,8%
2. Erwartungen und Wertvorstellungen von Patienten sollen in die Behandlung miteinbezogen werden.	1971; 97,3%	1165; 97,4%	549; 96,8%	257; 97,7%	13; 0,6%
3. Der Placeboeffekt spielt eine wesentliche Rolle bei KIM.	1266; 62,5%	618; 51,7%	501; 88,4%	147; 55,9%	289; 14,3%
4. Der Placeboeffekt spielt eine wesentliche Rolle bei der konventionellen Therapie.	1017; 50,2%	527; 47,1%	358; 63,1%	132; 50,2%	243; 12,0%
5. Der Einsatz von KIM hat einen Mehrwert für die Patientenversorgung.	1690; 83,4%	1078; 90,1%	388; 68,4%	224; 85,2%	111; 5,5%
6. Ärzte und Pflegekräfte sollten sich von KIM klar abgrenzen.	268; 13,2%	95; 7,9%	142; 25,0%	31; 11,8%	79; 3,9%
7. KIM leistet einen Beitrag zur Gesundheit der Patienten.	1694; 83,6%	1081; 90,4%	385; 67,9%	228; 86,7%	106; 5,2%
8. Patienten werden durch KIM gesundheitliche Schäden zugefügt.	159; 7,8%	32; 2,7%	110; 19,4%	17; 6,5%	167; 8,2%
9. Patienten werden durch KIM finanzielle Schäden zugefügt.	537; 26,5%	167; 14,0%	308; 54,3%	62; 23,6%	327; 16,1%

3.2.3 Einstellung zu einzelnen KIM Verfahren

Die Einschätzung zur Anwendung bestimmter KIM Verfahren in der Versorgung von Patient:innen ist für die verschiedenen Berufsgruppen in Tabelle 10 dargestellt (*Frage 1.3: „Wie sinnvoll finden Sie die Anwendung der folgenden Therapieverfahren bei Patienten im Allgemeinen?“*). Beispiele zu den Verfahren wurden hier für eine bessere Lesbarkeit entfernt, können aber im Fragebogen eingesehen werden (Anhang ab Seite 89). Für am meisten sinnvoll oder eher sinnvoll gehalten wurden Entspannungsverfahren, äußerliche Anwendungen und Massage. Am wenigsten Zustimmung fand sich für Neuraltherapie und Misteltherapie, wobei hier auch die höchsten Werte (über 37%) für „kann ich nicht beurteilen“ fanden.

Tabelle 10: KIM Verfahren in der Patient:innenversorgung

Einschätzung des Gesundheitspersonals zu einzelnen KIM Therapien (*Frage 1.3*) auf einer 4-Punkt-Likert-Skala (1 = „nicht sinnvoll“, 4 = „sinnvoll“) und Antwortmöglichkeit „kann ich nicht beurteilen“ (Abkürzung: „kB“). n = Häufigkeit, % = Prozent. Sortiert nach n (alle) für Antwort „sinnvoll“ oder „eher sinnvoll“. Die TOP 5 Häufigkeiten sind jeweils fettgedruckt. ^an = 321 (aufgrund fehlender Daten bei freiwilliger Angabe). Sonst keine Missings. (übersetzt und übernommen aus Hesmert et al. 2024)

KIM Verfahren	Antwort „sinnvoll“ oder „eher sinnvoll“ n, %			Antwort „kB“ n, %	
	Gesamt (n=2026)	Pfle- gende (n=1196)	Ärzt: innen (n=567)	Andere (n=263)	Gesamt (n=2026)
Entspannungsverfahren	1951; 96,3%	1146; 95,8%	549; 96,8%	256; 97,3%	28; 1,4%
Äußerliche Anwendungen	1911; 94,3%	1172; 98,0%	489; 86,2%	250; 95,1%	25; 1,2%
Massage	1836; 90,6%	1145; 95,7%	441; 77,8%	250; 95,1%	40; 2,0%
Meditation/Achtsamkeit	1812; 89,4%	1073; 89,7%	491; 86,6%	248; 94,3%	75; 3,7%
Meditative Bewegungstherapie	1786; 88,2%	1056; 88,3%	486; 85,7%	244; 92,8%	102; 5,0%
Akupunktur/ Akupressur	1780; 87,9%	1080; 90,3%	458; 80,8%	242; 92,0%	81; 4,0%
Manuelle Medizin	1703; 84,1%	1067; 89,2%	400; 70,5%	236; 89,7%	112; 5,5%

Hydrotherapie/Balneo- therapie	1612; 79,6%	972; 81,3%	422; 74,4%	218; 82,9%	170; 8,4%
Phytotherapie/ Pflanzliche Medikamente	1533; 75,7%	946; 79,1%	380; 67,0%	207; 78,7%	233; 11,5%
Ernährungstherapie	1531; 75,6%	912; 76,3%	400; 70,5%	219; 83,3%	148; 7,3%
Aromatherapie	1304; 64,4%	958; 80,1%	185; 32,6%	161; 61,2%	236; 11,6%
Homöopathie	1191; 58,8%	888; 74,2%	119; 21,0%	184; 70,0%	116; 5,7%
Nahrungsergänzungsmittel	1076; 53,1%	688; 57,5%	235; 41,4%	153; 58,2%	227; 11,2%
Mikrobiologische Therapie	1009; 49,8%	593; 49,6%	296; 52,2%	120; 46,6%	102; 5,0%
Ayurvedische Medizin	965; 47,6%	653; 54,6%	173; 30,5%	139; 52,9%	619; 30,6%
Anthroposophische Medizin	905; 44,7%	653; 54,6%	127; 22,4%	125; 47,5%	513; 25,3%
Ausleitende Verfahren	813; 40,1%	568; 47,5%	115; 20,3%	130; 49,4%	489; 24,1%
Neuraltherapie	697; 34,4%	465; 38,9%	132; 23,3%	100; 38,0%	759; 37,5%
Misteltherapie	665; 32,8%	463; 38,7%	121; 21,3%	81; 30,8%	762; 37,6%
andere ^a	111; 5,5%	76; 6,4%	14; 2,5%	21; 8,0%	194; 9,6%

3.2.4 Einflussfaktoren auf die Meinung zu KIM

Die am häufigsten genannten Einflussfaktoren (*Frage 1.4: Was beeinflusst Ihre Meinung über KIM hauptsächlich?*) waren bei den Befragten (n=2026) persönliche Erfahrung (n=1639), Rückmeldung von Patienten (n=1040) und Aus-/Weiterbildung/Fortbildungen (n=783). Bei Pflegenden (n=1196) unterschied sich die Reihenfolge nicht. Bei Ärzt:innen (n=567) wurden am häufigsten genannt: Persönliche Erfahrung (n=374), Fachliteratur (n=312) und Rückmeldung von Patienten (n=239). Weitere Einflussfaktoren können Tabelle 11 entnommen werden.

Tabelle 11: Einflussfaktoren auf die Meinung zu KIM

Einflussfaktoren auf die Meinung zu KIM (Frage 1.4). Mehrfachantwort mit maximal 3 Antworten. Sortiert nach n gesamt. Die TOP 5 Häufigkeiten wurden jeweils fettgedruckt.

Einflussfaktor	Anzahl der Nennungen n			
	Pfle- gende (n=1196)	Ärzt: innen (n=567)	Andere (n=263)	Gesamt (n=2026)
Persönliche Erfahrung	1046	374	219	1639
Rückmeldung von Patienten	652	239	149	1040
Aus-/Weiterbildung, Fort- bildungen	468	199	116	783
Fachliteratur (z. B. Studien, Journals)	344	312	91	747
Austausch mit Kollegen	352	161	72	585
Leitlinien	78	212	23	313
Fernsehen, Zeitungsberichte	144	30	29	203
Internet	134	29	29	192
Sonstiges	44	8	5	57

3.3 Anwendung von KIM

3.3.1 KIM Anwendung und Berufsgruppe

Die Frage, ob sie KIM im Klinikalltag bei Patient:innen anwenden, bejahten dies 41,7% der Befragten (Frage 1.5: *Wenden Sie KIM Therapien bei Patienten in Ihrem Klinikalltag an?*). Bei Hebammen, Physiotherapeut:innen und Psycholog:innen/-therapeut:innen wendeten mehr als zwei Drittel der Befragten KIM an. Die eigene KIM Anwendung (Frage 3.1: *Haben Sie für sich selbst schon KIM Therapien in Anspruch genommen?*) war bei allen Berufsgruppen deutlicher ausgeprägt und bewegte sich zwischen 57,8% (Ärzt:innen) und 94,6% (Hebammen). Weitere Angaben hierzu finden sich in Tabelle 12.

Tabelle 12: Eigene Anwendung von KIM und Anwendung bei Patient:innen

Anwendung von KIM bei Patient:innen (Frage 1.5) und zur eigenen Anwendung (Frage 3.1) mit Antwortmöglichkeit ja/nein. n = Häufigkeit, % = Prozent für Antwort „ja“. Keine Missings. Subgruppenanalyse nach Berufsgruppe (teilweise entnommen aus Hesmert et al. 2024)

Berufsgruppe	Eigene Anwendung		Anwendung bei Patient:innen	
	ja n	%	ja n	%
Pflegende (n=1196)	1008	84,3%	520	43,5%
Ärzt:innen (n=567)	328	57,8%	188	33,2%
Physiotherapeut:innen (n=54)	49	90,7%	43	79,6%
Psycholog:innen/ -therapeut:innen (n=48)	38	79,2%	33	68,8%
Hebammen (n=37)	35	94,6%	32	86,5%
Andere (n=124)	104	83,9%	29	23,4%
Gesamt (n=2026)	1562	77,1%	845	41,7%

Inwieweit sich die Anwendungen überschneiden, kann Abbildung 5 entnommen werden. Mehr als 80% der Befragten wendeten KIM demnach entweder bei sich selbst und/oder bei Patient:innen an.

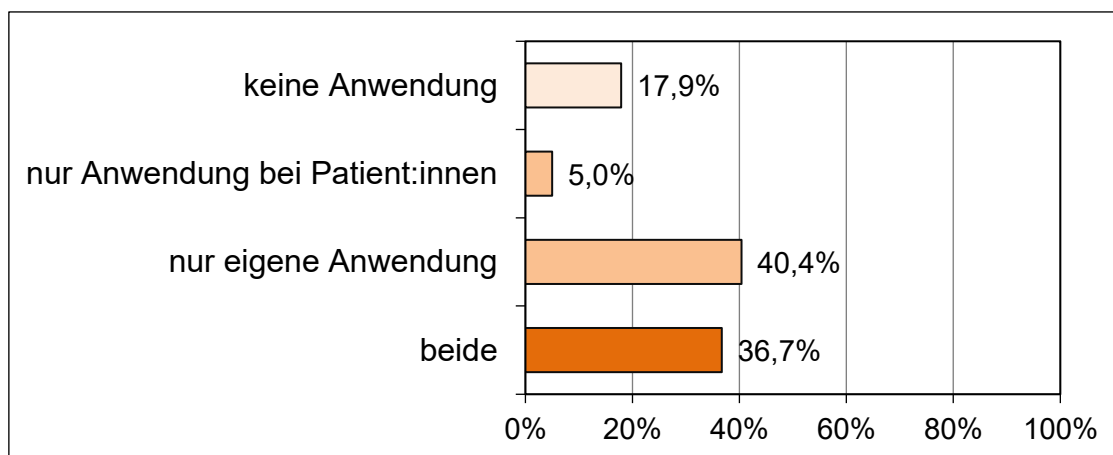


Abbildung 5: Eigene Anwendung und Anwendung bei Patient:innen

Anwendung von KIM bei Patient:innen (Frage 1.5) und eigene Anwendung (Frage 3.1) mit Antwortmöglichkeit ja/nein. Angaben in Prozent für Antwort „ja“. n=2026.

3.3.2 KIM Verfahren in der Patient:innenversorgung

In Frage 3.1.1 zu den KIM Verfahren, die in der Patient:innenversorgung angewendet werden, gab es 820 Freitextantworten. Die am häufigsten genannten Wörter/Wortteile waren: Aroma* (z.B. -therapie/-pflege) (n=254),

Wickel (z.B. Wadenwickel) (n=191), Achtsamkeit (n=151) und Entspannungs* (z.B. Entspannungsverfahren) (n=125).

3.4 Kenntnisse und Informationsbedarf

3.4.1 Subjektiver Kenntnisstand zu KIM

Insgesamt gaben die Befragten einen mittelmäßigen selbst eingeschätzten Kenntnisstand zu KIM an (*Frage 2.1: „Wie gut fühlen Sie sich insgesamt zu KIM informiert?“*; $MW \pm SD$: $5,83 \pm 2,03$, Skala: 1 „sehr schlecht“ bis 10 „sehr gut“). In der Dependenzanalyse zwischen den Berufsgruppen mit Kruskal-Wallis-Test zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen ($H(5)=51,015$, $p < 0,001$). Ärzt:innen hatten im Post-Hoc-Test einen signifikant schlechteren Kenntnisstand als alle anderen Berufsgruppen außer Psycholog:innen/-therapeut:innen ($z = -3,351$ bis $-5,122$; $p < 0,05$), Pflegende gaben einen signifikant niedrigeren Kenntnisstand an als Hebammen ($z = -4,164$; $p < 0,001$) und Physiotherapeut:innen ($z = -3,308$, $p < 0,05$). Die Mittelwerte der einzelnen Berufsgruppen können Tabelle 13 entnommen werden.

Mann-Whitney-U Tests zeigten zudem signifikante Geschlechtsdifferenzen ($z = -3,609$; $p < 0,001$). Männer ($MW \pm SD$: $5,58 \pm 2,04$) gaben einen geringeren Kenntnisstand an als Frauen ($5,93 \pm 2,02$). Zudem konnten signifikante Unterschiede zwischen Befragten mit ($7,33 \pm 1,98$) und ohne ($5,58 \pm 1,93$) Zusatzweiterbildung in KIM festgestellt werden ($z = -13,139$; $p < 0,001$). Für die Angabe einer Leitungsfunktion waren die Unterschiede hier nicht signifikant ($z = -0,167$; $p = 0,867$).

Tabelle 13: Kenntnisstand zu KIM

Subjektiver Kenntnisstand zu KIM (*Frage 2.1*) auf einer 10-Punkt-Likertskala zwischen 1 = „sehr schlecht“ und 10 = „sehr gut“. Subgruppenanalyse nach Berufsgruppe. (teilweise übernommen aus Hesmert et al. 2024)

	n	MW	SD	Median	Perzentil 25	Perzentil 75
Pflegende	1196	5,85	2,01	6	4	7
Ärzt:innen	567	5,54	2,02	5	4	7
Physiotherapeut:innen	54	6,76	1,74	7	6	8
Psycholog:innen/ -therapeut:innen	48	5,42	1,70	6	4	7
Hebammen	37	7,24	1,95	7	6	9
andere	124	6,10	2,12	6	5	7
Gesamt	2026	5,83	2,03	6	4	7

3.4.2 Stellenwert von KIM in der Aus-/Weiter-/Fortbildung

Der Stellenwert von KIM in der bisherigen Aus-/ Weiter- und Fortbildung (*Frage 2.2: „Wie groß war der Stellenwert von KIM in Ihrer bisherigen Aus-/Weiter- und Fortbildung?“*) wurde von den Befragten insgesamt eher gering eingeschätzt (MW±SD: 3,55±2,21, Skala von 1 „sehr klein“ bis 10 „sehr groß“). Auch beim Stellenwert in der Aus-/Weiter- und Fortbildung zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen ($H(5)=130,197$; $p<0,001$). Hebammen stufen den Stellenwert von KIM in Aus-, Weiter- und Fortbildung signifikant höher ein als alle anderen Berufsgruppen außer Physiotherapeut:innen ($z=- 8,542$ bis $6,713$; $p<0,001$). Ärzt:innen gaben den geringsten Stellenwert an. In Tabelle 14 finden sich die Mittelwerte dazu.

Tabelle 14: Stellenwert von KIM in der Aus-/Weiter- und Fortbildung

Stellenwert von KIM in der Aus-/Weiter- und Fortbildung (*Frage 2.2*) auf einer 10-Punkt-Likertskala zwischen 1 = „sehr klein“ und 10 = „sehr groß“. Subgruppenanalyse nach Berufsgruppe (teilweise übernommen aus Hesmert et al. 2024)

	n	MW	SD	Median	Perzentil 25	Perzentil 75
Pflegende	1196	3,54	2,15	3	2	5
Ärzt:innen	567	3,08	1,84	3	2	4
Physiotherapeut:innen	54	6,06	2,42	7	4	8
Psycholog:innen/ -therapeut:innen	48	3,40	2,16	3	2	5
Hebammen	37	7,11	2,41	7	5	9
andere	124	3,69	2,53	3	2	5
Gesamt	2026	3,55	2,21	3	2	5

3.4.3 Interesse an Fortbildungen zu KIM

Interesse an Fortbildungen/ weiteren Informationen zu KIM Therapien wurde vom Großteil der Befragten angegeben (*Frage 2.3: „Zu welcher der genannten KIM Therapien haben Sie Interesse an weiteren Informationen (z. B. im Rahmen von Fortbildungen)?“*). Mehr als die Hälfte der Befragten wünschte sich Informationen zu Akupunktur/Akupressur. Pflegende (n=1196) nannten hauptsächlich Akupunktur/Akupressur (n=644), Äußerliche Anwendungen (n=640) und Massage (n=586). Bei Ärzt:innen (n=567) wurden Entspannungsverfahren (n=280), Akupunktur/Akupressur (n=280) und Manuelle Medizin (n=225) am häufigsten genannt. Bei anderen Professionen lagen Akupunktur/Akupressur (n=134), Meditative Bewegungstherapie (n=127) und Manuelle Medizin (n=121) am weitesten vorne. Physiotherapeut:innen gaben hier auf Platz 1 Manuelle Medizin an (n=28), andere Berufsgruppen („Andere“) nannten Meditative Bewegungstherapien am häufigsten (n=61). Hebammen bevorzugten Akupunktur/Akupressur (n=23), Psychotherapeut:innen Akupunktur und Entspannungsverfahren (jeweils n=28). In Tabelle 15 sieht man die Einzelheiten zu anderen aufgeführten KIM Verfahren bei Ärzt:innen und Pflegenden.

Tabelle 15: Interesse an Fortbildungen zu KIM

Interesse an Fortbildungen nach Berufsgruppe (*Frage 2.3*). Sortiert nach n gesamt. Mehrfachantwort. Die TOP 5 Häufigkeiten sind jeweils fettgedruckt. Die Beispiele der einzelnen Therapien wurden zur besseren Lesbarkeit gelöscht. (teilweise übernommen aus Hesmert et al. 2024).

KIM Verfahren	Anzahl der Nennungen			Gesamt (n=2026)
	n			
	Pfle- gende (n=1196)	Ärzt: innen (n=567)	Andere (n=263)	
Akupunktur/Akupressur	644	247	134	1025
Entspannungsverfahren	584	280	120	984
Manuelle Medizin	524	225	121	870
Äußerliche Anwendungen	640	107	82	829
Meditation/Achtsamkeit	495	200	111	806
Massage	586	121	93	800
Phytotherapie/Pflanzliche Medikamente	491	191	87	769
Meditative Bewegungstherapie	466	158	127	751
Ernährungstherapie	424	188	109	721
Aromatherapie	538	59	74	671
Homöopathie	496	60	103	659
Ayurvedische Medizin	345	84	68	497
Nahrungsergänzungsmittel	264	94	52	410
Anthroposophische Medizin	261	60	61	382
Mikrobiologische Therapie	188	120	42	350
Hydrotherapie/Balneotherapie	217	61	46	324
Ausleitende Verfahren	173	23	38	234
Misteltherapie	127	44	21	192
Neuraltherapie	115	52	23	190
Ich interessiere mich für keine der genannten Therapien.	39	82	18	139
Andere	37	11	16	64

3.5 KIM an Universitätskliniken

3.5.1 KIM in Gesprächen mit Patient:innen

In Tabelle 16 wird die Einschätzung der Befragten zu KIM in Gesprächen mit Patient:innen dargestellt (*Frage 3.2: „Wie ist Ihre Meinung zu folgenden*

Aussagen zur Rolle von KIM im Gespräch mit Patienten?“). Der Großteil der Befragten stimmte eher zu oder zu, dass das Interesse/der Informationsbedarf der Patient:innen an KIM in den letzten Jahren zugenommen hat.

In der Beratung zu KIM fühlten sich insgesamt nur 28,5% sicher oder eher sicher.

Tabelle 16: Kommunikation mit Patient:innen über KIM

Einschätzung des Gesundheitspersonals zur Kommunikation mit Patient:innen zu KIM (*Frage 3.2*) auf einer 4-Punkt-Likert-Skala (1 = „stimme nicht zu“, 4 = „stimme zu“) und Antwortmöglichkeit „kann ich nicht beurteilen“ (Abkürzung: „kB“). n = Häufigkeit, % = gültige Prozente. Keine Missings. (übersetzt und übernommen aus Hesmert et al. 2024)

Einstellung	Antwort „stimme zu“ oder „stimme eher zu“ n, %				Antwort „kB“ n, %
	Gesamt (n=2026)	Pfle- gende (n=1196)	Ärzt: innen (n=567)	Andere (n=263)	Gesamt (n=2026)
1. Das Interesse/der Informationsbedarf der Patienten an KIM hat aus meiner Sicht in den letzten Jahren zugenommen.	1553; 76,7%	905; 75,7%	441; 77,8%	207; 78,7%	212; 10,5%
2. Ich werde von Patienten oft zu KIM Themen gefragt.	859; 42,4%	453; 37,9%	266; 46,9%	140; 53,2%	87; 4,3%
3. Ich frage meine Patienten oft aktiv nach ihrem Bedarf bzw. der Anwendung von KIM.	542; 26,8%	328; 27,4%	117; 20,6%	97; 36,9%	91; 4,5%
4. In der Beratung von Patienten bezüglich KIM fühle ich mich sicher.	578; 28,5%	284; 23,7%	187; 33,0%	107; 40,7%	129; 6,4%

3.5.2 KIM an Universitätskliniken

Die Mehrheit der Befragten sah eine Beratung zu KIM (1601; 79,0% „stimme zu“/ „stimme eher zu“) eine Versorgung mit KIM (1408; 69,5%) und Forschung zu KIM (1763; 87,0%) als Aufgabe einer Universitätsklinik an (*Frage 3.3: „Wie ist Ihre Meinung zu folgenden Aussagen zu KIM an Universitätskliniken?“*). Bei allen Aussagen dieser Frage drückten Hebammen (n=37) die größte Zustimmung aus (81,1 bis 97,3% „stimme zu“/ „stimme eher zu“). Ärzt:innen stimmten allen Aussagen am wenigsten zu (die Angaben hierzu finden sich in Tabelle 17). In Mann-Whitney U Tests zum Vergleich von Ärzt:innen und Pflegenden fanden

sich signifikante Unterschiede für alle Aussagen dieser Frage ($z=-16,049$ bis $-5,304$, alle $p<0,001$).

Tabelle 17: KIM an Universitätskliniken

Einschätzung des Gesundheitspersonals zu KIM an Universitätskliniken (Frage 3.3) auf einer 4-Punkt-Likert-Skala (1 = „stimme nicht zu“, 4 = „stimme zu“) und Antwortmöglichkeit „kann ich nicht beurteilen“ (Abkürzung: „kB“). n = Häufigkeit, % = gültige Prozente. Sortiert nach der Reihenfolge im Fragebogen. Keine Missings. (teilweise übersetzt und übernommen aus Hesmert et al. 2024)

Einstellung	Antwort „ stimme zu “ oder „ stimme eher zu “ n, %			Antwort „kB“ n, %	
	Gesamt (n=2026)	Pfle- gende (n=1196)	Ärzt: innen (n=567)	Andere (n=263)	Gesamt (n=2026)
1. Eine Beratung zu KIM gehört zu den Aufgaben einer Universitätsklinik.	1601; 79,0%	1003; 83,9%	383; 67,5%	215; 81,7%	84; 4,1%
2. Eine Versorgung von Patienten mit KIM gehört zu den Aufgaben einer Universitätsklinik.	1408; 69,5%	956; 79,9%	262; 46,2%	190; 72,2%	93; 4,6%
3. Die Forschung über KIM gehört zu den Aufgaben einer Universitätsklinik.	1763; 87,0%	1062; 88,8%	472; 83,2%	229; 87,1%	66; 3,3%
4. Fortbildungen zu KIM an Universitätskliniken finde ich wichtig.	1764; 87,1%	1113; 93,1%	414; 73,0%	237; 90,1%	33; 1,6%
5. Eine KIM Ambulanz an Universitätskliniken fände ich wünschenswert.	1442; 71,2%	962; 80,4%	279; 49,2%	201; 76,4%	103; 5,1%
6. Einen KIM Konsiliardienst an Universitätskliniken fände ich wünschenswert.	1478; 73,0%	989; 82,7%	294; 51,9%	195; 74,1%	105; 5,2%
7. KIM sollte an Universitätskliniken eine interprofessionelle Aufgabe sein.	1588; 78,4%	1020; 85,3%	356; 62,8%	212; 80,6%	143; 7,1%
8. Die Haltung meiner Kollegen und Vorgesetzten bezüglich KIM schätze ich eher positiv ein.	691; 34,1%	481; 40,2%	99; 17,5%	111; 42,2%	334; 16,5%

4. DISKUSSION

Die vorliegende Arbeit untersucht KIM im Setting von Universitätskliniken in Baden-Württemberg aus der Sicht des Gesundheitspersonals. Es handelte sich um die erste multizentrische Befragung im deutschsprachigen Raum an Universitätskliniken zu KIM.

Die in 1.10 genannten Forschungsfragen werden nun nacheinander diskutiert. Im Anschluss soll die gewählte Methode ausführlicher thematisiert und mit Stärken und Limitationen diskutiert werden.

Teile der Diskussion wurden bereits veröffentlicht in Hesmert et al. (2024).

4.1 Einstellungen zu KIM

4.1.1 Allgemeine Einstellung zu KIM an Unikliniken

Die Mitarbeitenden an Universitätskliniken drückten eine überwiegend positive Haltung zu KIM aus (MW±SD: 7,43±2,33, 1 „sehr ablehnend“, 10 „sehr befürwortend“).

Vergleichbar mit anderen Studien hatten **Pflegende** auch in dieser Befragung eine positivere Haltung als Ärzt:innen (Sewitch et al. 2008; Trimborn et al. 2013) und sahen auch einen höheren Mehrwert für die Versorgung der Patient:innen. Einer der Gründe für die Nutzung von KIM bei Pflegenden ist die Verbesserung der Zufriedenheit im Beruf (Hall et al. 2017). Für Pflegende ist die Anwendung von KIM darüber hinaus häufig eine Möglichkeit zu mehr Autonomie im Beruf (Mahler/Stolz 2021: 272f). Auch die Möglichkeit der Adressierung von spirituellen Bedürfnissen, die Patient:innenzentrierung und Stärkung von Ressourcen und die weniger vorhandene Krankheitsorientierung bei KIM wurden schon als Gründe diskutiert (Hall et al. 2017). In den Pflgetheorien zu dem, was Pflege ausmacht, spielen zudem die Person des Pflegenden und die Beziehungserfahrung eine entscheidende Bedeutung (z.B. von Hildegard Peplau) (Quack 2020: 128-129), was in KIM häufig auch thematisiert wird.

Vergleichbar mit z.B. Klinikärzt:innen in Großbritannien (Lewith et al. 2001) und Hausärzt:innen in Deutschland (Joos et al. 2011) drückten die **Ärzt:innen** in der aktuellen Befragung ebenfalls eine positive Haltung zu KIM aus. Insgesamt

waren sie aber am wenigsten befürwortend im Vergleich mit den anderen Professionen (Aveni et al. 2016). Die ablehnendere Haltung kann zum einen historische Gründe haben. Früher wurden komplementäre Verfahren häufig als außer-universitär angesehen (Stange 2013). Auch der stärkere Fokus von Ärzt:innen auf wissenschaftliche Ergebnisse und die externe Studienlage ist als Grund diskutiert worden (Aveni et al. 2017). KIM Verfahren werden jedoch zunehmend in Leitlinien empfohlen (z.B. Leitlinienprogramm Onkologie 2021) und wissenschaftlich erforscht. Daher sollte die Studienlage per se auch für Ärzt:innen kein allgemeingültiger Grund sein, die Therapien kritisch zu sehen. Hier sollte eine stärkere Differenzierung der einzelnen Therapien und Indikationen stattfinden. Ein weiterer Grund könnte die vergleichsweise kurze Kontaktzeit mit Patient:innen sein in Kombination mit einem starken Fokus auf Krankheiten und medikamentösen Therapien, der sich beispielsweise auch am Aufbau des Studiums laut der Approbationsordnung zeigt (§27, Absatz 1, ÄApprO 2002). Im Gegensatz dazu wird bei KIM teilweise ein eher präventiver Ansatz verfolgt (Brinkhaus/Esch 2021: IX) und überwiegend nicht-medikamentöse Verfahren kommen zum Einsatz (NCCIH 2021).

Physiotherapeut:innen schätzten ihre Haltung in der vorliegenden Befragung positiver ein als Pflegende. Dies ist in Einklang mit Ergebnissen von einer schwedischen Studie, in der Physiotherapeut:innen signifikant häufiger KIM empfahlen als Pflegende (Bjerså et al. 2012). Ein möglicher Grund könnte zum einen die häufige Anwendung von z.B. Manueller Therapie im Berufsalltag sein. Zum anderen ist es für die Profession zentral, Bewegung und Funktionsfähigkeit von Patient:innen zu verbessern und somit aktivierend zu arbeiten (Handgraaf/Grüneberg 2023: 125). Mit den teilweise gesundheitsförderlichen Elementen von KIM könnte das dazu gut passen. **Hebammen** drückten eine noch positivere Haltung zu KIM aus. Die starke Befürwortung deckt sich ebenfalls mit vorherigen Forschungsergebnissen (z.B. Hall et al. 2012). Gründe für die Befürwortung könnten sein, dass KIM in der Hebammenkunde viel thematisiert und angewendet wird (Gaffney/Smith 2004; Münstedt et al. 2009a). Hinzu kommt der hohe Frauenanteil. Bei Frauen ist allgemein bekannt, dass sie eine positivere Haltung zu KIM haben (Aveni et al. 2016; Chang et al. 2011; Soós et al. 2016).

4.1.2 Haltung zu KIM

Ganzheitlichkeit

Über 95% der Befragten aller Berufsgruppen stimmten zu oder eher zu, dass ein ganzheitlicher Ansatz in der Patient:innenversorgung eine Rolle spielen sollten und Werte der Patient:innen in der Behandlung berücksichtigt werden sollten. Ganzheitliche Ansätze gibt es bei KIM, aber auch in der konventionellen Medizin ist das ein Thema. So wird beispielsweise in der psychosomatischen Medizin/Psychologie ein biopsychosoziales Modell gelehrt (Suls/Rothman 2004). In der Palliativversorgung gibt es hierzu das von Cicely Saunders entwickelte Konzept des „total pain“, bei dem die verschiedenen Aspekte (spirituell, physisch, psychisch, sozial) der Schmerzwahrnehmung bei der Behandlung mitberücksichtigt werden (Clark 1999). In England gaben in einer qualitativen Studie Ärzt:innen als Vorteil von KIM an, dass sie Patient:innen ganzheitlich behandeln können (Maha/Shaw 2007). Auch bei Pflegenden zeigte sich, dass sie einen ganzheitlichen Ansatz und eine Patient:innenzentrierung durch KIM leichter umsetzbar finden (Hall et al. 2017). Laut einer Arbeitsgruppe der WHO gelten sowohl Ganzheitlichkeit als auch Empowerment zudem als zentrale Prinzipien der Gesundheitsförderung (Rootman 2001: 4).

Beurteilung des Placeboeffekts

Über die Hälfte der Befragten schätzte den Placeboeffekt in der Medizin als hoch ein. Bei KIM wurde er höher angesehen als in der konventionellen Medizin (62,5% „stimme zu“/„stimme eher zu“ vs. 50,2%). Über 80% der Ärzt:innen sahen bei KIM einen relevanten Placeboeffekt.

Die Relevanz der Beziehung zwischen Behandler:in und Patient:in und der Erwartungshaltungen der Patient:innen für den Placeboeffekt ist gut erforscht (Blasini et al. 2018). Der Placeboeffekt sollte nach Ansicht von Expert:innen positiv genutzt werden und der Noceboeffekt gering gehalten werden (Evers et al. 2018).

Bei der Heterogenität der Einzelverfahren mit unterschiedlicher Studienlage lässt sich der Placeboeffekt am besten für einzelne Verfahren beurteilen.

Zu **Homöopathie** kommen Linde et al. (1997) in einer Metaanalyse im Lancet zu dem Ergebnis, dass Homöopathie nicht allein durch den Placeboeffekt erklärt

werden kann und fordern trotz der fehlenden Plausibilität weitere Forschung dazu. In der Wissenschaft herrscht jedoch überwiegende Einigkeit über die unzureichende Studienlage (Linde et al. 1997; Mathie et al. 2017).

Für **Akupunktur** wurde in Studien für bestimmte Indikationen eine (geringe) Überlegenheit gegenüber Sham als verwendeter Placebokontrollgruppe beschrieben (z.B. Linde et al. 2016). Bei zukünftiger Forschung sollte, wie auch Zhang et al. (2022) fordern, gut auf methodische Limitationen und Besonderheiten eingegangen werden. Neben klinischen Effekten (z.B. Haake et al. 2007) gibt es erste Hinweise auf mögliche physiologische Erklärungsmöglichkeiten (z.B. Goldman et al. 2010, Langevin/Yandow 2002, Nierhaus et al. 2015).

Für **Mind-Body-Medizin (bzw. Meditation)** konnte neben Symptomverbesserungen (z.B. Goyal et al. 2014) auch eine Assoziation mit hirmorphologischen Veränderungen gezeigt werden (Fox et al. 2014).

Für **Phytotherapie** konnte eine Überlegenheit gegenüber Placebo auch in Metaanalysen nachgewiesen werden – beispielsweise mit mittlerer Sicherheit für Cranberrys zur Prävention von Harnwegsinfekten (Williams et al. 2023) oder durch mittlere bis starke Evidenz für phytotherapeutische Hustenbehandlung (Wagner et al. 2015).

Gesundheitliche und finanzielle Aspekte

Interessanterweise schätzten die Befragten die finanziellen Schäden für Patient:innen höher ein als mögliche gesundheitliche Schäden (26,5% vs. 7,8% „stimme zu“/„stimme eher zu“). Die Meinung, dass Patient:innen finanziell geschadet werde, war auch einer der Gründe für eine Ablehnung von KIM bei Ärzt:innen in Großbritannien (Maha/Shaw 2007). In Deutschland werden bisher viele KIM Methoden nicht von der gesetzlichen Krankenkasse gezahlt oder nur bei bestimmten Indikationen (z.B. Akupunktur (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2024)). In einer Befragung, die an Universitätskliniken in Baden-Württemberg durchgeführt wurde, gaben die Patient:innen an, durchschnittlich 1200 Euro für die KIM Behandlung ihrer aktuellen Erkrankung ausgegeben zu haben (Lederer et al. 2021).

Zum einen sollte hier immer wieder anhand der aktuellen Studienlage geprüft werden, ob KIM Leistungen nicht auch für andere Indikationen bezahlt werden könnten – insbesondere bei den hohen Gesundheitsausgaben zu Schmerzen (über 430 Millionen Euro 2020 in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2023)) und psychischen Erkrankungen (190 Millionen Euro in der EU in einem Jahr (OECD/EU 2018)), bei denen KIM Verfahren einen höheren Stellenwert haben könnten. Beispielsweise gibt es auf Grundlage der Evidenz (z.B. Chen et al. 2017) eine „sollte“ Empfehlung zu Akupunktur bei Gelenkbeschwerden unter Aromataseinhibitoren in der Leitlinie zu onkologischen Erkrankungen (Leitlinienprogramm Onkologie 2021). Trotzdem werden hier die Kosten bisher nicht übernommen und Patient:innen müssen die Anwendung bislang selbst bezahlen.

Zum anderen gibt es viele KIM Anwendungen, die kostengünstig sind. In den USA gab es beispielsweise Nahin et al. (2016) zufolge am meisten Ausgaben für Anwender:innen von KIM ausgegeben, während Eigenanwendungen deutlich günstiger waren. Akupressur, Achtsamkeit und auch äußerliche Anwendungen, die ein hohes Potential zur Eigenanwendung haben, könnten beispielsweise kostengünstig eingesetzt werden.

Ein möglicher Ansatzpunkt zur Reduktion gesundheitlicher und finanzieller Risiken für Patient:innen könnte sein, das Heilpraktiker:innenwesen in Deutschland zu verbessern. Insgesamt 1,2 Milliarden Euro nahmen Heilpraktiker:innenpraxen 2018 in Deutschland ein (Statistisches Bundesamt 2020). Zum Teil ist ein 40h-Kurs mit Prüfung die einzige Voraussetzung für die Berufsbezeichnung, wobei es Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt (Stock 2021: 231). Für eine evidenzbasierte Einschätzung und ausgewogene Diskussion der Vor- und Nachteile verschiedener Verfahren ist das vermutlich keine ausreichende Qualifikation und es hängt somit stark von der Eigeninitiative ab, inwieweit sich Heilpraktiker:innen diesbezüglich weiterbilden. Über die gesundheitlichen Gefahren durch Heilpraktiker:innen gibt es bisher wenig wissenschaftliche Literatur. Nichtsdestotrotz ist davon auszugehen, dass teilweise von evidenzbasierter Behandlung explizit abgeraten wird. So wurde beispielsweise im Ärzteblatt von Todesfällen von Tumorpatient:innen berichtet

(Maibach-Nagel 2017). Zurzeit wird diskutiert, das Berufsbild des/ der Heilpraktiker:in generell abzuschaffen („Abschaffungslösung“) (Stock 2021: 124) oder genauere Regelungen anzuwenden („Kompetenzlösung“) (Stock 2021: 241).

4.1.3 Einzelne KIM Verfahren

Die KIM Verfahren, die in dieser Befragung am sinnvollsten für die Versorgung von Patient:innen eingestuft wurden, waren Entspannungsverfahren, äußerliche Anwendungen und Massage.

Ein möglicher Grund für diese Bewertung könnte die positive Studienlage für die entsprechenden Verfahren sein, die z.B. von Ärzt:innen als wichtiger Einflussfaktor angegeben wird (Soós et al. 2016). Wie in der Einleitung bereits ausgeführt, zeigen Studien die Wirksamkeit von Entspannungsverfahren bei bestimmten Indikationen (z.B. Vambheim et al. 2021). Auch für Massage sind beispielsweise Effekte bei Angst und depressiven Symptomen in einer Metaanalyse beschrieben (Moyer et al. 2004), für Rückenschmerzen konnte jedoch in einem Cochrane-Review keine gute Evidenz gezeigt werden (Furlan et al. 2015). Für äußerliche Anwendungen steht die Forschung zu Wirksamkeit eher noch am Anfang. Im Alltag sind die Verfahren aber häufig verbreitet. Beispielsweise wurden Hausmittel, wie Wadenwickel, wenig wissenschaftlich erforscht (Parisius et al. 2014). Ein großes Potential haben äußerliche Anwendungen insbesondere durch die Möglichkeit der Selbstanwendung von Patient:innen (Stolz et al. 2023).

Andere mögliche Gründe für die Einschätzung zu den Verfahren sind auch positive persönliche Erfahrungen, wie die vorliegende Studie ebenfalls vermuten lässt, Vertrautheit und Kontakt damit in Ausbildung oder Alltag oder die so entstandene Zeit für persönliche Zuwendung zu den Patient:innen.

Auch die Nachfrage von Patient:innen könnte ein Grund sein. Dies war beispielsweise in Geburtshilfeabteilungen in Deutschland der Fall (Münstedt et al. 2009a).

Es lohnt sich auch ein Vergleich mit den KIM Verfahren aus ähnlichen Befragungen von Gesundheitspersonal.

Im universitären Setting der Schweiz sprachen sich die befragten Mitarbeitenden verschiedener Berufsrichtungen vor allem für Hypnose, Osteopathie und Akupunktur in der Versorgung von Schmerzpatient:innen (Aveni et al. 2016) aus. Hypnose wurde in der vorliegenden Arbeit nicht in den Fragebogen aufgenommen, zählt aber als anerkanntes Psychotherapieverfahren (Ermann 2024: 607).

Pflegende in dieser Befragung fanden äußerliche Anwendungen, Entspannungsverfahren und Massage für die Patient:innenversorgung am sinnvollsten. Mind-Body-Therapien waren auch bei einer multizentrischen Befragung von Pflegenden in Australien unter den am häufigsten genannten Therapien für die Anwendung bei Patient:innen (Shorofi/Arbon 2017). Massage und Entspannungsverfahren waren ebenfalls in einem Scoping Review von Pflegenden unter den häufigsten Nennungen (Chang/Chang 2015). Nach äußerlichen Anwendungen wurde in den Vorstudien nicht so explizit gefragt. Daher ist die häufige Nennung ein neues Ergebnis.

Ärzt:innen in der Chirurgie an Universitätskliniken in Ungarn nutzten vor allem Reflexzonenmassage, Traditionelle chinesische Medizin und Phytotherapie (Soós et al. 2016). Bei Klinikärzt:innen in Großbritannien waren Akupunktur, Manuelle Medizin und Aromatherapie am häufigsten (Lewith et al. 2001). Bei der aktuellen Befragung war Akupunktur ebenfalls unter den fünf von Ärzt:innen am häufigsten für sinnvoll gehaltenen Therapien. In den vorliegenden Ergebnissen stand bei Ärzt:innen jedoch noch mehr Mind-Body-Medizin im Vordergrund. Entspannungsverfahren, Achtsamkeit und meditative Bewegungstherapien wurden hier am meisten genannt. Entspannungsverfahren gehörten auch zu den Verfahren, die Ärzt:innen in einer amerikanischen Befragung am häufigsten empfahlen (Corbin Winslow/Shapiro 2002). Genauso kamen sie bei ambulant tätigen Ärzt:innen unter den am häufigsten angewendeten Verfahren (Stange et al. 2008) und den am häufigsten für hilfreich genannten Verfahren (Joos et al. 2011) vor.

Insgesamt ist bei Mind-Body-Medizin auch in der Allgemeinbevölkerung ein steigender Trend zu verzeichnen. So stiegen meditative Bewegungstherapien beispielsweise kontinuierlich von 2002 bis 2012 an (Clarke et al. 2015). Wie in

der Einleitung erläutert, gibt es Evidenz für die Wirksamkeit von Mind-Body-Medizin (z.B. Astin et al. 2003). Tai Chi konnte bei Älteren im Vergleich mit der Standardbehandlung das Sturzrisiko stärker senken (Li et al. 2018). Yoga kann beispielweise auch evidenzbasiert als supportive Option bei Schlafstörungen von Brustkrebspatientinnen eingesetzt werden (Cramer et al. 2017). Hinzu kommt, dass nur wenige Nebenwirkungen und geringe Kosten für Mind-Body-Medizin beschrieben sind (z.B. Astin et al. 2003).

Im Vergleich mit Hausärzt:innen in Deutschland zeigten sich nicht nur Gemeinsamkeiten, sondern auch Unterschiede. Neuraltherapie war bei den Hausärzt:innen in einer Befragung von Joos et al. (2011) unter den Verfahren, die für hilfreich gehalten wurden, in unserer Befragung an Universitätskliniken jedoch unter den letztgenannten Therapien. Unter Neuraltherapie wird die Anwendung von Lokalanästhetika verstanden, bei der es nicht primär um die betäubende Wirkung an der Einstichstelle geht, sondern auch eine zentrale Beeinflussung der Schmerzwahrnehmung (Egli et al. 2015). Auf Basis der Studienlage (z.B. Garvey et al. 1989) wird von der Injektion von Lokalanästhetika beispielsweise in der Leitlinie zu Kreuzschmerz abgeraten (BÄK/KBV/AWMF 2017).

Andere Berufsgruppen (z.B. Physiotherapeut:innen, Hebammen etc.) fanden Entspannungsverfahren, äußerliche Anwendungen und Massage am sinnvollsten. Entspannungsverfahren und Massage waren auch unter den drei häufigsten Therapien, die **Hebammen** empfehlen laut Hall et al. (2012). Bei **Physiotherapeut:innen** war Massage bei Rückenschmerzen auch die zweithäufigsten angewendete KIM Therapie hinter Akupunktur (Hughes et al. 2011), die in Deutschland nicht durch Physiotherapeut:innen angewendet wird. Hier bestätigen sich also die Ergebnisse aus Vorstudien.

Interessant ist ein Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit einer Studie im gleichen Setting, die **Patient:innen** in den Blick genommen hat (Lederer et al. 2021). Patient:innen nutzten der Umfrage zufolge vor allem Bewegungstherapie, Phytotherapie und Nahrungsergänzungsmittel. Hierbei unterscheiden sich die Therapien von denen, die Professionelle in der vorliegenden Befragung als sinnvoll einstufen. Nahrungsergänzungsmittel machen bei bestimmten

Mangelsituationen Sinn, können aber beispielsweise bei Tumorerkrankungen auch zu unerwünschten Wirkungen führen (z.B. Bairati et al. 2006). Phytotherapie wurde aber z.B. von Ärzt:innen im ambulant-gynäkologischen Bereich in Deutschland von Grimm et al. (2021) am häufigsten angewendet und auch von Hausärzt:innen häufig angewendet (Joos et al. 2011). Insbesondere bei Harnwegsinfekten, die in der Gynäkologie vorkommen, kommt eine evidenzbasierte Behandlung mit Cranberries infrage (Williams et al. 2023) und Phytotherapie kann bei Husten Linderung bringen (Wagner et al. 2015), was ein möglicher Grund für die positive Bewertung der Hausärzt:innen ist.

4.1.4 Einflussfaktoren auf die Meinung zu KIM

In der vorliegenden Befragung wurde die persönliche Erfahrung als häufigster Einflussfaktor zu KIM genannt. Dies ist vergleichbar mit anderen Forschungsergebnissen. Institutsdirektor:innen von medizinischen Hochschulen in Deutschland, die im Normalfall Ärzt:innen sind, beriefen sich bei positiven Einstellungen zu KIM auch überwiegend auf die persönliche Erfahrung, bei negativen Einstellungen zu KIM eher auf die Studienlage (Brinkhaus et al. 2005). Auch bei Ärzt:innen an einer Universitätsklinik in den USA und der Schweiz stand die persönliche Erfahrung - wie in der vorliegenden Studie - an erster Stelle (Aveni et al. 2017; Wahner-Roedler et al. 2014). Zu einem anderen Ergebnis kam hingegen eine Befragung von Pflegenden in Italien, bei der Bücher als Hauptinformationsquelle angegeben wurden (Zanini et al. 2008).

Als zweitwichtigster Punkt wurde die Rückmeldung von Patient:innen angegeben, was sich mit den Schweizer Ergebnissen deckt (Aveni et al. 2017). Die Expertise und Erfahrung der Fachkräfte sollte bei evidenzbasierter Medizin eine Rolle spielen und dazu führen, dass externe Evidenz gut integriert werden kann (Sackett et al. 1996). Dazu ist auch das Wissen über die Studienlage und Studienergebnisse relevant. Dass Fachliteratur bei Pflegenden von weniger als 30% als Einflussfaktor für die Meinung zu KIM angesehen wird (im Gegensatz zu 55% der Ärzt:innen), kann hier kritisch gesehen werden. Im Rahmen der Akademisierung der Pflege wird allerdings auch das Bewusstsein hierfür vermutlich steigen.

4.2 Subjektiver Kenntnisstand zu KIM

Der subjektive Kenntnisstand zu KIM wurde in unserer Befragung insgesamt als mittelmäßig eingestuft ($5,83 \pm 2,03$, 1 „sehr schlecht“, 10 „sehr gut“).

Dass der Kenntnisstand nicht als gut eingeschätzt wird, deckt sich mit anderen Befragungen von Fachkräften. In Ungarn fühlten sich nur etwas mehr als 10% der befragten Ärzt:innen gut zu KIM informiert (Soós et al. 2016). In Australien gaben sogar mehr als 50% der Pflegekräfte an, sehr wenig über KIM zu wissen. In anderen Befragungen von Gesundheitspersonal ist auch von einem geringen Kenntnisstand die Rede (Shorofi/Arbon 2017). In der Schweiz fühlten sich über 80% der Mitarbeitenden einer Universitätsklinik unzureichend informiert (Aveni et al. 2016). Auch an einer anderen deutschen Universitätsklinik, in der Mitarbeitende in der Onkologie befragt wurden, zeichnete sich ab, dass sich 73% nicht ausreichend informiert fühlen (Trimborn et al. 2013). Physiotherapeut:innen und Hebammen waren die einzigen, die ihre Kenntnisse eher als gut einstufen. Auch den Stellenwert in der Aus-/Fort- und Weiterbildung schätzten beide in der vorliegenden Befragung am höchsten ein. Bei Mollart et al. (2018) hatten ebenfalls über die Hälfte der befragten Hebammen in Australien KIM Training erhalten.

Berretta et al. (2020) zeigte für Italien, dass Mitarbeitende an Universitätskliniken einen höheren Kenntnisstand zu KIM hatten als an anderen Krankenhäusern. Der mittelmäßige Kenntnisstand in unserer Befragung ist auch eher höher als in anderen Befragungen in Kliniken. Ggf. gibt es diese Tendenz also auch in Deutschland. Trotz der Forderung vieler Studien nach einer Verbesserung des Kenntnisstands konnte z.B. bei Wahner-Roedler et al. (2014), die im universitären Kontext in den USA eine Längsschnittstudie durchführten, keine Besserung innerhalb von acht Jahren gezeigt werden.

Eine positive Einstellung zu KIM in Kombination mit einer guten Ausbildung korrelierte bei Psycholog:innen mit einem höheren Kenntnisstand zu KIM (Stapleton et al. 2015). In der vorliegenden Befragung findet sich eine positive Einstellung, die gute Ausbildung fehlt jedoch. 41% der Hebammen in Australien gaben als häufigsten Grund, warum sie nicht KIM empfehlen, an, nicht genug darüber zu wissen (Mollart et al. 2018). Es zeigte sich auch, dass Hebammen,

die einen Workshop oder Kurs besucht hatten, hier mehr Kompetenzen besaßen. (Mollart et al. 2021).

Um den Kenntnisstand zu KIM zu verbessern, gibt es verschiedene Ansatzpunkte. Zum einen könnte KIM vermehrt in die Ausbildung integriert werden. Im Medizinstudium ist inzwischen die Lehre im Querschnittsbereich „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ gesetzlich vorgeschrieben (ÄApprO, §7, Absatz 1). Jedoch hatten einer Befragung von Brinkhaus et al. (2005) nur 38% der medizinischen Hochschulen in Deutschland KIM in die Curricula integriert. Hier sollte in jedem Fall eine bessere Integration stattfinden. Homberg et al. (2021) haben für Studierende der Medizin, aber auch anderer Fächer, mit einer Delphi-Studie hierfür einen Kompetenzkatalog zu KIM im interprofessionellen Setting entwickelt. Für ein anderes entwickeltes Trainingsprogramm für ein KIM Modul in der Onkologie für Studierende, konnte gezeigt werden, dass der Wissensstand zu KIM sich dadurch besserte (Klafke et al. 2016). Außerdem sollten Weiterbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten geschaffen werden. So gibt es beispielsweise für Ärzt:innen in der Facharztweiterbildung für Allgemeinmedizin einen Kompetenzkatalog zu KIM (Valentini et al. 2021).

4.3 Interesse an Fortbildungen zu KIM

In unserer Befragung stimmten 87,1% der Befragten zu oder eher zu, dass sie KIM Fortbildungen an Universitätskliniken wichtig finden. Den größten Wunsch nach Fortbildungen zu KIM drückten die Beschäftigten für Akupunktur/Akupressur, Entspannungsverfahren und Manuelle Medizin aus.

Passend zu unserem Ergebnis konnte eine Übersichtsarbeit zur Einstellung von Gesundheitspersonal zu Akupunktur eine hohe Beliebtheit zeigen (Zhang et al. 2021). Positive Erfahrungen mit Akupunktur wurden als Hauptgrund dafür angegeben (ebd.). Laut den Internetseiten bayerischer Krankenhäuser wurde in 44% der Krankenhäuser Akupunktur als Behandlung angeboten (Kollikowski et al. 2023), was die gute Umsetzbarkeit im Klinik-Setting unterstreicht und auch die hohe Bekanntheit. Akupressur ist zudem kostengünstig und auch in Eigenanwendung möglich (Zick et al. 2016).

Bei allen drei am häufigsten genannten Verfahren wurde zudem die Wirksamkeit für bestimmte Indikationen in klinischen Studien gezeigt (z.B. Franke et al. 2014; Garcia et al. 2013; Luebbert et al. 2001; Xu et al. 2013).

Ein hohes Interesse an Fortbildungen zu KIM drückte das Personal auch in anderen, ähnlichen Studien aus. So wollten beispielsweise 60% der Ärzt:innen in einer Großstadt in den USA mehr über KIM lernen – insbesondere um Patient:innen gut dazu aufklären zu können (Corbin Winslow/Shapiro 2002). Auch Mitarbeitende in der Onkologie in Irland drückten aus, mehr über KIM lernen zu wollen (Chang et al. 2011).

4.4 Rolle von KIM an Universitätskliniken

4.4.1 Rolle von KIM in der Kommunikation mit Patient:innen

Weniger als die Hälfte der Mitarbeitenden gab in der vorliegenden Befragung an, oft von Patient:innen auf KIM angesprochen zu werden. Ho et al. (2021) analysierten in einem Review die Kommunikation von Patient:innen über die Verwendung von KIM. Für Europa ergab sich dabei eine gewichtete Kommunikationsrate von durchschnittlich ca. 60% mit starken Schwankungen zwischen den Studien (ebd.). Ein älterer Review-Artikel mit Studien aus überwiegend USA und Kanada von Davis et al. (2012) berichtet ebenfalls, dass 20 bis 77% der Tumorpatient:innen nicht über die Nutzung von KIM sprechen. Einer der genannten Gründe war Angst vor Ablehnung durch die Ärzt:innen (Foley et al. 2019; Robinson/McGrail 2004). Laut der vorliegenden Befragung werden jedoch auch Berufsgruppen mit sehr befürwortender Einstellung zu KIM (z.B. Hebammen) selten zu KIM befragt. Laut einer Umfrage bei Ärzt:innen in Italien wird dort häufiger mit Patient:innen über KIM gesprochen (Berretta et al. 2020). Mehr als 40% der Befragten besprachen dort KIM mit Patient:innen und über die Hälfte wiesen aktiv auf KIM hin (ebd.). Über drei Viertel der befragten Pflegenden in Australien wurden von Patient:innen auf KIM angesprochen (Hall et al. 2018). Zudem fand dort häufig auch eine Dokumentation der KIM Nutzung statt (ebd.).

Es fragten in der vorliegenden Erhebung jedoch auch nur etwas mehr als ein Viertel der Befragten oft aktiv nach KIM, in der australischen Befragung von

Pflegenden waren es hingegen mehr als 70% (Hall et al. 2018). Die fehlende Nachfrage von Fachkräften bei Patient:innen nach KIM ist Foley et al. (2019) und Furlow et al. (2008) zufolge der häufigste Grund, warum Patient:innen nicht darüber berichten. Vor dem Hintergrund potenziell unerwünschter Wirkungen durch Anwendung von KIM ist es jedoch essenziell, dass Behandler:innen über die Nutzung von KIM Bescheid wissen. Beispiele für Risiken sind eine Fehleinnahme von Nahrungsergänzungsmitteln (Bairati et al. 2005), Interaktionen mit anderen Medikamenten (Awortwe et al. 2019), allergische Hautreaktionen bei Wickeln (Prinz 2021d: 52) oder Gefäßdissektionen durch Manuelle Verfahren (1:1 Mio. Fälle) (Steinhäuser 2022: 876f). Eine gute Nutzen-Risiko-Abwägung und Beratung unter Beachtung von Kontraindikationen (z.B. de Valois et al. 2024) ist auch für KIM wichtig. Deshalb zählt auch eine gute Fähigkeit, über gesundheitliche und finanzielle Risiken aufzuklären, zu den 16 Kompetenzen in einem Kompetenzkatalog zu KIM für Ärzt:innen in Weiterbildung für Allgemeinmedizin (Valentini et al. 2021). Auch im Rahmen des „Shared Decision Making“ (Gemeinsame Entscheidungsfindung) ist es ein wichtiger Punkt, sicherzustellen, dass Patient:innen genug Wissen haben, um Entscheidungen treffen zu können (Elwyn et al. 2012).

Kommunikation über KIM findet weniger statt bei geringeren Kenntnissen, wie schon in vorherigen Studien gezeigt werden konnte (Berretta et al. 2020). Passend dazu gaben die meisten Mitarbeitenden in der vorliegenden Befragung an, sich nicht sicher in Patient:innengespräch über KIM zu fühlen. Hier könnten Kommunikationstrainings hilfreich sein – wie in einer Studie bei Ärzt:innen in Deutschland gezeigt werden konnte, insbesondere für Ärzt:innen mit wenig KIM Erfahrung (Blödt et al. 2016). Neben den möglichen Gefahren ist es ebenfalls wichtig, dass Mitarbeitende auch auf das Potential von KIM eingehen können und Patient:innen bezüglich einer Eigenanwendung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen beraten können. So nannten beispielsweise Patient:innen an einer Universitätsklinik als einer der Hauptgründe für ihr Interesse an KIM, dass sie im therapeutischen Prozess miteinbezogen werden wollen (Huber et al. 2004). Ein weiterer Grund für die fehlende Kommunikation über KIM könnte sein, dass die Zeit dafür fehlt (Robinson/McGrail 2004).

Es gibt in der Literatur schon Best-practice Beispiele für KIM Kommunikation. Roter et al. (2016) konnten beispielsweise zeigen, dass die Zufriedenheit von Patient:innen und Behandler:innen höher ist, wenn über KIM gesprochen wird. Auch an Universitätskliniken in Deutschland gab es ein Beratungsprogramm zu KIM bei onkologisch erkrankten Patient:innen, zu dem gemeinsame Gespräche mit Ärzt:innen und Pflegenden gehörten, bei denen verschiedene Kommunikationstechniken zur Anwendung kamen (Klafke et al. 2024). Ein evidenzbasiertes, interprofessionelles und aktivierendes Angebot konnte innerhalb der Tumorzentren umgesetzt werden (ebd.). Die Patient:innen erlebten die Beratungsgespräche als empowernd (Dürsch et al. 2024).

Aus Sicht der Befragten in der vorliegenden Untersuchung hat das Interesse von Patient:innen an KIM in den letzten Jahren zugenommen. Bisherige Befragungen zur Nutzung von KIM aus z.B. den USA bei Brustkrebspatient:innen (Boon et al. 2007) und in Gesundheitsbefragungen (Clarke et al. 2015) stützen diese Einschätzung. In einer Übersichtsarbeit aus Deutschland von Linde et al. (2014) konnte dieser Trend hingegen nicht bestätigt werden. Unabhängig davon, wird KIM auf jeden Fall viel von Patient:innen genutzt (Jeitler et al. 2024) und ist daher auch für die Kommunikation mit Patient:innen relevant. In der S3 Leitlinie zu Komplementärmedizin bei onkologischen Erkrankungen (Leitlinienprogramm Onkologie 2021: 36) wird zudem empfohlen, Patient:innen mit Tumorerkrankungen aktiv und mehrfach nach der Anwendung komplementärer Methoden zu fragen.

4.4.2 Rolle von KIM in der Versorgung

Anwendung von KIM

41,7% der Befragten gaben in der vorliegenden Studie an, KIM in der Patient:innenversorgung anzuwenden. Bei Mitarbeitenden verschiedener Berufsgruppen in der onkologischen Universitätsmedizin in Deutschland war es ca. ein Drittel, die KIM bei Tumorpatient:innen anwenden würden (Trimborn et al. 2013).

Bei 43,5% der **Pflegenden** kam in der vorliegenden Befragung KIM zur Anwendung bei Patient:innen. Dies ist vergleichbar mit einer ähnlichen Studie,

bei der fast 50% der Pflegenden in chirurgischen Abteilungen in Australien KIM in der Patient:innenversorgung anwendeten (Shorofi/Arbon 2017).

Ärzt:innen hatten mit 33,2% die geringste Anwendungsrate der ausgewerteten Berufsgruppen. In hausärztlichen Praxen in Deutschland gaben ca. 60% der befragten Ärzt:innen an, KIM anzuwenden (Joos et al. 2011). Im Vergleich zu ambulanten Ärzt:innen in Deutschland wendeten die Ärzt:innen an Universitätskliniken also KIM weniger an. Gründe könnten sein, dass in der Allgemeinmedizin Anamnese und eine langfristige Beziehung zu den Patient:innen wichtiger sind und daher biopsychosoziale Zusammenhänge, präventive Ansätze und eine Stärkung der Selbstwirksamkeit eine größere Rolle spielen. Darüber hinaus sind viele Krankheitsbilder in der Allgemeinmedizin selbstlimitierend und ein Review von Baars et al. (2019) deutet darauf hin, dass mit dem Einsatz von KIM möglicherweise Antibiotika eingespart werden können. Die höchste Anwendungsprävalenz zeigte sich mit 86,5% bei **Hebammen**. Auch hier stimmen die Ergebnisse überein mit bisherigen Befragungen. 87,3% war die Prävalenz in Israel (Samuels et al. 2010), einem Review von Hall et al. (2012) zufolge schwankte sie zwischen 65% (Wiebelitz et al. 2009: Studie nicht PubMed-gelistet) und 100% (Bayles 2007). Wie schon erwähnt, sind KIM Verfahren in der Hebammenkunde oft ohnehin in den Alltag integriert. Zusätzlich gibt es insbesondere von Frauen eine hohe Nachfrage nach KIM in der Geburtshilfe (Schürger et al. 2018).

Interessant ist, dass laut unserer Befragung fast 80% der **Physiotherapeut:innen** KIM schon bei Patient:innen angewendet haben. Hier zeigte sich eine deutliche Diskrepanz zu den Ergebnissen von Bjerså et al. (2012) (ca. 10% Anwendung in Schweden in chirurgischen Abteilungen). Ein Grund könnte die Thematisierung von einzelnen KIM Verfahren in der Ausbildung in Deutschland sein. Wie auch bei den Ergebnissen aus Schweden (ebd.) kam KIM auch laut unseren Ergebnissen bei Physiotherapeut:innen häufiger zur Anwendung als bei Ärzt:innen und Pflegenden.

Auch zu den angewendeten Methoden der Mitarbeitenden wurde in einer Freitextfrage gefragt. Neu ist, dass für die Anwendung bei Patient:innen am häufigsten Aromatherapie/-pflege genannt wurde (in den Freitextantworten). In

Deutschland zählte Aromatherapie zu den drei häufigsten KIM Verfahren in Geburtshilfeabteilungen (Münstedt et al. 2009b) und laut deren Internetseiten bieten fast 30% der bayerischen Krankenhäuser Aromatherapie an (Kolikowski et al. 2023). Auch bei Ärzt:innen in Großbritannien gehörte Aromatherapie zu den häufigsten KIM Überweisungen (Lewith et al. 2001). Vor dem Hintergrund der bisher bekannten wenigen unerwünschten Wirkungen (Farrar/Farrar 2020) und des möglichen Potentials, das Aromatherapie nach der Erfahrung der Mitarbeitenden bieten könnte, sollten vermehrt wissenschaftliche Studien in diesem Bereich stattfinden, auch hinsichtlich der genauen Indikationen und Dosierungen. Als weitere Verfahren, die bei Patient:innen angewendet werden, wurden hier wiederum Verfahren aus dem Bereich der Mind-Body-Medizin am häufigsten genannt.

Multiprofessionalität

Der Großteil der Befragten (78,4%) stimmte zu oder eher zu, dass KIM an Universitätskliniken eine interprofessionelle Aufgabe sein sollte. Wie in einem systematischen Metareview gezeigt werden konnte, können sich durch interprofessionelle Zusammenarbeit verschiedene Outcomes bessern, z.B. die Versorgungsqualität für Patient:innen, aber auch die Zufriedenheit von Mitarbeitenden (Wei et al. 2022). In einem aktuellen Artikel von Klafke et al. (2024) konnte in einem Beratungsprogramm zu KIM an Universitätskliniken die Versorgungsqualität durch interprofessionelle Zusammenarbeit für Patient:innen gebessert werden.

Interessant ist, dass Ärzt:innen in der vorliegenden Befragung eine interprofessionelle Zusammenarbeit zu KIM an Universitätskliniken seltener für wichtig halten als Pflegenden (51,9 vs. 82,7%). Laut Reeves/Lewin (2004) ist Ärzt:innen die Zusammenarbeit mit anderen Ärzt:innen wichtiger als interprofessionelle Zusammenarbeit. Bei Pflegenden ist hingegen inter- und multidisziplinäres Arbeiten Teil ihres Berufsverständnisses (PflBG, §5, Absatz 3) Eine Beteiligung verschiedener Professionen an Behandlungen wird auch in klinischen Leitlinien in Deutschland empfohlen. Zum Beispiel soll laut der DEGAM-Leitlinie bei chronischem Nicht-Tumorschmerz ein multimodales und

multiprofessionelles Programm zur Schmerzbehandlung angeboten werden (Becker/Straßner 2023: 19).

Aufgaben von Universitätskliniken

Die meisten Befragten sahen KIM als Aufgabe einer Universitätsklinik im Rahmen von Beratung (79,0%), Patient:innenversorgung (69,5%) und Forschung (87,0%).

Die **Versorgung** von Patient:innen mit KIM sahen weniger als 50% der Ärzt:innen und fast 80% der Pflegenden als Aufgabe einer Universitätsklinik. Komplementäre Verfahren wurden in Deutschland historisch als außer-universitär angesehen (Stange 2019). Bei Leitlinienempfehlungen für KIM (z.B. „sollte“-Empfehlung für bestimmte Brustkrebspatient:innen (Leitlinienprogramm Onkologie 2021: 51)) ist jedoch die Frage, wo die Therapien angeboten werden können. Hier sollten sinnvolle Optionen in Betracht gezogen werden, bei denen ausreichende Kompetenzen der Behandler:innen vorhanden sind. Teilweise sind KIM Angebote in Kliniken schon integriert und werden dort angeboten (Kollikowski et al. 2023). In Berlin wurde auch eine Hochschulambulanz für KIM etabliert, mit der sich Patient:innen auch im Follow up nach einem Jahr zufrieden zeigten (Rotter et al. 2023). Teilweise findet eine Versorgung mit KIM auch statt, ohne dies explizit so zu nennen, weil die Verfahren in den Klinikalltag integriert sind, z.B. in Geburtskliniken (Münstedt et al. 2009b).

Größere Zustimmung fand **Beratung** zu KIM als Aufgabe von Universitätskliniken mit fast 80%. Ein Beratungsangebot für Tumorpatient:innen an Universitätskliniken konnte erfolgreich umgesetzt werden (Klafke et al. 2024; Valentini et al. 2024). Hier gibt es noch Möglichkeiten, die Angebote auszubauen und damit die Sicherheit von Patient:innen zu erhöhen und ihnen die Möglichkeit zu geben, selbstbestimmte und informierte Entscheidungen zu treffen.

Mit über 80% bei Ärzt:innen und fast 90% bei Pflegenden fand **Forschung** zu KIM in der vorliegenden Befragung insgesamt die größte Zustimmung. Dies ist in Einklang mit bisherigen Studienergebnissen. Leitungspersonen an medizinischen Fakultäten befürworteten in einer Erhebung in Deutschland Forschung zu KIM ebenfalls mehr als die Versorgung von Patient:innen mit KIM (Brinkhaus et al. 2005). Auch an Universitätskliniken in Schweden sprachen sich

die meisten befragten Mitarbeiter:innen für Forschung zu KIM aus (Bjerså et al. 2012). In einer Universitätsklinik in den USA wurden randomisiert kontrollierte Studien und gute Evidenz über die Wirkmechanismen von KIM über mehrere Jahre hinweg von mehr als der Hälfte der befragten Ärzt:innen als wichtiger Einflussfaktor auf die Meinung angesehen (Wahner-Roedler et al. 2014).

Vor dem Hintergrund der hohen Nachfrage nach KIM Forschung von Professionellen, stellt sich die Frage nach der Umsetzung. Bisher ist die Forschungslandschaft zu KIM an Universitäten noch ausbaufähig. Von den insgesamt 38 Universitätskliniken in Deutschland (nach Angaben des Verbands der Universitätskliniken (o.J.)) haben nur 13 Standorte Lehrstühle zu KIM (u.a. Hufelandgesellschaft o.J.). Die Finanzierung der akademischen KIM erfolgt häufig durch Stiftungen (Witt 2009). Ein Hinweis auf ausbaufähige Strukturen zeigte sich auch in einem Bericht der WHO, in dem die weltweite Lage zu traditioneller und komplementärer Medizin analysiert wurde. Hier zeigte sich, dass in den europäischen Mitgliedsstaaten fast die Hälfte über unzureichende Forschungsdaten klagte, über ein Drittel kritisierten fehlende finanzielle Mittel für Forschung zu KIM (World Health Organization 2019: 57). Auch ein Forschungsinstitut dazu fehlte in Deutschland (ebd.: 27).

4.5 Stärken der Studie

4.5.1 Methodische Stärken

Die Befragung erfolgte als multizentrische, quantitative Querschnittstudie mithilfe eines internetbasierten Fragebogens. Mit über 2000 Teilnehmenden ergab sich eine große Stichprobe, die auch Subgruppenanalysen möglich machte. Sofern die Befragten per E-Mail kontaktiert werden konnten, wurden zwei Erinnerungse-Mails verschickt.

Eine quantitative Vorgehensweise wurde vor allem deshalb gewählt, weil dadurch die Möglichkeit der Untersuchung einer großen Stichprobe gegeben war. Außerdem konnten dadurch die Objektivität und Vergleichbarkeit an den vier Standorten am besten gewährleistet werden. Zusätzlich konnten durch die anonyme Antwortmöglichkeit mögliche Verzerrungsaspekte wie soziale

Erwünschtheit minimiert werden. Auch in vielen bisherigen Befragungsstudien zu KIM wurde auf quantitative Methoden zurückgegriffen (z.B. Bjerså et al. 2012). Eine Querschnittstudie wurde durchgeführt, um den aktuellen Zustand gut beschreiben zu können. Abhängig von den Ergebnissen könnten dann gegebenenfalls weitere Studien stattfinden, die sich intensiver mit einzelnen Fragestellungen beschäftigen, die bei dem bisherigen Fragebogen zunächst allgemein abgefragt wurden.

Als Methode wurde ein Online-Fragebogen gewählt, weil dadurch eine Vollerhebung des Personals angestrebt werden konnte. Eine große Stichprobe ist einer der Vorteile von Online-Erhebungen, wie Kuckartz et al. (2009: 110) thematisiert haben. Das Ziel war, möglichst viele verschiedene Personen und Berufsgruppen durch die Studie abzubilden. Die Zielgruppe, das Gesundheitspersonal der Universitätskliniken, konnte somit am besten erreicht werden. Auch die Flexibilität bzgl. der verschiedenen Standorte und Erhebungszeitpunkte war einer der Vorteile (ebd.), da so auf die lokalen Besonderheiten und jeweils vorhandenen E-Mail-Verteiler eingegangen werden konnte.

4.5.2 Stärken des Fragebogens

Mit dem verwendeten Fragebogen wurden viele Themen abgedeckt, die für das Setting Universitätsklinikum interessant sein können. Verglichen mit der Vorliteratur ist der Fragebogen besonders umfangreich.

Durch das webbasierte Design konnte die Vollständigkeit der Datensätze gewährt werden und nur an geeigneter Stelle (Freitextantworten) wurden Missings zugelassen.

Bei mehrfachen Diskussionsrunden im Team mit Forscher:innen und im Voraus stattfindenden Pretests wurde auf gute Verständlichkeit und eine Vollständigkeit der abgefragten Therapien geachtet.

Um die Ja-Sage bzw. Nein-Sage-Tendenz (Raithel 2008: 81) zu reduzieren, wurden bei Fragen mit mehreren Items sowohl Positiv- als auch Negativaussagen verwendet. Auch die Fragetypen wurden variiert, um Langeweile und Tendenz zum Studienabbruch zu reduzieren. Um der „Tendenz zur Mitte“ (ebd.) entgegenzuwirken wurden symmetrische Skalen verwendet.

Auch andere Vorteile von Onlinefragebögen wie die Verwendung von Farben (Diekmann 2008: 520ff.) und Schiebeskalen oder Konsistenzkontrollen wurden genutzt.

Zur Berücksichtigung der **Gütekriterien** lässt sich sagen, dass bei quantitativen Erhebungsmethoden die Auswertungs**objektivität** allgemein sehr hoch ist (Diekmann 2008: 249). Die **Durchführungsobjektivität** (Bühner 2021: 569f) konnte durch die an allen Standorten standardisiert durchgeführte Online-Befragung sehr gut gewährleistet werden. Das Gütekriterium **Zumutbarkeit** (Moosbrugger/Kelava 2020: 25) spielte für die Entwicklung des Fragebogens aufgrund der knappen zeitlichen Ressourcen der Zielgruppe ebenfalls eine wichtige Rolle.

4.6 Limitationen

In die Interpretation der Ergebnisse sollten einige Limitationen einbezogen werden.

4.6.1 Rekrutierungsstrategien und Rücklauf

Wie in 2.4.3 beschrieben wurde, ist die Rekrutierungsstrategie der verschiedenen Standorte nicht vollständig vergleichbar. Insbesondere durch die verschiedenen Mailverteiler, bei denen die genaue Zahl der Angehörigen verschiedener Berufsgruppen nicht klar erkennbar war, und durch die Nutzung des Schneeballprinzips und von ausgedruckten Links, ist es nicht nachvollziehbar, wie viele Mitarbeitende tatsächlich erreicht wurden und ob alle Berufsgruppen ausreichend berücksichtigt wurden. Laut den aktuellen Angaben des Universitätsklinikums Freiburg (Universitätsklinikum Freiburg o.J.) arbeiten nur ca. 1900 Ärzt:innen dort, was weniger ist als die angegebenen kontaktierten Ärzt:innen und diese Zahl unplausibel macht. Im Nachhinein war nicht nachvollziehbar, wie genau die genutzten E-Mailverteiler zusammengesetzt waren. Durch die Nutzung der E-Mailadressen als Hauptzugangsweg und des Onlinebefragungstools wurden möglicherweise Mitarbeitende mit wenig Computerkenntnissen benachteiligt. Da jedoch im Berufsalltag auch PC-Kenntnisse wichtig sind, kann der Effekt als gering angesehen werden. Wie in

Onlinebefragungen üblich, kann zudem nicht ausgeschlossen werden, dass der Link auch an Teilnehmende außerhalb der Zielgruppe weitergeschickt wurde.

4.6.2 Selektionsbias

Insbesondere aufgrund der geschätzt niedrigen Rücklaufquote muss ein Selektionsbias als mögliche Verzerrung der Ergebnisse in Betracht gezogen werden. Dies wurde auch schon bei anderen Befragungen zu KIM als mögliche Limitation thematisiert (Astin 1998: in diesem Fall "alternative Medizin"). Grundsätzlich ist es sowohl möglich, dass besonders kritische Menschen als auch besonders befürwortende Menschen bei Selbstselektion verstärkt an einer Befragung teilnehmen. Aufgrund der überwiegenden KIM Befürwortung der Befragten in der vorliegenden Arbeit muss jedoch insbesondere diskutiert werden, ob eine Verzerrung in diese Richtung möglich ist, wie auch beispielsweise Ben-Arye et al. (2008) bei einer anderen Befragung zu KIM thematisiert haben. Ein Hinweis darauf könnte sein, dass die Befragten ihre Kolleg:innen eher als nicht positiv dem Thema gegenüber einschätzten, die Befragten selbst ihre Haltung aber eher als positiv angaben. Es bleibt jedoch auch unklar, inwieweit sich auch Menschen an der Befragung beteiligt haben, die dem Thema gegenüber überdurchschnittlich kritisch sind.

4.6.3 Fragebogenentwicklung und Begrifflichkeiten

Sowohl bei der Entwicklung des Fragebogens als auch in dieser Arbeit generell muss die Schwierigkeit der Definitionen als Limitation aufgeführt werden. Auch wenn das NCCAM aufgrund der teils synonymen Verwendung von CAM und CIH inzwischen in NCCIH umbenannt wurde, birgt die synonyme Verwendung auch Probleme. Daher gibt es auch in dieser Arbeit eine Schwierigkeit mit der Vergleichbarkeit der Studienergebnisse mit vorherigen Ergebnissen, die teils andere Begrifflichkeiten verwendeten und nicht exakt dieselben Therapien abgefragt haben. Das Problem wurde beispielweise auch von Hall et al. (2012) oder Ho et al. (2021) im Rahmen von Reviews thematisiert.

Die Auswahl der gewählten KIM Verfahren wurde mithilfe verschiedener Lehrbücher durchgeführt, um eine möglichst umfassende und ausgewogene Liste zu erstellen, die dem wissenschaftlichen Stand entspricht. Trotzdem gab es

Schwierigkeiten mit Überschneidungen zwischen den Therapien. So werden z.B. äußerliche Anwendungen teilweise der Phytotherapie zugerechnet. Auch die Abgrenzung zwischen Entspannungsverfahren und Achtsamkeit war nicht eindeutig. Was in dieser Arbeit außerdem wenig zur Sprache kam, sind die beiden naturheilkundlichen Säulen Bewegung und Ernährung, die zum Teil auch in der konventionellen Medizin adressiert werden.

Eine Limitation ist die fehlende **Validierung**. Auf der Basis der Literaturrecherche und mit Einbezug validierter Fragebögen zu der Thematik wurde der Fragebogen jedoch mehrfach im interprofessionellen Forschungsteam diskutiert hinsichtlich einer Inhaltsvalidität. Aufgrund des explorativen Charakters der Befragung und fehlender geeignet validierter Fragebögen nahmen wir die Nachteile der fehlenden Validierung in Kauf. Die Entscheidung für einen selbst erstellten und nicht validierten Fragebogen wurde auch aufgrund der geringen Vergleichbarkeit der bisher vorhandenen Fragebögen zu der Thematik gefällt. Dadurch konnte ein Fragebogen erstellt werden, der besonders auf das Setting der Universitätskliniken zugeschnitten ist, was bei Vorstudien eine untergeordnete Rolle spielte. Eine Übertragbarkeit auf andere Universitätskliniken in Deutschland und insbesondere international muss diskutiert werden, da die Begrifflichkeiten unterschiedlich verwendet und verstanden werden. Hier könnte es in Zukunft helfen, vermehrt standardisierte Fragebögen (z.B. Hinse et al. 2024) zu verwenden.

4.7 Schlussfolgerung

Die Mitarbeitenden an Universitätskliniken in Deutschland drückten in der Befragung eine überwiegend positive Haltung gegenüber KIM aus und einen Wunsch nach der Integration der Verfahren. Über KIM Methoden ist bekannt, dass sie zum Teil ein Potential hinsichtlich der Befähigung von Patient:innen bieten, die Methoden selbst anzuwenden (Jobst/Joos 2017: 139). Das konnte auch im universitären Setting schon gezeigt werden. So nahmen Patient:innen die Integration von interprofessionellen Beratungsgesprächen zu KIM einer qualitativen Erhebung an Universitätskliniken zufolge als empowernd wahr (Dürsch et al. 2024). Zudem konnte damit nachweislich zur Aktivierung der

Patient:innen beigetragen werden (Valentini et al. 2024). Bei dem starken Wunsch der Mitarbeitenden nach einer Integration von KIM, der in der vorliegenden Befragung ausgedrückt wurde, könnten das mögliche Ansatzpunkte sein, um weitere interprofessionelle Angebote für Patient:innen zu etablieren und erforschen.

Es gibt Hinweise, dass die Zufriedenheit des Personals größer ist, wenn KIM mitangewendet werden kann (Hall et al. 2017). Gerade vor dem Hintergrund eines zunehmenden Mangels an Fachkräften und einer hohen psychischen Belastung der Mitarbeitenden (z.B. Maharaj et al. 2018) erscheint es wichtig, dies in Betracht zu ziehen und die Ergebnisse auch vor diesem Hintergrund zu sehen. Außerdem könnten z.B. Mind-Body-Verfahren als präventive Maßnahme zur Stressreduktion beim Personal auch infrage kommen (z.B. Kemper et al. 2011). Der als eher mittelmäßig eingeschätzte Kenntnisstand der Befragten in Kombination mit dem geringen Kompetenzgefühl in der Beratung von Patient:innen zeigt einen hohen Bedarf an evidenzbasierten Fortbildungen und einer Integration von KIM in die entsprechenden Curricula. Zur Verbesserung der Patient:innensicherheit bei der Nachfrage nach KIM sollten Mitarbeitende ausreichend über KIM und über deren erwünschte und unerwünschte Wirkungen informiert sein. Schon vorhandene Kompetenzkataloge zu KIM aus Aus- und Weiterbildung (z.B. Homberg et al. 2021; Valentini et al. 2021) und Kommunikationstrainings zu KIM (z.B. Blödt et al. 2016) könnten ggf. als Grundlage dienen, um den Kenntnisstand und die Kompetenzen von Mitarbeitenden entsprechend dem hohen sonstigen Qualitätsanspruch von Universitätskliniken zu verbessern.

Bei der Anwendung von KIM in der Patient:innenversorgung, die laut der Befragung schon stattfindet, stellt sich die Frage, bei welchen Indikationen KIM im Detail eingesetzt wird und wie der Kenntnisstand zu den konkreten Indikationen ist. In Zukunft könnten sich hierzu weitere Studien anschließen.

Zu einigen KIM Verfahren, wie äußerlichen Anwendungen und Aromatherapie, die der vorliegenden Studie nach für die Versorgung von Patient:innen eine Rolle spielen, gibt es bisher wenig wissenschaftliche Ergebnisse. Insbesondere hier

könnten Studien zur Verbesserung der Evidenz zu Sicherheit und Nutzen und zu einer stärkeren Verzahnung von Anwendung und Forschung beitragen.

Insgesamt sprachen sich die Mitarbeitenden berufsgruppenübergreifend für Forschung zu KIM an Universitätskliniken aus. Hier könnte noch ein Ausbau der Strukturen stattfinden. Mit angemessener Finanzierung könnten qualitativ hochwertige Studien ermöglicht werden, die als Grundlage für weitere evidenzbasierte Empfehlungen in Leitlinien herangezogen werden könnten.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung: Unter Komplementärer und Integrativer Medizin (KIM) wird eine Integration von komplementärmedizinischen und naturheilkundlichen Therapieansätzen in die konventionelle Medizin verstanden, im Rahmen eines evidenzbasierten Ansatzes. Die Inanspruchnahme von KIM in der deutschen Bevölkerung ist hoch. Auch an Universitätskliniken in Baden-Württemberg wünschen sich Patient:innen Beratung zu KIM. Als mögliche Ansprechpersonen kommen insbesondere die Mitarbeitenden mit Patient:innenkontakt infrage. Bisherige Studien weisen auf ein Interesse an KIM bei Gesundheitspersonal, jedoch auf einen geringen Kenntnisstand hin. Ziel der Studie war es deshalb, im speziellen auf KIM im Setting der Universitätskliniken einzugehen und die Einstellungen, den Kenntnisstand und den Bedarf von Ärzt:innen, Pflegenden und anderen Mitarbeitenden zu untersuchen.

Methodik: Ab Januar 2018 fand die explorative Querschnittserhebung mittels selbst entwickeltem Online-Fragebogen an den Universitätskliniken in Baden-Württemberg statt (Tübingen, Ulm, Freiburg, Heidelberg). Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte überwiegend über die E-Mailverteiler der Kliniken. Aufgrund der teils eingeschränkten Erreichbarkeit per E-Mail, wurde der Link auch vereinzelt in Papierform auf Stationen verteilt. Zudem wurde das Schneeballprinzip genutzt, um den Link in den Abteilungen zu verbreiten. Die technische Umsetzung des Fragebogens erfolgte mit dem System Unipark (Questback GmbH), die statistische Auswertung der Ergebnisse mit SPSS in der Version 29.

Ergebnisse: Insgesamt n=2026 Mitarbeitende, darunter n=1196 Pflegende, n=567 Ärzt:innen, n=54 Physiotherapeut:innen, n=48 Psycholog:innen/-therapeut:innen, n=37 Hebammen und n=124 andere Mitarbeiter:innen mit Patient:innenkontakt nahmen an der Befragung teil. Der Rücklauf war nicht exakt ermittelbar und variierte am ehesten je nach Standort zwischen 5 und 14%. Insgesamt drückten die Befragten eine positive Haltung zu KIM aus (MW±SD: 7,43±2,33; 1 „sehr ablehnend“, 10 „sehr befürwortend“) und einen eher mittelmäßigen subjektiven Kenntnisstand (5,83±2,03; 1 „sehr schlecht“, 10 „sehr gut“). Fortbildungen zu KIM an Universitätskliniken hielten die meisten für wichtig

(n=1764; 87,1% „stimme zu“/ „stimme eher zu“). Besonderes Fortbildungsinteresse bestand zu Akupunktur/Akupressur, Entspannungsverfahren, Manueller Medizin und äußerlichen Anwendungen. Mehr als zwei Drittel der Befragten sahen eine Beratung zu KIM (n=1601; 79,0% „stimme zu“/ „stimme eher zu“), die Versorgung von Patient:innen mit KIM (1408; 69,5%) und Forschung zu KIM (1763; 87,0%) als Aufgaben einer Universitätsklinik an. In der Beratung von Patient:innen zu KIM fühlten sich jedoch weniger als ein Drittel (28,5%) kompetent. KIM wurde in der Patient:innenversorgung von 41,7% der Befragten genutzt, 42,4% stimmten zu oder eher zu, oft von Patient:innen zu KIM gefragt zu werden.

Diskussion: In der ersten multizentrischen Befragung zu KIM an Universitätskliniken in Baden-Württemberg konnte die befürwortende Einstellung zu KIM bei Pflegenden, Ärzt:innen und anderen Professionellen, die aus anderen Befragungen bekannt ist, unterstrichen werden. Es bestätigte sich auch das geringe Kompetenzgefühl und der hohe Bedarf an Fortbildungen bei einem bisher geringen Stellenwert in der Aus-/Weiter- und Fortbildung. Neu war, dass insbesondere Forschung zu KIM an Universitätskliniken von fast allen Professionellen als wichtig angesehen wurde. Die aus Vorstudien zum Teil bekannten Unterschiede der Berufsgruppen (wie die starke Befürwortung von Hebammen) zeigten sich auch an den Universitätskliniken. Bezüglich der Einschätzung der Verfahren gab es vereinzelt Unterschiede; überwiegend sprachen sich die Mitarbeitenden an Universitätskliniken für KIM Verfahren aus, für die auch die externe Evidenz positive Ergebnisse zeigt.

Schlussfolgerung: Die Studie hebt die Anwendung von KIM im universitären Kontext und das Interesse der Mitarbeitenden hervor. Zur Verbesserung der Versorgung von Patient:innen ist es daher wichtig, dass das Personal an Universitätskliniken über angemessene Kenntnisse verfügt. Hierfür sollten weit verbreitete KIM Verfahren unter Berücksichtigung ihrer Evidenzbasis sowie Kommunikationskompetenzen spezifisch für diesen Bereich in Curricula und Fortbildungen berücksichtigt werden.

6. LITERATURVERZEICHNIS

- ÄApprO (2002): § 27, Absatz 1. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html (aufgerufen am 15.03.2025).
- Al-Abtah J & Langels O (2020): 31 Wickel und Auflagen. I care Pflege. 2., überarbeitete Auflage, Stuttgart: Thieme, S. 712-717. DOI: 10.1055/b-0040-176379.
- Antonovsky A (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Hrsg. von Franke A, Tübingen: dgvt- Verlag, S. 21-190.
- Astin JA (1998): Why patients use alternative medicine: results of a national study. In: JAMA, Jg. 279 (19), S. 1548-1553. DOI: 10.1001/jama.279.19.1548
- Astin JA, Shapiro SL, Eisenberg DM & Forsys KL (2003): Mind-body medicine: state of the science, implications for practice. In: J Am Board Fam Pract, Jg. 16 (2), S. 131-147. DOI: 10.3122/jabfm.16.2.131.
- Aucoin M, Lalonde-Parsi M-J & Cooley K (2014): Mindfulness-based therapies in the treatment of functional gastrointestinal disorders: a meta-analysis. In: Evid Based Complement Alternat Med, Jg. 2014, S. 140724. DOI: 10.1155/2014/140724.
- Aveni E, Bauer B, Ramelet AS, Decosterd I, Ballabeni P, Bonvin E & Rodondi PY (2017): Healthcare professionals' sources of knowledge of complementary medicine in an academic center. In: PLoS One, Jg. 12 (9), S. e0184979. DOI: 10.1371/journal.pone.0184979.
- Aveni E, Bauer B, Ramelet AS, Kottelat Y, Decosterd I, Finti G, Ballabeni P, Bonvin E & Rodondi PY (2016): The Attitudes of Physicians, Nurses, Physical Therapists, and Midwives Toward Complementary Medicine for Chronic Pain: A Survey at an Academic Hospital. In: Explore (NY), Jg. 12 (5), S. 341-346. DOI: 10.1016/j.explore.2016.06.001.
- Awortwe C, Bruckmueller H & Cascorbi I (2019): Interaction of herbal products with prescribed medications: A systematic review and meta-analysis. In: Pharmacol Res, Jg. 141, S. 397-408. DOI: 10.1016/j.phrs.2019.01.028.
- AZKIM (o.J.): Motivation und Ziele. URL: <http://azkim.de/ueber-azkim/das-azkim-konsortium/motivation-und-ziele/> (aufgerufen am: 01.05.2024).
- Baars EW, Zoen EB, Breikreuz T, Martin D, Matthes H, von Schoen-Angerer T, Soldner G, Vagedes J, van Wietmarschen H, Patijn O, Willcox M, von Flotow P, Teut M, von Ammon K, Thangavelu M, Wolf U, Hummelsberger J, Nicolai T, Hartemann P, Szóke H, McIntyre M, van der Werf ET & Huber R (2019): The Contribution of Complementary and Alternative Medicine to Reduce Antibiotic Use: A Narrative Review of Health Concepts, Prevention, and Treatment Strategies. In: Evid Based Complement Alternat Med, Jg. 2019, S. 5365608. DOI: 10.1155/2019/5365608.
- Bairati I, Meyer F, Gélinas M, Fortin A, Nabid A, Brochet F, Mercier JP, Têtu B, Harel F, Mâsse B, Vigneault E, Vass S, del Vecchio P & Roy J (2005): A randomized trial of antioxidant vitamins to prevent second primary cancers in head and neck cancer patients. In: J Natl Cancer Inst, Jg. 97 (7), S. 481-488. DOI: 10.1093/jnci/dji095.
- Bairati I, Meyer F, Jobin E, Gélinas M, Fortin A, Nabid A, Brochet F & Têtu B (2006): Antioxidant vitamins supplementation and mortality: a randomized trial in head and neck cancer patients. In: Int J Cancer, Jg. 119 (9), S. 2221-2224. DOI: 10.1002/ijc.22042.
- BÄK (2023): Ärztinnen/Ärzte mit Zusatz-Weiterbildungen nach Tätigkeitsarten. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztestatistik_2023_18.04.2024.pdf (aufgerufen am: 24.05.2024).
- BÄK (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) (2023): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018: in der Fassung vom 29.06.2023. URL:

- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20230629_MWBO-2018.pdf (aufgerufen am: 23.07.2024).
- BÄK/KBV/AWMF (2017): Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung, 2. Auflage, Version 1. DOI: 10.6101/AZQ/000353. (aufgerufen am: 20.06.2024).
- Bayles BP (2007): Herbal and other complementary medicine use by Texas midwives. In: *J Midwifery Womens Health*, Jg. 52 (5), S. 473-478. DOI: 10.1016/j.jmwh.2007.03.023.
- Becker A & Straßner C (2023): Chronischer nicht tumorbedingter Schmerz – Erläuterungen und Implementierungshilfen: DEGAM S1-Handlungsempfehlung. Dresden: DEGAM. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-036l_S1_Chronischer_Schmerz_2023-12.pdf (aufgerufen am: 04.07.2024).
- Ben-Arye E, Frenkel M, Klein A & Scharf M (2008): Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care: perspectives of patients, physicians and complementary practitioners. In: *Patient Educ Couns*, Jg. 70 (3), S. 395-402. DOI: 10.1016/j.pec.2007.11.019.
- Berretta M, Rinaldi L, Taibi R, Tralongo P, Fulvi A, Montesarchio V, Madeddu G, Magistri P, Bimonte S, Trovò M, Gnagnarella P, Cuomo A, Cascella M, Lleshi A, Nasti G, Facchini S, Fiorica F, Di Francia R, Nunnari G, Pellicanò GF, Guglielmino A, Danova M, Rossetti S, Amore A, Crispo A & Facchini G (2020): Physician Attitudes and Perceptions of Complementary and Alternative Medicine (CAM): A Multicentre Italian Study. In: *Front Oncol*, Jg. 10, S. 594. DOI: 10.3389/fonc.2020.00594.
- Bjerså K, Stener Victorin E & Fagevik Olsén M (2012): Knowledge about complementary, alternative and integrative medicine (CAM) among registered health care providers in Swedish surgical care: a national survey among university hospitals. In: *BMC Complement Altern Med*, Jg. 12, S. 42. DOI: 10.1186/1472-6882-12-42.
- Blasini M, Peiris N, Wright T & Colloca L (2018): The Role of Patient-Practitioner Relationships in Placebo and Nocebo Phenomena. In: *Int Rev Neurobiol*, Jg. 139, S. 211-231. DOI: 10.1016/bs.irn.2018.07.033.
- Blödt S, Mittring N, Schützler L, Fischer F, Holmberg C, Horneber M, Stapf A & Witt CM (2016): A consultation training program for physicians for communication about complementary medicine with breast cancer patients: a prospective, multi-center, cluster-randomized, mixed-method pilot study. In: *BMC Cancer*, Jg. 16 (1), S. 843. DOI: 10.1186/s12885-016-2884-y.
- Boon HS, Olatunde F & Zick SM (2007): Trends in complementary/alternative medicine use by breast cancer survivors: comparing survey data from 1998 and 2005. In: *BMC Womens Health*, Jg. 7, S. 4. DOI: 10.1186/1472-6874-7-4.
- Brinkhaus B (2017): 2 Naturheilverfahren als Präventionsmedizin. In: Volger E & Brinkhaus B (Hrsg.): *Kursbuch Naturheilverfahren : für die ärztliche Weiterbildung*. 2. Auflage, München: Elsevier, S. 23-36.
- Brinkhaus B & Esch T (2021): *Integrative Medizin und Gesundheit*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Brinkhaus B, Joos S, Lindner M, Kohnen R, Witt C, Willich SN & Hahn EG (2005): Integration of complementary and alternative medicine into German medical school curricula -- contradictions between the opinions of decision makers and the status quo. In: *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd*, Jg. 12 (3), S. 139-143. DOI: 10.1159/000085227.
- Bühner M (2021): *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. 4. korrig. und erw. Auflage. München: Pearson.
- Bundesamt für Statistik (2019): *Schweizerische Gesundheitsbefragung- Inanspruchnahme einzelner Therapien von Komplementärmedizin in den letzten*

- 12 Monaten. URL: <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/7586120/master> (aufgerufen am: 30.05.2024).
- Bundesamt für Statistik (2024): Schweizerische Gesundheitsbefragung-Inanspruchnahme von Komplementärmedizin in den letzten 12 Monaten. DOI: <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/30305933/master> (aufgerufen am: 30.05.2024).
- Chae Y, Lee YS & Enck P (2018): How Placebo Needles Differ From Placebo Pills? In: *Front Psychiatry*, Jg. 9, S. 243. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00243.
- Chang H-Y & Chang H-L (2015): A review of nurses' knowledge, attitudes, and ability to communicate the risks and benefits of complementary and alternative medicine. In: *J Clin Nurs*, Jg. 24 (11-12), S. 1466-1478. DOI: 10.1111/jocn.12790.
- Chang KH, Brodie R, Choong MA, Sweeney KJ & Kerin MJ (2011): Complementary and alternative medicine use in oncology: a questionnaire survey of patients and health care professionals. In: *BMC Cancer*, Jg. 11, S. 196. DOI: 10.1186/1471-2407-11-196.
- Chen L, Lin C-C, Huang T-W, Kuan Y-C, Huang Y-H, Chen H-C, Kao C-Y, Su C-M & Tam K-W (2017): Effect of acupuncture on aromatase inhibitor-induced arthralgia in patients with breast cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials. In: *Breast*, Jg. 33, S. 132-138. DOI: 10.1016/j.breast.2017.03.015.
- Clark D (1999): 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. In: *Soc Sci Med*, Jg. 49 (6), S. 727-736. DOI: 10.1016/s0277-9536(99)00098-2.
- Clarke TC, Black LI, Stussman BJ, Barnes PM & Nahin RL (2015): Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002-2012. In: *Natl Health Stat Report* (79), S. 1-16. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25671660/> (aufgerufen am 23.07.2024).
- Corbin Winslow L & Shapiro H (2002): Physicians want education about complementary and alternative medicine to enhance communication with their patients. In: *Arch Intern Med*, Jg. 162 (10), S. 1176-1181. DOI: 10.1001/archinte.162.10.1176
- Cramer H, Lauche R, Klose P, Lange S, Langhorst J & Dobos GJ (2017): Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer. In: *Cochrane Database Syst Rev*, Jg. 1 (1), S. CD010802. DOI: 10.1002/14651858.CD010802.pub2.
- Davis EL, Oh B, Butow PN, Mullan BA & Clarke S (2012): Cancer patient disclosure and patient-doctor communication of complementary and alternative medicine use: a systematic review. In: *Oncologist*, Jg. 17 (11), S. 1475-1481. DOI: 10.1634/theoncologist.2012-0223.
- de Valois B, Young T, Zollman C, Appleyard I, Ben-Arye E, Cummings M, Green R, Hoffman C, Lacey J, Moir F, Peckham R, Stringer J, Veleber S, Weitzman M & Wode K (2024): Acupuncture in cancer care: recommendations for safe practice (peer-reviewed expert opinion). In: *Support Care Cancer*, Jg. 32 (4), S. 229. DOI: 10.1007/s00520-024-08386-6.
- Deutscher Hebammenverband (2019): Kompetenzen von Hebammen. URL: https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2021/02/2019-09-13_DHV_Kompetenzen_von_Hebammen_Anhang_1_zur_Stellungnahme_HebStPrV.pdf (aufgerufen am: 27.05.2024).
- DGMM (2022): Für Physiotherapeuten. URL: <https://dgmm.de/fuer-physiotherapeuten/> (aufgerufen am: 05.06.2024).
- Diekmann A (2008): *Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. 19. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Dürsch H, Boltenhagen U, Mahler C, Joos S, Joachim S & Klafke N (2024): A Qualitative Investigation of Factors Influencing the Integration of Complementary and Integrative Healthcare Recommendations in the Daily Lives of Patients with

- Cancer. In: *Integr Cancer Ther*, Jg. 23, S. 15347354241252195. DOI: 10.1177/15347354241252195.
- Egli S, Pfister M, Ludin SM, Puente de la Vega K, Busato A & Fischer L (2015): Long-term results of therapeutic local anesthesia (neural therapy) in 280 referred refractory chronic pain patients. In: *BMC Complement Altern Med*, Jg. 15, S. 200. DOI: 10.1186/s12906-015-0735-z.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A & Barry M (2012): Shared decision making: a model for clinical practice. In: *J Gen Intern Med*, Jg. 27 (10), S. 1361-1367. DOI: 10.1007/s11606-012-2077-6.
- Ermann M (2024): *Psychotherapie und Psychosomatik: Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage*. 8. erw. und überarb. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Evers AWM, Colloca L, Blease C, Annoni M, Atlas LY, Benedetti F, Bingel U, Buchel C, Carvalho C, Colagiuri B, Crum AJ, Enck P, Gaab J, Geers AL, Howick J, Jensen KB, Kirsch I, Meissner K, Napadow V, Peerdeman KJ, Raz A, Rief W, Vase L, Wager TD, Wampold BE, Weimer K, Wiech K, Kaptchuk TJ, Klinger R & Kelley JM (2018): Implications of Placebo and Nocebo Effects for Clinical Practice: Expert Consensus. In: *Psychother Psychosom*, Jg. 87 (4), S. 204-210. DOI: 10.1159/000490354.
- Farrar AJ & Farrar FC (2020): Clinical Aromatherapy. In: *Nurs Clin North Am*, Jg. 55 (4), S. 489-504. DOI: 10.1016/j.cnur.2020.06.015.
- Fei Y-T, Cao H-J, Xia R-Y, Chai Q-Y, Liang C-H, Feng Y-T, Du Y-R, Yu M-K, Guyatt G, Thabane L, Lao LX, Liu JP & Zhang Y-Q (2022): Methodological challenges in design and conduct of randomised controlled trials in acupuncture. In: *Bmj*, Jg. 376, S. e064345. DOI: 10.1136/bmj-2021-064345.
- Fischer HF, Junne F, Witt C, von Ammon K, Cardini F, Fønnebø V, Johannessen H, Lewith G, Uehleke B, Weidenhammer W & Brinkhaus B (2012): Key issues in clinical and epidemiological research in complementary and alternative medicine - a systematic literature review. In: *Forsch Komplementmed*, Jg. 19 Suppl 2, S. 51-60. DOI: 10.1159/000343126.
- Foley H, Steel A, Cramer H, Wardle J & Adams J (2019): Disclosure of complementary medicine use to medical providers: a systematic review and meta-analysis. In: *Sci Rep*, Jg. 9 (1), S. 1573. DOI: 10.1038/s41598-018-38279-8.
- Fox KC, Nijeboer S, Dixon ML, Floman JL, Ellamil M, Rumak SP, Sedlmeier P & Christoff K (2014): Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. In: *Neurosci Biobehav Rev*, Jg. 43, S. 48-73. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2014.03.016.
- Franke H, Franke JD & Fryer G (2014): Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. In: *BMC Musculoskelet Disord*, Jg. 15, S. 286. DOI: 10.1186/1471-2474-15-286.
- Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A, Irvin E & Imamura M (2015): Massage for low-back pain. In: *Cochrane Database Syst Rev*, Jg. 2015 (9), S. CD001929. DOI: 10.1002/14651858.CD001929.pub3.
- Furlow ML, Patel DA, Sen A & Liu JR (2008): Physician and patient attitudes towards complementary and alternative medicine in obstetrics and gynecology. In: *BMC Complement Altern Med*, Jg. 8, S. 35. DOI: 10.1186/1472-6882-8-35.
- Gaffney L & Smith CA (2004): Use of complementary therapies in pregnancy: the perceptions of obstetricians and midwives in South Australia. In: *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, Jg. 44 (1), S. 24-29. DOI: 10.1111/j.1479-828X.2004.00161.x.

- Garcia MK, McQuade J, Haddad R, Patel S, Lee R, Yang P, Palmer JL & Cohen L (2013): Systematic review of acupuncture in cancer care: a synthesis of the evidence. In: *J Clin Oncol*, Jg. 31 (7), S. 952-960. DOI: 10.1200/JCO.2012.43.5818.
- Garvey TA, Marks MR & Wiesel SW (1989): A prospective, randomized, double-blind evaluation of trigger-point injection therapy for low-back pain. In: *Spine (Phila Pa 1976)*, Jg. 14 (9), S. 962-964. DOI: 10.1097/00007632-198909000-00008.
- Goldman N, Chen M, Fujita T, Xu Q, Peng W, Liu W, Jensen TK, Pei Y, Wang F, Han X, Chen JF, Schnermann J, Takano T, Bekar L, Tieu K & Nedergaard M (2010): Adenosine A1 receptors mediate local anti-nociceptive effects of acupuncture. In: *Nat Neurosci*, Jg. 13 (7), S. 883-888. DOI: 10.1038/nn.2562.
- Goyal M, Singh S, Sibinga EM, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, Berger Z, Sleicher D, Maron DD, Shihab HM, Ranasinghe PD, Linn S, Saha S, Bass EB & Haythornthwaite JA (2014): Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. In: *JAMA Intern Med*, Jg. 174 (3), S. 357-368. DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.13018.
- Grimm D, Voiss P, Paepke D, Dietmaier J, Cramer H, Kümmel S, Beckmann MW, Woelber L, Schmalfeldt B, Freitag U, Kalder M, Wallwiener M, Theuser AK & Hack CC (2021): Gynecologists' attitudes toward and use of complementary and integrative medicine approaches: results of a national survey in Germany. In: *Arch Gynecol Obstet*, Jg. 303 (4), S. 967-980. DOI: 10.1007/s00404-020-05869-9.
- Gross A, Langevin P, Burnie SJ, Bédard-Brochu MS, Empey B, Dugas E, Faber-Dobrescu M, Andres C, Graham N, Goldsmith CH, Brønfort G, Hoving JL & LeBlanc F (2015): Manipulation and mobilisation for neck pain contrasted against an inactive control or another active treatment. In: *Cochrane Database Syst Rev*, Jg. 2015 (9), S. CD004249. DOI: 10.1002/14651858.CD004249.pub4.
- Haake M, Müller HH, Schade-Brittinger C, Basler HD, Schäfer H, Maier C, Endres HG, Trampisch HJ & Molsberger A (2007): German Acupuncture Trials (GERAC) for chronic low back pain: randomized, multicenter, blinded, parallel-group trial with 3 groups. In: *Arch Intern Med*, Jg. 167 (17), S. 1892-1898. DOI: 10.1001/archinte.167.17.1892.
- Häder M (2010): *Empirische Sozialforschung: Eine Einführung*. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hafliðadóttir SH, Juhl CB, Nielsen SM, Henriksen M, Harris IA, Bliddal H & Christensen R (2021): Placebo response and effect in randomized clinical trials: meta-research with focus on contextual effects. In: *Trials*, Jg. 22 (1), S. 493. DOI: 10.1186/s13063-021-05454-8.
- Hall H, Leach M, Brosnan C & Collins M (2017): Nurses' attitudes towards complementary therapies: A systematic review and meta-synthesis. In: *Int J Nurs Stud*, Jg. 69, S. 47-56. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.01.008.
- Hall H, Leach MJ, Brosnan C, Cant R & Collins M (2018): Registered Nurses' communication about patients' use of complementary therapies: A national survey. In: *Patient Educ Couns*, Jg. 101 (8), S. 1403-1409. DOI: 10.1016/j.pec.2018.03.010.
- Hall HG, McKenna LG & Griffiths DL (2012): Midwives' support for Complementary and Alternative Medicine: a literature review. In: *Women Birth*, Jg. 25 (1), S. 4-12. DOI: 10.1016/j.wombi.2010.12.005.
- Hamilton K & Marietti V (2017): A qualitative investigation of Australian psychologists' perceptions about complementary and alternative medicine for use in clinical practice. In: *Complement Ther Clin Pract*, Jg. 29, S. 105-110. DOI: 10.1016/j.ctcp.2017.09.003.

- Handgraaf M & Grüneberg C (2023): Berufliche Bildung in der Physiotherapie. In: Darmann-Finck I & Sahmel K (Hrsg.): Pädagogik im Gesundheitswesen. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 125–136. DOI: 10.1007/978-3-662-66832-0_8.
- Harris PE, Cooper KL, Relton C & Thomas KJ (2012): Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. In: *Int J Clin Pract*, Jg. 66 (10), S. 924-939. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2012.02945.x.
- He Y, Guo X, May BH, Zhang AL, Liu Y, Lu C, Mao JJ, Xue CC & Zhang H (2020): Clinical Evidence for Association of Acupuncture and Acupressure With Improved Cancer Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *JAMA Oncol*, Jg. 6 (2), S. 271-278. DOI: 10.1001/jamaoncol.2019.5233.
- Hesmert D, Klocke C, Stolz R, Huber R, Samstag Y, Hübner K, Simmet T, Syrovets T, Joos S & Valentini J (2024): Exploring the gap: attitudes, knowledge, and training needs in complementary and integrative medicine among healthcare professionals at German university hospitals. In: *Front Med (Lausanne)*, Jg. 11, S. 1408653. DOI: 10.3389/fmed.2024.1408653.
- Hines S, Steels E, Chang A & Gibbons K (2018): Aromatherapy for treatment of postoperative nausea and vomiting. In: *Cochrane Database Syst Rev*, Jg. 3 (3), S. CD007598. DOI: 10.1002/14651858.CD007598.pub3.
- Hinse M, Jerzynski L, Binting S, Kummer S, Brinkhaus B & Rotter G (2024): German translation and validation of the complementary and alternative medicine health belief questionnaire (CHBQ). In: *BMC Med Educ*, Jg. 24 (1), S. 99. DOI: 10.1186/s12909-023-04985-9.
- Ho EY, Bylund CL, Wollney E, Peterson EB, Wong H-N & Koenig CJ (2021): A systematic review of communication about Complementary and Integrative Health (CIH) in global biomedical settings. In: *Patient Educ Couns*, Jg. 104 (12), S. 2900-2911. DOI: 10.1016/j.pec.2021.05.015.
- Höfer S, Stiefel, A. (2020): Rückenschmerzen. In: Stiefel A, Brendel, K., Bauer, N. (Hrsg.): *Hebammenkunde*. 6., aktual. und erw. Auflage, Stuttgart: Thieme.
- Homborg A, Krug K, Klafke N, Glassen K, Mahler C & Loukanova S (2021): Consensus views on competencies and teaching methods for an interprofessional curriculum on complementary and integrative medicine: A Delphi study. In: *J Integr Med*, Jg. 19 (3), S. 282-290. DOI: 10.1016/j.joim.2021.03.001.
- Horneber M, Büschel G, Dennert G, Less D, Ritter E & Zwahlen M (2012): How many cancer patients use complementary and alternative medicine: a systematic review and metaanalysis. In: *Integr Cancer Ther*, Jg. 11 (3), S. 187-203. DOI: 10.1177/1534735411423920.
- Huber R, Koch D, Beiser I, Zschocke I & Lüdtkke R (2004a): Experience and attitudes towards CAM--a survey of internal and psychosomatic patients in a German university hospital. In: *Altern Ther Health Med*, Jg. 10 (1), S. 32-36. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14727497> (aufgerufen am: 15.03.2025).
- Hufelandgesellschaft (o.J.): *Integrative Medizin - Zahlen & Fakten*. URL: <https://www.hufelandgesellschaft.de/integrative-medizin/zahlen-fakten> (aufgerufen am: 21.03.2024).
- Hughes CM, Quinn F & Baxter GD (2011): Complementary and alternative medicine: perception and use by physiotherapists in the management of low back pain. In: *Complement Ther Med*, Jg. 19 (3), S. 149-154. DOI: 10.1016/j.ctim.2011.03.003.
- Hwang E & Shin S (2015): The effects of aromatherapy on sleep improvement: a systematic literature review and meta-analysis. In: *J Altern Complement Med*, Jg. 21 (2), S. 61-68. DOI: 10.1089/acm.2014.0113.
- Jeitler M, Ortiz M, Brinkhaus B, Sigl M, Hoffmann R, Trübner M, Michalsen A, Wischnewsky M & Kessler CS (2024): Use and acceptance of traditional, complementary and integrative medicine in Germany—an online representative

- cross-sectional study. In: *Front Med (Lausanne)*, Jg. 11, S. 1372924. DOI: 10.3389/fmed.2024.1372924.
- Jobst D & Joos S (2017): Komplementärmedizin und Naturheilverfahren. In: Kochen MM & Abholz H-H (Hrsg.): *Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 5., vollst. überarb. und erw. Auflage, Stuttgart: Thieme, S. 137-147. URL: https://eref.thieme.de/ebooks/1896990#/ebook_1896990_SL74056393 (aufgerufen am: 15.03.2024).
- Johnson JR, Rivard RL, Griffin KH, Kolste AK, Joswiak D, Kinney ME & Dusek JA (2016): The effectiveness of nurse-delivered aromatherapy in an acute care setting. In: *Complement Ther Med*, Jg. 25, S. 164-169. DOI: 10.1016/j.ctim.2016.03.006.
- Johnson PJ, Ward A, Knutson L & Sendelbach S (2012): Personal use of complementary and alternative medicine (CAM) by U.S. health care workers. In: *Health Serv Res*, Jg. 47 (1 Pt 1), S. 211-227. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2011.01304.x.
- Joos S, Musselmann B & Szecsenyi J (2011): Integration of complementary and alternative medicine into family practices in Germany: results of a national survey. In: *Evid Based Complement Alternat Med*, Jg. 2011, S. 495813. DOI: 10.1093/ecam/nep019.
- Joos S & Valentini J (2022): 102 Phytotherapie. In: Chenot J-F & Scherer M (Hrsg.): *Allgemeinmedizin*. München: Elsevier, S. 829-836.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024): Akupunktur. URL: https://www.kbv.de/html/themen_1125.php (aufgerufen am: 07.05.2024).
- Kemper K, Bulla S, Krueger D, Ott MJ, McCool JA & Gardiner P (2011): Nurses' experiences, expectations, and preferences for mind-body practices to reduce stress. In: *BMC Complement Altern Med*, Jg. 11, S. 26. DOI: 10.1186/1472-6882-11-26.
- Kemppainen LM, Kemppainen TT, Reippainen JA, Salmenniemi ST & Vuolanto PH (2018): Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. In: *Scand J Public Health*, Jg. 46 (4), S. 448-455. DOI: 10.1177/1403494817733869.
- Kessel KA, Lettner S, Kessel C, Bier H, Biedermann T, Friess H, Herrschbach P, Gschwend JE, Meyer B, Peschel C, Schmid R, Schwaiger M, Wolff KD & Combs SE (2016): Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) as Part of the Oncological Treatment: Survey about Patients' Attitude towards CAM in a University-Based Oncology Center in Germany. In: *PLoS One*, Jg. 11 (11), S. e0165801. DOI: 10.1371/journal.pone.0165801.
- Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, Chapleau MA, Paquin K & Hofmann SG (2013): Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. In: *Clin Psychol Rev*, Jg. 33 (6), S. 763-771. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.05.005.
- Klafke N, Bossert J, Boltenhagen U, Froehlich D, Mahler C, Joos S & Wensing M (2024): Counseling lifestyle medicine in oncology: A qualitative analysis of interprofessional patient-nurse-physician interactions. In: *Patient Educ Couns*, Jg. 127, S. 108352. DOI: 10.1016/j.pec.2024.108352.
- Klafke N, Homberg A, Glassen K & Mahler C (2016): Addressing holistic healthcare needs of oncology patients: Implementation and evaluation of a complementary and alternative medicine (CAM) course within an elective module designed for healthcare professionals. In: *Complement Ther Med*, Jg. 29, S. 190-195. DOI: 10.1016/j.ctim.2016.10.011.
- Kollikowski A, Schiffmann L, Gabriel K, Gágyor I, Heuschmann P, Langhorst J, Keil T & Löffler C (2023): Wie verbreitet sind komplementärmedizinische Verfahren in bayerischen Krankenhäusern? Eine Vollerhebung für Bayern mittels Website-Screening. In: *Gesundheitswesen*, Jg. 85 (3), S. 165-174. DOI: 10.1055/a-1961-1064.

- Kraft K & Stange R (2010): Lehrbuch Naturheilverfahren. Stuttgart: Hippokrates.
- Krisanaprakornkit T, Krisanaprakornkit W, Piyavhatkul N & Laopaiboon M (2006): Meditation therapy for anxiety disorders. In: *Cochrane Database Syst Rev* (1), S. CD004998. DOI: 10.1002/14651858.CD004998.pub2.
- Kuckartz U, Ebert T, Rädiger S & Stefer C (2009): Evaluation online: Internetgestützte Befragung in der Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. DOI: 10.1007/978-3-531-91317-9_11.
- Langevin HM & Yandow JA (2002): Relationship of acupuncture points and meridians to connective tissue planes. In: *Anat Rec*, Jg. 269 (6), S. 257-265. DOI: 10.1002/ar.10185.
- Laux G (2021): Formen psychotherapeutischer Intervention. In: Falkai P, Laux G, Deister A & Möller H (Hrsg.): *Duale Reihe Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. 7., vollst. überarb. Auflage, Stuttgart: Thieme. URL: <https://eref.thieme.de/12BNHYB> (aufgerufen am: 15.03.2025).
- Lederer AK, Baginski A, Raab L, Joos S, Valentini J, Klocke C, Samstag Y, Hübner K, Andreeva I, Simmet T, Syrovets T, Hafner S, Freisinger A, Storz MA & Huber R (2021): Complementary medicine in Germany: a multi-centre cross-sectional survey on the usage by and the needs of patients hospitalized in university medical centers. In: *BMC Complement Med Ther*, Jg. 21 (1), S. 285. DOI: 10.1186/s12906-021-03460-6.
- Lee Y-L, Wu Y, Tsang HW, Leung AY & Cheung WM (2011): A systematic review on the anxiolytic effects of aromatherapy in people with anxiety symptoms. In: *J Altern Complement Med*, Jg. 17 (2), S. 101-108. DOI: 10.1089/acm.2009.0277.
- Leitlinienprogramm Onkologie (2021): Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen PatientInnen. URL: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/komplementaermedizin/> (aufgerufen am: 15.03.2025).
- Lewith GT, Hyland M & Gray SF (2001): Attitudes to and use of complementary medicine among physicians in the United Kingdom. In: *Complement Ther Med*, Jg. 9 (3), S. 167-172. DOI: 10.1054/ctim.2001.0475.
- Lexa N (2020): 21 Schmerzmanagement. I care Pflege. 2., überarb. Auflage, Stuttgart: Thieme, S. 530-548. DOI: 10.1055/b-0040-176369.
- Li F, Harmer P, Fitzgerald K, Eckstrom E, Akers L, Chou LS, Pidgeon D, Voit J & Winters-Stone K (2018): Effectiveness of a therapeutic Tai Ji Quan Intervention vs a Multimodal Exercise Intervention to Prevent Falls Among Older Adults at High Risk of Falling: A Randomized Clinical Trial. In: *JAMA Intern Med*, Jg. 178 (10), S. 1301-1310. DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.3915.
- Lie D & Boker J (2004): Development and validation of the CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ) and CAM use and attitudes amongst medical students. In: *BMC Med Educ*, Jg. 4, S. 2. DOI: 10.1186/1472-6920-4-2.
- Liem A & Newcombe PA (2021): Knowledge, attitudes, and usage of complementary-alternative medicine (CAM): A national survey of clinical psychologists in Indonesia. In: *Curr Psychol*, Jg. 40 (7), S. 3477-3487. DOI: 10.1007/s12144-019-00290-1.
- Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Vertosick EA, Vickers A & White AR (2016): Acupuncture for the prevention of episodic migraine. In: *Cochrane Database Syst Rev*, Jg. 2016 (6), S. CD001218. DOI: 10.1002/14651858.CD001218.pub3.
- Linde K, Alscher A, Friedrichs C, Joos S & Schneider A (2014): Die Verwendung von Naturheilverfahren, komplementären und alternativen Therapien in Deutschland - eine systematische Übersicht bundesweiter Erhebungen. In: *Forsch Komplementmed*, Jg. 21 (2), S. 111-118. DOI: 10.1159/000360917.
- Linde K, Alscher A, Friedrichs C, Wagenpfeil S, Karsch-Völk M & Schneider A (2015): Belief in and use of complementary therapies among family physicians, internists

- and orthopaedists in Germany - cross-sectional survey. In: *Fam Pract*, Jg. 32 (1), S. 62-68. DOI: 10.1093/fampra/cmu071.
- Linde K, Clausius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F, Hedges LV & Jonas WB (1997): Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. In: *Lancet*, Jg. 350 (9081), S. 834-843. DOI: 10.1016/s0140-6736(97)02293-9.
- Loef M & Walach H (2020): Quality of life in cancer patients treated with mistletoe: a systematic review and meta-analysis. In: *BMC Complement Med Ther*, Jg. 20 (1), S. 227. DOI: 10.1186/s12906-020-03013-3.
- Lucas S, Leach M & Kumar S (2018): Complementary and alternative medicine utilisation for the management of acute respiratory tract infection in children: A systematic review. In: *Complement Ther Med*, Jg. 37, S. 158-166. DOI: 10.1016/j.ctim.2018.03.001.
- Ludwig DS & Kabat-Zinn J (2008): Mindfulness in medicine. In: *JAMA*, Jg. 300 (11), S. 1350-1352. DOI: 10.1001/jama.300.11.1350.
- Luebbert K, Dahme B & Hasenbring M (2001): The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. In: *Psychooncology*, Jg. 10 (6), S. 490-502. DOI: 10.1002/pon.537.
- Maercker A, Krampen, G. (2018): Entspannungsverfahren. In: Margraf J, Schneider, S. (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Band 1. 4., vollst. überarb. und aktualis. Auflage, Berlin [u.a.]: Springer, S. 400-401.
- Maha N & Shaw A (2007): Academic doctors' views of complementary and alternative medicine (CAM) and its role within the NHS: an exploratory qualitative study. In: *BMC Complement Altern Med*, Jg. 7, S. 17. DOI: 10.1186/1472-6882-7-17.
- Maharaj S, Lees T & Lal S (2018): Prevalence and Risk Factors of Depression, Anxiety, and Stress in a Cohort of Australian Nurses. In: *Int J Environ Res Public Health*, Jg. 16 (1). DOI: 10.3390/ijerph16010061.
- Mahler C & Stolz R (2021): Pflege in der Integrativen Medizin. In: Brinkhaus B & Esch T (Hrsg.): *Integrative Medizin und Gesundheit*. Berlin: MWW Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 265-278.
- Maibach-Nagel E (2017): Heilpraktikerwesen: Selbstbestimmung und Gefahr. In: *Dtsch Arztebl*, Jg. 114 (33-34), S. A-1522 / B-1290 / C-1262.
- Manzoni GM, Pagnini F, Castelnovo G & Molinari E (2008): Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. In: *BMC Psychiatry*, Jg. 8, S. 41. DOI: 10.1186/1471-244X-8-41.
- Marszalek G, Torchetti L, Barth J, Wolf U & Frei-Erb M (2017): Einstellung von Ärzten gegenüber Komplementärmedizin in einer ländlichen Region der Schweiz: Ergebnisse einer Umfrage. In: *Complement Med Res*. DOI: 10.1159/000480332.
- Mathie RT, Ramparsad N, Legg LA, Clausen J, Moss S, Davidson JR, Messow C-M & McConnachie A (2017): Randomised, double-blind, placebo-controlled trials of non-individualised homeopathic treatment: systematic review and meta-analysis. In: *Syst Rev*, Jg. 6 (1), S. 63. DOI: 10.1186/s13643-017-0445-3.
- Mitsikostas DD, Blease C, Carlino E, Colloca L, Geers AL, Howick J, Evers AWM, Flaten MA, Kelley JM, Kirsch I, Klingler R, MaassenVanDenBrink A, Moerman DE, Sfikakis PP, Vase L, Wager TD, Benedetti F & European Headache F (2020): European Headache Federation recommendations for placebo and nocebo terminology. In: *J Headache Pain*, Jg. 21 (1), S. 117. DOI: 10.1186/s10194-020-01178-3.
- Mollart L, Skinner V, Adams J & Foureur M (2018): Midwives' personal use of complementary and alternative medicine (CAM) influences their recommendations to women experiencing a post-date pregnancy. In: *Women Birth*, Jg. 31 (1), S. 44-51. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.06.014.

- Mollart L, Stulz V & Foureur M (2021): Midwives knowledge and education/training in complementary and alternative medicine (CAM): A national survey. In: *Complement Ther Clin Pract*, Jg. 45, S. 101473. DOI: 10.1016/j.ctcp.2021.101473.
- Møller SR, Ekholm O & Christensen AI (2024): Trends in the use of complementary and alternative medicine between 1987 and 2021 in Denmark. In: *BMC Complement Med Ther*, Jg. 24 (1), S. 23. DOI: 10.1186/s12906-023-04327-8.
- Molsberger AF, Schneider T, Gotthardt H & Drabik A (2010): German Randomized Acupuncture Trial for chronic shoulder pain (GRASP) - a pragmatic, controlled, patient-blinded, multi-centre trial in an outpatient care environment. In: *Pain*, Jg. 151 (1), S. 146-154. DOI: 10.1016/j.pain.2010.06.036.
- Moosbrugger H & Kelava A (2020): Qualitätsanforderungen an Tests und Fragebogen („Gütekriterien“). In: Moosbrugger H & Kelava A (Hrsg.): *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. 3., vollst. überarb. und aktualis. Auflage, Berlin, Heidelberg: Springer, S. 13-38. URL: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-61532-4>.
- Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH, Hollingsworth JC, Ashton CM & Wray NP (2002): A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. In: *N Engl J Med*, Jg. 347 (2), S. 81-88. DOI: 10.1056/NEJMoa013259.
- Moyer CA, Rounds J & Hannum JW (2004): A meta-analysis of massage therapy research. In: *Psychol Bull*, Jg. 130 (1), S. 3-18. DOI: 10.1037/0033-2909.130.1.3.
- Mummendey HD & Grau I (2008): *Die Fragebogen-Methode*. 5., überarb. und erw. Auflage. Göttingen, Bern, Wien [u.a.]: Hogrefe.
- Münstedt K, Brenken A & Kalder M (2009a): Clinical indications and perceived effectiveness of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Germany: a questionnaire study. In: *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, Jg. 146 (1), S. 50-54. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2009.05.013.
- Münstedt K, Schröter C, Brüggmann D, Tinneberg H-R & von Georgi R (2009b): Use of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Germany. In: *Forsch Komplementmed*, Jg. 16 (2), S. 111-116. DOI: 10.1159/000208918.
- Nahin RL, Barnes PM & Stussman BJ (2016): Expenditures on Complementary Health Approaches: United States, 2012. In: *Natl Health Stat Report* (95), S. 1-11. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27352222> (aufgerufen am: 15.03.2025).
- NCCIH (2021): *Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?* URL: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health> (aufgerufen am: 27.11.2023).
- Ng QX, Venkatanarayanan N & Ho CY (2017): Clinical use of *Hypericum perforatum* (St John's wort) in depression: A meta-analysis. In: *J Affect Disord*, Jg. 210, S. 211-221. DOI: 10.1016/j.jad.2016.12.048.
- Nierhaus T, Pach D, Huang W, Long X, Napadow V, Roll S, Liang F, Pleger B, Villringer A & Witt CM (2015): Differential cerebral response to somatosensory stimulation of an acupuncture point vs. two non-acupuncture points measured with EEG and fMRI. In: *Front Hum Neurosci*, Jg. 9, S. 74. DOI: 10.3389/fnhum.2015.00074.
- Nissen N, Schunder-Tatzber S, Weidenhammer W & Johannessen H (2012): What attitudes and needs do citizens in Europe have in relation to complementary and alternative medicine? In: *Forsch Komplementmed*, Jg. 19 Suppl 2, S. 9-17. DOI: 10.1159/000342710.
- OECD/EU (2018): *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. DOI: 10.1787/health_glance_eur-2018-en (aufgerufen am 02.07.2024).
- Ostermann T, Blaser G, Bertram M, Michalsen A, Matthiessen PF & Kraft K (2008): Effects of rhythmic embrocation therapy with solum oil in chronic pain patients: a

- prospective observational study. In: *Clin J Pain*, Jg. 24 (3), S. 237-243. DOI: 10.1097/AJP.0b013e3181602143.
- Paley CA, Johnson MI, Tashani OA & Bagnall A-M (2015): Acupuncture for cancer pain in adults. In: *Cochrane Database Syst Rev* (10). DOI: 10.1002/14651858.CD007753.pub3.
- Parisius LM, Stock-Schröer B, Berger S, Hermann K & Joos S (2014): Use of home remedies: a cross-sectional survey of patients in Germany. In: *BMC Fam Pract*, Jg. 15, S. 116. DOI: 10.1186/1471-2296-15-116.
- Prinz BK (2021a): Aromapflege. In: Prinz BK (Hrsg.): *Naturheilkundliche Anwendungen in der Pflege*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 97–146. DOI: 10.1007/978-3-662-60477-9_4.
- Prinz BK (2021b): Grundlagen der Naturheilkunde. In: Prinz BK (Hrsg.): *Naturheilkundliche Anwendungen in der Pflege: Praxistipps für den Pflegealltag*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 1-20. DOI: 10.1007/978-3-662-60477-9_1.
- Prinz BK (2021c): Naturheilkundliche Pflege. In: Prinz BK (Hrsg.): *Naturheilkundliche Anwendungen in der Pflege: Praxistipps für den Pflegealltag*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 21-39. DOI: 10.1007/978-3-662-60477-9_2.
- Prinz BK (2021d): Wickel und Auflagen. *Naturheilkundliche Anwendungen in der Pflege: Praxistipps für den Pflegealltag*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 41-95. DOI: 10.1007/978-3-662-60477-9_3.
- (1995): *Psychrembel Wörterbuch Naturheilkunde und alternative Heilverfahren in der Medizin*. Berlin, Boston: De Gruyter. DOI: 10.1515/9783110875454.
- Quack E (2020): 5 Pflgetheorien und Pflegemodelle. *I care Pflege*. 2., überarb. Auflage, Stuttgart: Thieme, S. 116-135. DOI: 10.1055/b-0040-176353
- Raithel J (2008): *Quantitative Forschung : ein Praxiskurs*. 2., durchges. Aufl. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A, Prutz F, Jordan S, Nowossadeck E, Domanska O & Kamtsiuris P (2013): Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, Jg. 56 (5-6), S. 832-844. DOI: 10.1007/s00103-013-1665-x.
- Reeves S & Lewin S (2004): Interprofessional collaboration in the hospital: strategies and meanings. In: *J Health Serv Res Policy*, Jg. 9 (4), S. 218-225. DOI: 10.1258/1355819042250140.
- Robert Bosch Stiftung (o.J.): Robert Bosch Centrum für Integrative Medizin und Gesundheit. URL: <https://www.bosch-health-campus.de/de/institution/robert-bosch-centrum-fuer-integrative-medizin-und-gesundheit-0> (aufgerufen am: 30.05.2024).
- Robinson A & McGrail MR (2004): Disclosure of CAM use to medical practitioners: a review of qualitative and quantitative studies. In: *Complement Ther Med*, Jg. 12 (2-3), S. 90-98. DOI: 10.1016/j.ctim.2004.09.006.
- Rootman I (2001): Introduction to the book. In: Rootman I, Goodstadt MS, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J & Ziglio E (Hrsg.): *Evaluation in health promotion: synthesis and recommendations*. WHO Reg Publ Eur Ser, S. 3-6. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11729787> (aufgerufen am: 15.03.2025).
- Rosenberger C & Stiefel A (2020): Nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Schmerzerleichterung. In: Stiefel A, Brendel, K., Bauer, N. (Hrsg.): *Hebammenkunde*. 6., aktualis. und erw. Auflage, Stuttgart: Thieme.
- Rosenthal D & Frank JD (1956): Psychotherapy and the placebo effect. In: *Psychol Bull*, Jg. 53 (4), S. 294-302. DOI: 10.1037/h0044068.

- Roter DL, Yost KJ, O'Byrne T, Branda M, Leppin A, Kimball B, Fernandez C, Jatoi A, Kumbamu A, Montori V, Koenig B, Geller G, Larson S & Tilburt J (2016): Communication predictors and consequences of Complementary and Alternative Medicine (CAM) discussions in oncology visits. In: *Patient Educ Couns*, Jg. 99 (9), S. 1519-1525. DOI: 10.1016/j.pec.2016.06.002.
- Rotter G, Binting S, Teut M, Ortiz M, Willich SN & Brinkhaus B (2023): Characteristics of Patients Presenting at a University Outpatient Department for Complementary and Integrative Medicine. In: *Complement Med Res*, Jg. 30 (4), S. 279-288. DOI: 10.1159/000529798.
- Ryan JL, Heckler CE, Roscoe JA, Dakhil SR, Kirshner J, Flynn PJ, Hickok JT & Morrow GR (2012): Ginger (*Zingiber officinale*) reduces acute chemotherapy-induced nausea: a URCC CCOP study of 576 patients. In: *Support Care Cancer*, Jg. 20 (7), S. 1479-1489. DOI: 10.1007/s00520-011-1236-3.
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JA, Haynes RB & Richardson WS (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't. In: *BMJ*, Jg. 312 (7023), S. 71-72. DOI: 10.1136/bmj.312.7023.71.
- Samuels N, Zisk-Rony RY, Singer SR, Dulitzky M, Mankuta D, Shuval JT & Oberbaum M (2010): Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among nurse-midwives in Israel. In: *Am J Obstet Gynecol*, Jg. 203 (4), S. 341.e341-347. DOI: 10.1016/j.ajog.2010.05.001.
- Scharf HP, Mansmann U, Streitberger K, Witte S, Kramer J, Maier C, Trampisch HJ & Victor N (2006): Acupuncture and knee osteoarthritis: a three-armed randomized trial. In: *Ann Intern Med*, Jg. 145 (1), S. 12-20. DOI: 10.7326/0003-4819-145-1-200607040-00005.
- Schell LK, Monsef I, Wöckel A & Skoetz N (2019): Mindfulness-based stress reduction for women diagnosed with breast cancer. In: *Cochrane Database Syst Rev*, Jg. 3 (3), S. CD011518. DOI: 10.1002/14651858.CD011518.pub2.
- Schneider CD, Meek PM & Bell IR (2003): Development and validation of IMAQ: Integrative Medicine Attitude Questionnaire. In: *BMC Med Educ*, Jg. 3, S. 5. DOI: 10.1186/1472-6920-3-5.
- Schulte D (2020): 46 Pflege von Menschen mit Erkrankungen des Atmungssystems I care Pflege. 2., überarb. Auflage, Stuttgart: Thieme, S. 948-1001. DOI: 10.1055/b-0040-176394.
- Schürger N, Klein E, Hapfelmeier A, Kiechle M & Paepke D (2018): Demand for integrative medicine among women in pregnancy and childbed: a German survey on patients' needs. In: *BMC Complement Altern Med*, Jg. 18 (1), S. 187. DOI: 10.1186/s12906-018-2249-y.
- Schwartz MR, Cole AM, Keppel GA, Gilles R, Holmes J & Price C (2021): Complementary and Integrative Health Knowledge and Practice in Primary Care Settings: A Survey of Primary Care Providers in the Northwestern United States. In: *Glob Adv Health Med*, Jg. 10, S. 21649561211023377. DOI: 10.1177/21649561211023377.
- Sedlmeier P, Eberth J, Schwarz M, Zimmermann D, Haarig F, Jaeger S & Kunze S (2012): The psychological effects of meditation: a meta-analysis. In: *Psychol Bull*, Jg. 138 (6), S. 1139-1171. DOI: 10.1037/a0028168.
- Sewitch MJ, Cepoiu M, Rigillo N & Sproule D (2008): A Literature Review of Health Care Professional Attitudes Toward Complementary and Alternative Medicine. In: *Complementary health practice review*, Jg. 13 (3), S. 139-154. DOI: 10.1177/1533210108325549.
- Shorofi SA & Arbon P (2017): Complementary and alternative medicine (CAM) among Australian hospital-based nurses: knowledge, attitude, personal and professional use, reasons for use, CAM referrals, and socio-demographic predictors of CAM

- users. In: *Complement Ther Clin Pract*, Jg. 27, S. 37-45. DOI: 10.1016/j.ctcp.2017.03.001.
- Sönnichsen A (2017): *Bewegungstherapie und Manuelle Therapie*. In: Kochen M (Hrsg.): *Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 5., vollst. überarb. und erw. Auflage, Stuttgart: Thieme, S. 130-132.
- Soós SA, Jeszenői N, Darvas K & Harsányi L (2016): Complementary and alternative medicine: attitudes, knowledge and use among surgeons and anaesthesiologists in Hungary. In: *BMC Complement Altern Med*, Jg. 16 (1), S. 443. DOI: 10.1186/s12906-016-1426-0.
- Stange R (2013): Die Akademisierung von Naturheilkunde und Komplementärmedizin im deutschsprachigen Raum. In: *Forsch Komplementmed*, Jg. 20 (1), S. 58-64. DOI: 10.1159/000347157.
- Stange R (2019): Die universitäre Entwicklung von Naturheilkunde und Komplementärmedizin im deutschsprachigen Raum. In: Frass M & Krenner L (Hrsg.): *Integrative Medizin: Evidenzbasierte komplementärmedizinische Methoden*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 1037–1048. DOI: 10.1007/978-3-662-48879-9_40.
- Stange R, Amhof R & Moebus S (2008): Complementary and alternative medicine: attitudes and patterns of use by German physicians in a national survey. In: *J Altern Complement Med*, Jg. 14 (10), S. 1255-1261. DOI: 10.1089/acm.2008.0306.
- Stapleton P, Chatwin H, Boucher E, Crebbin S, Scott S, Smith D & Purkis G (2015): Use of complementary therapies by registered psychologists: An international study. In: *Prof Psychol Res Pr*, Jg. 46 (3), S. 190-196. DOI: 10.1037/pro0000015.
- Statistisches Bundesamt (2020): *Ausgewählte Grundzahlen nach Wirtschaftszweigen*. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Dienstleistungen/Tabellen/kost-05-grundzahlen-sonstige-deutschland.html#fussnote-1-120592> (aufgerufen am: 03.07.2024).
- Statistisches Bundesamt (2023): *Krankheitskosten: Deutschland, Jahre, Krankheitsdiagnosen (ICD-10), Geschlecht, Altersgruppen*. URL: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23631-0003&sachmerkmal=ICD10Y&sachschluessel=ICD10-M54&transponieren=true#abreadcrumb> (aufgerufen am: 05.07.2024).
- Steinhäuser J (2022): *108 Manuelle Medizin*. In: Chenot J-F & Scherer M (Hrsg.): *Allgemeinmedizin*. München: Elsevier, S. 875-877.
- Stetter F & Kupper S (2002): Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcome studies. In: *Appl Psychophysiol Biofeedback*, Jg. 27 (1), S. 45-98. DOI: 10.1023/a:1014576505223.
- Stock-Schröer B, Lieverscheidt H & Frei-Erb M (2013): *Curriculum Naturheilverfahren und Komplementärmedizin*. Essen: KVC Verlag- Karl und Veronika Carstens Stiftung.
- Stock C (2021): *Rechtsgutachten zum Heilpraktikerrecht*. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Rechtsgutachten_Heilpraktikerrecht_April_2021.pdf (aufgerufen am: 27.07.2024).
- Stolz R, Kaschdailewitsch E, Kröger B, Noack B & Mahler C (2023): Evidenzbasierte naturheilkundliche Pflegeinterventionen in der Schmerztherapie. In: *Schmerz*, Jg. 37 (5), S. 336-343. DOI: 10.1007/s00482-023-00705-w.
- Suls J & Rothman A (2004): Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. In: *Health Psychol*, Jg. 23 (2), S. 119-125. DOI: 10.1037/0278-6133.23.2.119.
- Tan M-S, Yu J-T, Tan C-C, Wang H-F, Meng X-F, Wang C, Jiang T, Zhu X-C & Tan L (2015): Efficacy and adverse effects of ginkgo biloba for cognitive impairment

- and dementia: a systematic review and meta-analysis. In: *J Alzheimers Dis*, Jg. 43 (2), S. 589-603. DOI: 10.3233/JAD-140837.
- Trimborn A, Senf B, Münstedt K, Buentzel J, Micke O, Mücke R, Prott FJ, Wicker S & Hübner J (2013b): Attitude of employees of a university clinic to complementary and alternative medicine in oncology. In: *Ann Oncol*, Jg. 24 (10), S. 2641-2645. DOI: 10.1093/annonc/mdt299.
- Universitätsklinikum Freiburg (o.J.): Zahlen und Fakten. URL: <https://www.uniklinik-freiburg.de/uniklinikum/zahlen-und-fakten.html> (aufgerufen am: 04.01.2025).
- Valentini J, Froehlich D, Roesel I, Stolz R, Mahler C, Martus P, Klafke N, Horneber M, Witte C, Kramer K, Greil C, Gruen B, Tomaschko-Ubelaender K, Joos S & Group CC-IS (2024): Enhancing patient activation: a controlled implementation study of an interprofessional evidence-based counseling program for complementary and integrative healthcare in cancer patients ('CCC-Integrativ'). In: *Front Med*, Jg. 18 (6), S. 1013-1025. DOI: 10.1007/s11684-024-1097-z.
- Valentini J, Klocke C, GÜthlin C & Joos S (2021): Integration of complementary and integrative medicine competencies in general practice postgraduate education - development of a novel competency catalogue in Germany. In: *BMC Complement Med Ther*, Jg. 21 (1), S. 250. DOI: 10.1186/s12906-021-03419-7.
- Vambheim SM, Kyllö TM, Hegland S & Bystad M (2021): Relaxation techniques as an intervention for chronic pain: A systematic review of randomized controlled trials. In: *Heliyon*, Jg. 7 (8), S. e07837. DOI: 10.1016/j.heliyon.2021.e07837.
- van der Schoot A, Drysdale C, Whelan K & Dimidi E (2022): The Effect of Fiber Supplementation on Chronic Constipation in Adults: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. In: *Am J Clin Nutr*, Jg. 116 (4), S. 953-969. DOI: 10.1093/ajcn/nqac184.
- Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, Sherman KJ, Irnich D, Witt CM, Linde K & Acupuncture Trialists' Collaboration (2018): Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. In: *J Pain*, Jg. 19 (5), S. 455-474. DOI: 10.1016/j.jpain.2017.11.005.
- Volger E & Brinkhaus B (2017a): 1.1 Definitionen. In: Volger E & Brinkhaus B (Hrsg.): *Kursbuch Naturheilverfahren : für die ärztliche Weiterbildung*. 2. Auflage, München: Elsevier, S. 3-4.
- Volger E & Brinkhaus B (2017b): 1.2 Einteilung der Naturheilverfahren. In: Volger E & Brinkhaus B (Hrsg.): *Kursbuch Naturheilverfahren : für die ärztliche Weiterbildung*. 2. Auflage, München: Elsevier, S. 5-6.
- VUD (o.J.): Übersicht der Universitätsklinika in Deutschland URL: <https://www.uniklinika.de/die-deutschenuniversitaetsklinika/uebersicht-der-universitaetsklinika/> (aufgerufen am: 10.05.2024).
- Wagner L, Cramer H, Klose P, Lauche R, Gass F, Dobos G & Langhorst J (2015): Herbal Medicine for Cough: a Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Forsch Komplementmed*, Jg. 22 (6), S. 359-368. DOI: 10.1159/000442111.
- Wahner-Roedler DL, Lee MC, Chon TY, Cha SS, Loehrer LL & Bauer BA (2014): Physicians' attitudes toward complementary and alternative medicine and their knowledge of specific therapies: 8-year follow-up at an academic medical center. In: *Complement Ther Clin Pract*, Jg. 20 (1), S. 54-60. DOI: 10.1016/j.ctcp.2013.09.003.
- Waterfield J, Bartlam B, Bishop A, Holden MA, Barlas P & Foster NE (2015): Physical Therapists' Views and Experiences of Pregnancy-Related Low Back Pain and the Role of Acupuncture: Qualitative Exploration. In: *Phys Ther*, Jg. 95 (9), S. 1234-1243. DOI: 10.2522/ptj.20140298.
- Wei H, Horns P, Sears SF, Huang K, Smith CM & Wei TL (2022): A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators,

- barriers, and outcomes. In: *J Interprof Care*, Jg. 36 (5), S. 735-749. DOI: 10.1080/13561820.2021.1973975.
- Wiebelitz R, Weyert G, Brach J & Beer A-M (2009): Use of complementary and alternative medicine in obstetrics. In: *Br J Midwifery*, Jg. 17, S. 169-175. DOI: 10.12968/bjom.2009.17.3.40079.
- Williams G, Stothart CI, Hahn D, Stephens JH, Craig JC & Hodson EM (2023): Cranberries for preventing urinary tract infections. In: *Cochrane Database Syst Rev*, Jg. 11 (11), S. CD001321. DOI: 10.1002/14651858.CD001321.pub7.
- Witt CM (2009): Komplementärmedizin: Weitere Forschung ist die Basis für Integration in die Versorgung. In: *Dtsch Arztebl*, Jg. 106 (37), S. A 1786-1789. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/65947/Komplementaermedizin-Weitere-Forschung-ist-die-Basis-fuer-Integration-in-die-Versorgung> (aufgerufen am: 27.07.2024).
- Witt CM, Balneaves LG, Cardoso MJ, Cohen L, Greenlee H, Johnstone P, Küçük O, Mailman J & Mao JJ (2017): A Comprehensive Definition for Integrative Oncology. In: *J Natl Cancer Inst Monogr*, Jg. 2017 (52). DOI: 10.1093/jncimonographs/lgx012.
- World Health Organization (2019): WHO Global report on complementary and alternative medicine 2019. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/312342/9789241515436-eng.pdf?sequence=1> (aufgerufen am: 27.07.2024).
- Xu M, Yan S, Yin X, Li X, Gao S, Han R, Wei L, Luo W & Lei G (2013): Acupuncture for chronic low back pain in long-term follow-up: a meta-analysis of 13 randomized controlled trials. In: *Am J Chin Med*, Jg. 41 (1), S. 1-19. DOI: 10.1142/S0192415X13500018.
- Yamashita H, Tsukayama H & Sugishita C (2002): Popularity of complementary and alternative medicine in Japan: a telephone survey. In: *Complement Ther Med*, Jg. 10 (2), S. 84-93. DOI: 10.1054/ctim.2002.0519.
- Zanini A, Quattrin R, Goi D, Frassinelli B, Panariti M, Carpanelli I & Brusaferrero S (2008): Italian oncology nurses' knowledge of complementary and alternative therapies: national survey. In: *J Adv Nurs*, Jg. 62 (4), S. 451-456. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04608.x.
- Zhang NM, Vesty G & Zheng Z (2021): Healthcare Professionals' Attitudes to Integration of Acupuncture in Western Medicine: A Mixed-Method Systematic Review. In: *Pain Manag Nurs*, Jg. 22 (6), S. 684-693. DOI: 10.1016/j.pmn.2021.03.010.
- Zhang Y-Q, Jing X & Guyatt G (2022): Improving acupuncture research: progress, guidance, and future directions. In: *BMJ*, Jg. 376, S. o487. DOI: 10.1136/bmj.o487.
- Zick SM, Sen A, Wyatt GK, Murphy SL, Arnedt JT & Harris RE (2016): Investigation of 2 Types of Self-administered Acupressure for Persistent Cancer-Related Fatigue in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial. In: *JAMA Oncol*, Jg. 2 (11), S. 1470-1476. DOI: 10.1001/jamaoncol.2016.1867.

7. ERKLÄRUNG ZUM EIGENANTEIL

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

Die Idee für die Studie erfolgte im Rahmen des Akademischen Zentrums Komplementäre und Integrative Medizin (AZKIM) vor Beginn meiner Promotion, inkl. der Sicherung der Finanzierung.

Seit dem Beginn meiner Promotion war ich an der Koordination der Datenerhebung, insbesondere in Tübingen, beteiligt. Dies war sowohl bei der Befragung des Personals als auch bei der im Voraus stattfindenden Patient:innenbefragung der Fall.

Die Literaturrecherche, die für die Entwicklung des Fragebogens wichtig war, erfolgte durch mich.

Die eigentliche Entwicklung des Fragebogens anhand der vorgegebenen Forschungsthemen fand mit Unterstützung durch Herrn Dr. med. Dr. med. univ. Jan Valentini, Frau Professorin Dr. med. Stefanie Joos und Frau Dr. rer. sec. Martina Michaelis (Universität Freiburg) statt. Die Pretests führte ich selbstständig durch.

Die statistische Auswertung erfolgte teils eigenständig durch mich, teils nach Rücksprache mit Frau Carina Klocke, M.Sc.

Die erste Version für das Manuskript der Publikation wurde durch mich geschrieben. Korrekturen und Verbesserungsvorschläge wurden schwerpunktmäßig durch Frau Carina Klocke, M.Sc., und Herrn Dr. med. Dr. med. univ. Jan Valentini gegeben.

Im Review-Prozess erfolgte die Einarbeitung der Rückmeldungen durch Frau Carina Klocke, M.Sc., und mich, in Absprache mit Herrn Dr. med. Dr. med. univ. Jan Valentini.

Teilergebnisse wurden von mir auf dem 52. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin in Innsbruck und beim 22. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung in Berlin vorgestellt.

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

Tübingen, den 15.03.2025

8. VERÖFFENTLICHUNGEN

Teile dieser Arbeit sind bereits veröffentlicht in:

Hesmert D, Klocke C, Stolz R, Huber R, Samstag Y, Hübner K, Simmet T, Syrovets T, Joos S & Valentini J (2024): Exploring the gap: attitudes, knowledge, and training needs in complementary and integrative medicine among healthcare professionals at German university hospitals. In: Front Med (Lausanne), Jg. 11, S. 1408653. DOI: 10.3389/fmed.2024.1408653.

Posterpräsentation am 19.08.2018:

Hesmert D, Joos S, Hübner K, Samstag Y, Huber R, Simmet T & Valentini J (2018): Komplementäre und Integrative Medizin an Universitätskliniken in Baden-Württemberg - Eine Befragung von Ärzten und Pflegefachkräften zu Einstellungen, Kenntnissen und Bedürfnissen. 52. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin in Innsbruck, Österreich. DOI: 10.3205/18degam125.

Vortrag am 05.10.2023:

Hesmert D, Klocke C, Huber R, Hübner K, Samstag Y, Simmet T, Syrovets T, Joos S & Valentini J. (2023): Komplementärmedizin an Universitätskliniken in Baden-Württemberg - Einstellungen, Kenntnisse und Bedarfe von Gesundheitspersonal. 22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). Berlin. DOI: 10.3205/23dkvf485.

9. DANKSAGUNG

Ich danke meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. med. Stefanie Joos für ihre ansteckende Begeisterung für Forschung und Allgemeinmedizin, für die Kultivierung einer konstruktiven Fehlerkultur und einer kooperativen Atmosphäre am Institut und auch für ihre gute Erreichbarkeit.

Bei meinem Betreuer Herrn Dr. med. Dr. med. univ. Jan Valentini bedanke ich mich für die viele Zeit, die er sich in den zahlreichen Besprechungen genommen hat, um mir Feedback zu geben und seine Erfahrung mit mir zu teilen, für seine lösungsorientierte Herangehensweise und für die interessanten Einblicke in ein für mich neues Themengebiet.

Außerdem danke ich meiner Mit-Erstautorin Frau Carina Klocke, M.Sc., für ihre große Unterstützung, Beratung und auch Ausdauer.

Mein Dank gilt auch den Mitarbeitenden des Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung für die schöne Zeit am Institut, die Hilfsbereitschaft und für die Eindrücke aus den vielfältigen Forschungsprojekten. Darüber hinaus danke ich den Mitarbeitenden der Universitätskliniken, die sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen und auch den Co-Autor:innen für die Durchführung der Befragung an den anderen Standorten. Bedanken möchte ich mich auch bei all denen, die mir im Pretest und im Seminar Versorgungsforschung Rückmeldung gegeben haben.

Außerdem danke ich Frau Dr. rer. nat. Diana Mader für die Hilfestellung bei der Optimierung der Literaturrecherche in PubMed und Frau Dr. rer. sec. Martina Michaelis (Universität Freiburg) für ihre Beratung bei der Umsetzung des Fragebogens.

Natürlich bedanke ich mich auch für sehr viel private Unterstützung auf dem Weg zur Promotion – das mache ich dann aber lieber persönlich.

ANHANG: FRAGEBOGEN IN DER FINALEN VERSION

Einleitung



Informationen zur Online-Befragung zu komplementärmedizinisch-naturheilkundlichen Verfahren

Wer kann bei der Befragung mitmachen?

Die Befragung richtet sich an **alle Beschäftigten mit Patientenkontakt an den Universitätskliniken Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm**, unabhängig von Profession und Funktion (Ärzte, Pflege etc.).

Für eine bessere Lesbarkeit wird im Fragebogen nur die männliche Form verwendet, gemeint sind aber stets beide Geschlechter.

Worum geht es in der Befragung?

Die Nachfrage nach **komplementärmedizinisch-naturheilkundlichen Methoden** (z. B. pflanzliche Mittel, Akupunktur, Aromatherapie, Yoga etc.) in der Bevölkerung ist hoch. Teilweise finden diese Verfahren bereits auch Eingang in die konventionelle Patientenversorgung. Zunehmend spricht man daher von „**Komplementärer und Integrativer Medizin**“ (**KIM**), worunter man eine evidenzbasierte Integration der o. g. Methoden versteht. Mit der vorliegenden Befragung möchten wir **Ihre Erfahrungen, Meinungen und Ihren Informationsbedarf** zum Thema KIM erfahren.

Für die Beantwortung des Fragebogens brauchen Sie **ca. 7 - 10 min.**

Wer führt die Studie durch?

Die Studie wird im Rahmen des **Akademischen Zentrums Komplementäre und Integrative Medizin (AZKIM)** durchgeführt und wird durch das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg gefördert (www.azkim.de).

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Die Daten werden anonym erhoben, sodass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich ist. Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens erklären Sie sich damit einverstanden, dass die anonym erhobenen Daten ausgewertet und veröffentlicht werden dürfen.

Sie haben noch Fragen?

Sie können sich gerne an uns wenden.

- Frau cand. med. Daniela Hesmert, Doktorandin
(*Mailadresse aus Datenschutzgründen entfernt*)
- Frau Prof. Dr. med. Stefanie Joos, Ärztliche Direktorin, Institut für
Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung,
Universitätsklinikum Tübingen (*Mailadresse aus Datenschutzgründen
entfernt*)

Herzlichen Dank...

... schon an dieser Stelle für Ihre Unterstützung!



Universitätsklinikum Heidelberg



Universitätsklinikum Ulm



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
TÜBINGEN

Einstellungen-Seite 1

1. Einstellungen

1.1 Unter Komplementärer und Integrativer Medizin (KIM) werden komplementärmedizinisch-naturheilkundliche Verfahren verstanden. Meine allgemeine Haltung zu Komplementärer und Integrativer Medizin (KIM) würde ich am ehesten folgendermaßen beschreiben: ?

(Bitte stellen Sie mit dem Schieberegler den entsprechenden Wert ein. Durch Klicken auf das grüne Fragezeichen können Sie sich Beispiele einblenden lassen.)

	sehr ablehnend								sehr befür- wortend

[Durch Klicken auf das grüne Fragezeichen wird folgender Text eingeblendet:

Beispiele für KIM Therapien:

Akupunktur/Akupressur, Anthroposophische Medizin, Aromatherapie, Ausleitende Verfahren (z. B. *Blutegeltherapie, Schröpfen*), Äußerliche Anwendungen (z. B. *Wickel, Auflagen, Einreibungen*), Ayurvedische Medizin, Entspannungsverfahren (z. B. *Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training*), Ernährungstherapie (z. B. *spezielle Diäten, Fasten*), Homöopathie, Hydrotherapie/Balneotherapie (z. B. *Kneipp, Wechseldusche, Dampfbad*), Manuelle Medizin (z. B. *Chiropraktik, Osteopathie, Cranio-Sakrale Therapie*), Massage (z. B. *Reflexzonenmassage*), Meditation/Achtsamkeit, Meditative Bewegungstherapie (z. B. *Yoga, Qi Gong, Tai Ji*), Mikrobiologische Therapie (z. B. *Probiotika*), Misteltherapie, Nahrungsergänzungsmittel (z. B. *Vitamine, Mineralien, Spurenelemente*), Neuraltherapie (z. B. *Quaddeln*), Phytotherapie/Pflanzliche Medikamente

1.2 Wie ist Ihre Meinung zu den folgenden Aussagen?

(Bitte in jeder Zeile eine Antwort auswählen.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme zu	kann ich nicht beurteilen
Ein ganzheitlicher Ansatz in der Patientenversorgung ist mir wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erwartungen und Wertvorstellungen von Patienten sollen in die Behandlung miteinbezogen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Placeboeffekt spielt eine wesentliche Rolle bei KIM.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Placeboeffekt spielt eine wesentliche Rolle bei der konventionellen Therapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Einsatz von KIM hat einen Mehrwert für die Patientenversorgung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärzte und Pflegekräfte sollten sich von KIM klar abgrenzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KIM leistet einen Beitrag zur Gesundheit der Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienten werden durch KIM gesundheitliche Schäden zugefügt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienten werden durch KIM finanzielle Schäden zugefügt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einstellungen-Seite 2**1.3 Wie sinnvoll finden Sie grundsätzlich die Anwendung der folgenden KIM Therapieverfahren bei Patienten?***(Bitte in jeder Zeile eine Antwort auswählen.)*

	nicht sinnvoll	eher nicht sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll	kann ich nicht beurteilen
Akupunktur/Akupressur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anthroposophische Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aromatherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausleitende Verfahren (z. B. Blutegeltherapie, Schröpfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äußerliche Anwendungen (z. B. Wickel, Auflagen, Einreibungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayurvedische Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungsverfahren (z. B. Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungstherapie (z. B. spezielle Diäten, Fasten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homöopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrotherapie/Balneotherapie (z. B. Kneipp, Wechseldusche, Dampfbad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Medizin (z. B. Chiropraktik, Osteopathie, Cranio-Sakrale Therapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massage (z. B. Reflexzonenmassage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meditation/Achtsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meditative Bewegungstherapie (z. B. Yoga, Qi Gong, Tai Ji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikrobiologische Therapie (z. B. Probiotika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misteltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsergänzungsmittel (z. B. Vitamine, Mineralien, Spurenelemente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neuraltherapie (z. B. Quaddeln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phytotherapie/Pflanzliche Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einstellungen-Seite 3

1.4 Was beeinflusst Ihre Meinung über KIM hauptsächlich?
(maximal 3 Antworten)

<input type="checkbox"/>	Leitlinien
<input type="checkbox"/>	Persönliche Erfahrung
<input type="checkbox"/>	Internet
<input type="checkbox"/>	Fachliteratur (z.B. Studien, Journals)
<input type="checkbox"/>	Rückmeldung von Patienten
<input type="checkbox"/>	Aus-/Weiterbildung, Fortbildungen
<input type="checkbox"/>	Austausch mit Kollegen
<input type="checkbox"/>	Fernsehen, Zeitungsberichte
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____

**1.5 Haben Sie für sich selbst schon KIM Therapien
in Anspruch genommen?**



(Durch Klicken auf das grüne Fragezeichen können Sie sich Beispiele einblenden lassen.)

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nein

1.5.1 Wenn ja, welche KIM Therapie(n) und aus welchem Grund?

Kenntnisse-Seite 2

2.3 Zu welcher der genannten KIM Therapien haben Sie Interesse an weiteren Informationen (z. B. im Rahmen von Fortbildungen)?
(Mehrfachantwort möglich)

Ich interessiere mich für keine der genannten Therapien.	<input type="checkbox"/>
Akupunktur/Akupressur	<input type="checkbox"/>
Anthroposophische Medizin	<input type="checkbox"/>
Aromatherapie	<input type="checkbox"/>
Ausleitende Verfahren (z. B. Blutegeltherapie, Schröpfen)	<input type="checkbox"/>
Äußerliche Anwendungen (z. B. Wickel, Auflagen, Einreibungen)	<input type="checkbox"/>
Ayurvedische Medizin	<input type="checkbox"/>
Entspannungsverfahren (z. B. Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training)	<input type="checkbox"/>
Ernährungstherapie (z. B. spezielle Diäten, Fasten)	<input type="checkbox"/>
Homöopathie	<input type="checkbox"/>
Hydrotherapie/Balneotherapie (z. B. Kneipp, Wechseldusche, Dampfbad)	<input type="checkbox"/>
Manuelle Medizin (z. B. Chiropraktik, Osteopathie, Cranio-Sakrale Therapie)	<input type="checkbox"/>
Massage (z. B. Reflexzonenmassage)	<input type="checkbox"/>
Meditation/Achtsamkeit	<input type="checkbox"/>
Meditative Bewegungstherapie (z. B. Yoga, Qi Gong, Tai Ji)	<input type="checkbox"/>
Mikrobiologische Therapie (z. B. Probiotika)	<input type="checkbox"/>
Misteltherapie	<input type="checkbox"/>
Nahrungsergänzungsmittel (z. B. Vitamine, Mineralien, Spurenelemente)	<input type="checkbox"/>
Neuraltherapie (z. B. Quaddeln)	<input type="checkbox"/>
Phytotherapie/Pflanzliche Medikamente	<input type="checkbox"/>
Andere: _____	<input type="checkbox"/>

Unikliniken-Seite 1



3. KIM an Universitätskliniken

3.1 Wenden Sie KIM Therapien bei Patienten in Ihrem Klinikalltag an? ?

(Durch Klicken auf das grüne Fragezeichen können Sie sich Beispiele einblenden lassen.)

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nein

3.1.1 Wenn ja, welche KIM Therapie(n) und aus welchem Grund?

3.2 Wie ist Ihre Meinung zu folgenden Aussagen zur Rolle von KIM im Gespräch mit Patienten?

(Bitte in jeder Zeile eine Antwort auswählen.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme zu	kann ich nicht beurteilen
Das Interesse/der Informationsbedarf der Patienten an KIM hat aus meiner Sicht in den letzten Jahren zugenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde von Patienten oft zu KIM Themen gefragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich frage meine Patienten oft aktiv nach ihrem Bedarf bzw. der Anwendung von KIM.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Beratung von Patienten bezüglich KIM fühle ich mich sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unikliniken-Seite 2



3.3 Wie ist Ihre Meinung zu folgenden Aussagen zu KIM an Universitätskliniken?

(Bitte in jeder Zeile eine Antwort auswählen.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme zu	kann ich nicht beurteilen
Eine Beratung zu KIM gehört zu den Aufgaben einer Universitätsklinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Versorgung von Patienten mit KIM gehört zu den Aufgaben einer Universitätsklinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Forschung über KIM gehört zu den Aufgaben einer Universitätsklinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildungen zu KIM an Universitätskliniken finde ich wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine KIM Ambulanz an Universitätskliniken fände ich wünschenswert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen KIM Konsiliardienst an Universitätskliniken fände ich wünschenswert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KIM sollte an Universitätskliniken eine interprofessionelle Aufgabe sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Haltung meiner Kollegen und Vorgesetzten bezüglich KIM schätze ich eher positiv ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Demografie-Seite 1

4. Demografische Angaben

4.1 Ihr Alter

(in Jahren):

--

4.2 Ihr Geschlecht:

<input type="checkbox"/>	männlich
<input type="checkbox"/>	weiblich

4.3 Ihre berufliche Qualifikation:

Ärzte	
<input type="checkbox"/>	Arzt in Weiterbildung
<input type="checkbox"/>	Facharzt
Pflege	
<input type="checkbox"/>	Pflegehelfer/-assistent
<input type="checkbox"/>	(Kinder-)Gesundheits- und Krankenpfleger ohne Fachweiterbildung
<input type="checkbox"/>	(Kinder-)Gesundheits- und Krankenpfleger mit Fachweiterbildung
Andere Professionen (z.B. Physiotherapie)	
<input type="checkbox"/>	_____

4.4. Ihre Berufserfahrung

(in Jahren):

--

4.5 Haben Sie abgeschlossene Qualifikationen/Zusatzweiterbildungen im Bereich KIM?

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nein

4.5.1 Wenn ja, welche?

4.6 Land, in dem Ihre medizinische/pflegerische Ausbildung hauptsächlich erfolgte:

<input type="checkbox"/>	Deutschland
<input type="checkbox"/>	Anderes: _____

4.7 Fachbereich, in dem Sie zurzeit arbeiten:

(z. B. Gynäkologie, Neurochirurgie)

4.8 Haben Sie eine Leitungsfunktion?

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nein

4.9 Ihr Beschäftigungsumfang:

<input type="checkbox"/>	unter 30%
<input type="checkbox"/>	30-70%
<input type="checkbox"/>	70-100%

4.10 Standort der Universitätsklinik:

<input type="checkbox"/>	Freiburg
<input type="checkbox"/>	Heidelberg
<input type="checkbox"/>	Tübingen
<input type="checkbox"/>	Ulm

Anmerkungen -Seite 1



5. Anmerkungen

5.1 Haben Sie noch allgemeine Anmerkungen zu KIM?

5.2 Haben Sie noch Anmerkungen zur Studie und zum Fragebogen?

Wir freuen uns über Ihre Rückmeldung!

Endseite



Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Studie!

Ihre Angaben wurden gespeichert. Sie können das Fenster jetzt schließen.

Sie haben noch Fragen oder möchten über die Ergebnisse der Befragung informiert werden?

Sie können sich gerne an uns wenden.

- Frau cand. med. Daniela Hesmert, Doktorandin (*Mailadresse aus Datenschutzgründen entfernt*)
- Frau Prof. Dr. med. Stefanie Joos, Ärztliche Direktorin, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Universitätsklinikum Tübingen (*Mailadresse aus Datenschutzgründen entfernt*)



Universitätsklinikum Ulm



UNIVERSITÄT
KLINIKUM
TÜBINGEN