

Sind Patienten asiatischer Medizin aktive Konsumenten?
Are patients of Asian medicine active consumers?

keywords: Ayurveda, acupuncture, complementary medicine, consumerism,

Zusammenfassung

Hintergrund: die Hypothese, dass es sich bei Patienten heterodoxer Heilverfahren um *aktive Konsumenten* handelt.

Fragestellung: Welche Entscheidungskriterien führen Patienten zu asiatischer Medizin? Wollen sie in therapeutische Entscheidungen einbezogen werden? Informieren sie sich umfassend über verschiedenste medizinische Angebote?

Material und Methoden: semi-strukturierte Interviews mit 26 Patienten, die Akupunktur oder Ayurveda nutzen

Ergebnisse: Die aktive Kundenorientierung der Patienten beschränkt sich auf Prozesse *vor* der Behandlung. Sie sammeln kaum Informationen über die Konzepte asiatischer Medizin. Zudem begrüßen sie eine eher paternalistische therapeutische Beziehung, in der die Kontrolle über medizinische Entscheidungen bei ihren Ärzten verbleibt.

Schlussfolgerungen: Nur zwei der 26 befragten Patienten entsprechen dem Typus *aktiver Konsumenten*, während die Mehrheit der Patienten asiatischer Medizin als *passive* Kunden erscheint.

Abstract

Background: the hypothesis that heterodox patients are *active consumers*

Objective: What are the decisional criteria that lead patients to Asian medicine? Do they want to be involved in therapeutic decision-making? Are they well informed about diverse therapeutic options?

Methods: semi-structured interviews with 26 patients using Ayurveda or acupuncture

Results: Active consumerism among the patients is limited to processes *before* the beginning of the treatment. They collect little information about the concepts of Asian medicine. They also tend to welcome a rather paternalistic therapeutic relationship in which medical decision-making is centred around the physician.

Conclusion: As only two of the 26 interviewed patients conform to the notion of *active consumerism*, we argue that the majority of patients engages in practices of *passive consumerism*.

Einleitung

Seit rund zwanzig Jahren gewinnen nicht-schulmedizinische Heilverfahren bei Patienten¹ [1,2,3] und Ärzten [4,5,6] an Akzeptanz. Bisherige sozialwissenschaftliche Forschungsbemühungen fokussierten vor allem soziodemographische und epidemiologische Merkmale von Patienten heterodoxer Verfahren. Diese sind oft in mittlerem Alter, verfügen über gehobenes Einkommens- und Bildungsniveau und sind in der Mehrzahl weiblichen Geschlechts [7,8,9]. Heterodoxe Verfahren werden meist parallel zur Schulmedizin angewandt [10]. Dabei sprechen Patienten ihnen vor allem bei nicht-lebensgefährlichen, chronischen Beschwerden und psychischen Leiden besondere Wirksamkeit zu. Auffallend häufig ist auch die Nutzung für präventive Zwecke [11] sowie das ausgeprägte Gesundheitsverhaltensweisen in den Bereichen Ernährung und körperliche Aktivität [12]. Darüber hinaus werden die Nebenwirkungen schulmedizinischer Therapeutika beklagt und Heilmittel der „sanften Medizin“ begrüßt [13,14].

Wenngleich also wertvolles Datenmaterial über Patientenmerkmale erhoben wurde, so blieben Versuche, die Beliebtheit heterodoxer Medizin *soziologisch* zu erklären, die Ausnahme. Während bei Siapush [15] oder Astin [16] postmoderne Werte, zu denen sie Technikfeindlichkeit, Ganzheitlichkeit und Sanftheit zählen, im Vordergrund stehen, ergibt sich bei Günther & Römermann [17] die Wirksamkeit heterodoxer Medizin als

ausschlaggebende Variable für die Einschätzungen der Patienten. Cant & Sharma [18] machen breite soziale und kulturelle Wandlungsprozesse - wie veränderte Körperkonzeptionen, Wertewandel, gestiegene Reflexivität und verstärkte Selbstverantwortung - für die Renaissance heterodoxer Medizin verantwortlich. Douglas [19] verweist auf eine wachsende gesellschaftliche Neigung zur Sanftheit. Für Giddens [28] korrespondiert das Interesse der Patienten für heterodoxe Medizin mit dem Konzept der reflexiven Modernisierung: Während das Wissen (medizinischer) Experten immer vorläufiger und brüchiger wird, ist für die Patienten Expertenwissen bedeutend zugänglicher geworden. Dies gilt sowohl für Informationen zu ihrer Erkrankung als auch zu diversen Behandlungsoptionen. Patienten werden so zu Experten in ihren eigenen gesundheitlichen Belangen [21] und entscheiden über ihre Behandlung auf der Basis *aktiven Vertrauens* [20]. Auch bei Kelner & Wellman [9] zeichnen sich heterodoxe Patienten durch Aktivitäten aus, die sie zu einer Avantgarde im Gesundheitswesen machen: ‚Smart consumers‘, die ihre gesundheitlichen Belange in die eigenen Hände nehmen, sich in verschiedensten Medien über Angebote im Gesundheitswesen informieren und schließlich eine medizinische Dienstleistung ihrer Wahl in Anspruch nehmen. Damit entsprechen heterodoxe Patienten dem Typ des wohlinformierten Bürgers [22]. Rayner & Easthope [23] untersuchen Muster der Selbstmedikation. Sie unterscheiden zwischen ‚postmodernen‘ und ‚modifiziert-modernen‘ Konsumenten. Letztere zeichnen sich durch einen eher technokratischen Zugang zu heterodoxer Medizin aus, während postmoderne Käufer heterodox medizinischer Waren Wert auf Ganzheitlichkeit und Natürlichkeit legen.

Patienten als Konsumenten zu sehen, ist vor allem in der angelsächsischen Soziologie eine seit den 1970er Jahren prominente Vorstellung, die allerdings immer ambivalent blieb, da sie mit unterschiedlichen politischen Wertvorstellungen verbunden ist. So betonen Gartner & Riesman [24] den Aspekt der Autonomie und behandeln vor allem die entstehende Selbsthilfebewegung. In dieser Tradition steht auch die Gründung des britischen *College of Health* 1983, das mit der *Consumers' Association* verbunden war und sich zum Ziel setzte, die Interessen der Patienten zu vertreten und sie stärker in die

¹ In der Darstellung wird im Folgenden die maskuline Form von *Arzt* und *Patient* gewählt. Speziell in den Abschnitten zur Arzt-Patient-Beziehung würde die Umwandlung in *Arzt/Ärztin-Patient/Patientin-*

Belange der Gesundheitsversorgung einzubinden. In den späten 1980er Jahren erfuhr die Konsumententerminologie eine Thatcheristische Wendung: Medizinische Dienstleistungen werden dabei zu einer Ware, die - wie jede andere auch - effizient produziert und unter Wettbewerbsbedingungen eines freien Marktes konsumiert werden kann [25]. Somit treten also auch Patienten als homo oeconomicus in Erscheinung und eignen sich als rationale Evaluatoren [26] des Gesundheitssystems. Deutsche Patienten/Kunden legen durchaus Wert auf Autonomie und sehen diese mit dem Recht auf freie Arztwahl in zentralen Punkten realisiert. Jedoch wünschen sie sich mehr Informationen über die Ärzte, damit sie ihre Wahl auch rational treffen können [27]. Auch in den Punkten Respekt, Humanität der Behandlung und Selbstbestimmung sehen deutsche Patienten ihre Rechte als gut erfüllt an [28].

In diesem Beitrag soll empirisch geprüft werden, inwieweit heterodoxe Patienten Merkmale von Kunden oder Konsumenten aufweisen und sie die ihnen zugesprochene Vorreiterrolle [9] im Gesundheitswesen erfüllen. Besondere Aufmerksamkeit soll dabei der Aspekt der *Aktivität* erhalten. Kunden/Konsumenten treten als handelnde Subjekte auf - eine Perspektive, die in klassischer Medizinsoziologie meist vernachlässigt wurde. Während bei Parsons [29] die Einnahme der Krankenrolle an die Erfüllung spezifischer, überwiegend passiver Rollen gekoppelt war, konzipierten seine Opponenten die Patienten als Opfer professioneller Machtausübung des Ärztestandes [30] oder von Medikalierungsprozessen [31]. Die Patienten haben es also mit Kräften zu tun, denen sie strukturell wenig entgegenzusetzen haben und der Weg zum Arzt oder in stationäre Versorgung ist gleichzeitig ein Abstieg von Subjekt zu Patient [32,33]. Der Gegensatz zu Konsumenten auf einem freien Markt könnte kaum größer sein. Diese zeichnen sich durch einen hohen Grad an Souveränität, Informiertheit sowie an Involviertheit in therapeutische Entscheidungen aus. Bei der Analyse der Entscheidungsmuster sollen im Folgenden drei medizinsoziologische Modelle Verwendung finden: Das *paternalistische Konzept* ist stark an Parsons angelehnt: Der Arzt ist aufgrund seines Wissensvorsprungs legitimiert und in der Lage, alle therapeutischen Entscheidungen allein zu treffen. Die Rolle des Patienten beschränkt sich darauf, ärztliche Anordnungen zu befolgen. Das

Beziehung den sprachlichen Fluss erheblich beeinflussen. Man möge uns diesen Anachronismus vergeben.

Modell der *informierten Entscheidung* beinhaltet eine egalitärere Beziehung zwischen Arzt und Patient. Der Arzt klärt den Patienten über Nutzen und potentielle Schäden therapeutischer Möglichkeiten auf. Anschließend trifft der Patient eine autonome Entscheidung auf der Basis dieser Informationen [34]. Durchaus verwandt ist das Konzept der *gemeinsamen Entscheidungsfindung*. Der Informationsfluss geht allerdings - im Gegensatz zur *informierten Entscheidung* - in beide Richtungen: Der Arzt informiert den Patienten über medizinische Fakten und mag eine therapeutische Empfehlung aussprechen. Der Patient steuert Angaben zu seinen persönlichen Lebensbedingungen und therapeutischen Präferenzen bei. Je nachdem wie stark die Vorstellungen zum therapeutischen Vorgehen divergieren, wird ein mehr oder weniger komplizierter Aushandlungsprozess folgen und zu einer Entscheidung führen [35,36]. Durch die gleichmäßigere Verteilung von Macht und Verantwortung stehen die beiden letzteren Konzepte der *patientenzentrierten Medizin* nahe [37].

Die Terminologie von Konsumenten und Kunden impliziert, dass Patienten als ökonomische Akteure innerhalb eines Marktgeschehens handeln. Da heterodoxe Therapien nur bedingt von gesetzlichen Krankenversicherungen erstattet werden, scheint dies in höherem Maße als für schulmedizinische Behandlungen zuzutreffen. Aus diesem Grund sollen die Perspektiven der Patienten zur Honorierung heterodoxer Verfahren nicht vernachlässigt werden.

Ob es sinnvoll ist, Patienten heterodoxer Heilverfahren als Konsumenten zu konzeptualisieren, soll in diesem Beitrag am Beispiel asiatischer Medizin geprüft werden. Durch die Wahl von Akupunktur und Ayurveda wird es möglich, Entscheidungs- und Behandlungsprozesse für Verfahren zu untersuchen, die zwar in ihrer Herkunft und ihren Konzepten Ähnlichkeiten aufweisen, sich aber in ihrer sozialen Akzeptanz in westlichen Ländern drastisch unterscheiden: Die Akupunktur kann als das derzeit beliebteste heterodoxe Verfahren gelten. Während es schwierig ist, die Gesamtzahl der Akupunktur-Patienten abzuschätzen, so nutzen rund ein Drittel aller niedergelassenen Ärzte in Deutschland Akupunktur in ihrer Praxis [38]. Auch bei rein schulmedizinisch orientierten Ärzten genießt die Akupunktur große Legitimität [39]. Ayurveda hingegen stellt ein vergleichsweise marginales Heilverfahren dar und ist bei der Bundesärztekammer nicht

als führungsfähige Bezeichnung anerkannt. Daher ist es für ayurvedisch praktizierende Ärzte nicht möglich, ihr Angebot auf ihrem Praxisschild kenntlich zu machen, ohne gegen das ärztliche Werbungsverbot zu verstoßen. Die Zahl ayurvedisch praktizierender Ärzte in Deutschland liegt bei rund 100 [3]. Für die vorliegende Studie ergibt sich somit die Möglichkeit, Perspektiven und Verhalten von Patienten eines weitgehend akzeptierten und eines marginalen heterodoxen Verfahrens zu vergleichen.

Methoden

Bisherige Beiträge zur beschriebenen Fragestellung basierten auf theoretischen Überlegungen [20] oder wurden als Hypothesen aus quantitativem Datenmaterial [9, 23] generiert. Daher erschien es bei der Wahl gegenstandsangemessener Methoden ratsam, den Perspektiven der Patienten besonderen Raum zu geben und die Offenheit für neue Kategorien zu gewährleisten. Um dies mit der Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu verbinden, wurden semistrukturierte Interviews durchgeführt. Dabei diente ein Leitfaden mit 35 Fragen als Orientierung, während von der Möglichkeit zu vertiefendem Nachfragen ausgiebig Gebrauch gemacht wurde.

Die befragten Patienten wurden durch Ärzte vermittelt, die Akupunktur oder Ayurveda praktizieren und im Rahmen weiterer Studien [40] interviewt worden waren. Diese ermutigten jeweils einen oder zwei ihrer Patienten zu einer Teilnahme. Aufgrund dieses Vorgehens müssen wir davon ausgehen, dass unzufriedene Patienten in dieser Studie unterrepräsentiert sind. Unsere zentrale Fragestellung wird davon allerdings kaum berührt, da die Wirksamkeit und Behandlungszufriedenheit mit Akupunktur und Ayurveda nicht im Zentrum dieser Studie stehen.

Das beschriebene Samplingverfahren führte zu 26 Interviews mit Patienten asiatischer Medizin im Alter zwischen 30 und 75 Jahren, wobei die Hälfte von ihnen unter 40 Jahre alt war. Zwei Drittel der befragten Patienten waren Frauen. Zwar findet sich ein breites berufliches Spektrum innerhalb der Patientenschaft - es überwiegen aber deutlich gehobene Dienstleistungsberufe. Rund die Hälfte der befragten Patienten besaß einen

Universitätsabschluss. Das Sample entsprach damit im Wesentlichen den Ausprägungen soziodemographischer Variablen früherer Studien [9].

Die Interviews fanden von Januar bis März 2002 statt, wurden fast ausschließlich in den Privatwohnungen der Patienten durchgeführt und dauerten zwischen 40 und 80 Minuten.

Während die Kosten für ayurvedische Therapien in keinem Fall von den gesetzlichen Krankenversicherungen erstattet werden, überwiegen bei den Akupunktur-Patienten Mitglieder gesetzlicher Krankenversicherungen, deren Behandlung im Rahmen von Modellvorhaben² finanziert werden kann. Da sich diese Erstattung auf spezifische Indikationen beschränkt, ergibt sich in diesem Teil des Samples ein besonderer Schwerpunkt auf chronischen Rückenschmerzen und Migräne. Das Spektrum der Ayurveda-Patienten ist hier breiter: Die meisten leiden an chronischen, nicht-lebensgefährlichen Krankheiten wie Allergien, Rheuma oder Neurodermitis, während einige Patienten ayurvedische Ärzte wegen Beschwerden konsultierten, die seltener mit heterodoxer Medizin assoziiert werden: Morbus Crohn, Tumorbildung. Drei Patienten gaben an, Ayurveda zur Stressbewältigung zu nutzen. Rund die Hälfte der Ayurveda-Patienten sind Mitglieder privater Krankenversicherungen, während die andere Hälfte gesetzlich versichert ist.

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, transkribiert und mit einem kodierenden Verfahren analysiert. Dieses orientierte sich an Verfahren der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [41].

Ergebnisse

Patienten als Konsumenten? Die Phase vor der Behandlung

Will man die These der Konsumentenschaft von Patienten asiatischer Medizin überprüfen, so gilt es, verschiedene Phasen der Behandlung zu unterscheiden. Ein zentraler Aspekt ist hierbei die Entscheidung, überhaupt eine Behandlung mit

² In diesen Studien werden medizinische und gesundheitsökonomische Effekte heterodoxer Verfahren erforscht. Allein im Falle Akupunktur schließt die Erhebung rund 300.000 Patienten ein [38].

Akupunktur oder Ayurveda zu beginnen, wobei zweierlei Arten von Auswahlprozessen zu unterscheiden sind: die Wahl eines bestimmten Verfahrens und die Frage, welcher spezifische Arzt konsultiert wird. Dieses Stadium kann unterschiedlich lange andauern: Manche der befragten Patienten lebten rund drei Monate mit ihren Beschwerden bis sie bei asiatischer Medizin Hilfe suchten, während andere erst nach Jahrzehnten heterodoxe Medizin konsultierten. In allen Fällen jedoch ging dem ein schulmedizinischer Behandlungsversuch voraus, der nicht die erwünschten Erfolge zeitigte. Zwar gab es unter Ayurveda-Patienten vereinzelte Stimmen, die knappe Konsultationen und die mangelnde Ganzheitlichkeit der Schulmedizin sowie einen einseitigen Schwerpunkt auf Krankheitssymptome kritisierten – überraschend ist aber vielmehr, wie selten diese Argumentationsstränge zu finden waren. Bei Akupunktur-Patienten fehlte ein ideologischer Hintergrund für die Nutzung gänzlich. Die Mehrzahl der Patienten berichtete vielmehr die ausbleibende Wirksamkeit sowie unerwünschte Nebenwirkungen schulmedizinischer Therapie als wichtigste Quellen ihrer Enttäuschung. Dies mag zwar die Nutzung heterodoxer Medizin plausibel machen, erklärt aber noch nicht, warum sich Patienten *asiatischer* Medizin und *bestimmten* Ärzten zuwenden und nicht anderen Verfahren – wie etwa der Homöopathie – ihr Vertrauen schenken. Im Falle des Ayurveda sind weder dessen starke Präsenz in deutschen Massenmedien noch das Internet einflussreiche vermittelnde Instanzen. Entscheidend ist vielmehr das soziale Netzwerk. Fast alle ayurvedischen Patienten hatten von engen Freunden oder Familienangehörigen den Rat erhalten, einen bestimmten Arzt aufzusuchen, den sie meist selbst mit Erfolg konsultiert hatten. Dabei scheint die Empfehlung eines spezifischen Arztes bedeutsamer zu sein als der Hinweis auf Ayurveda als heterodoxes Verfahren. Es handelt sich also eher um „den guten Ruf“ individueller Praktiker als um ein als wirksam geltendes Verfahren. Ayurvedische Konzepte sind in Deutschland kaum bekannt und ihre Wirksamkeit nicht anerkannt. Dieses Defizit muss durch die Glaubwürdigkeit der Behandelnden ausgeglichen werden. Der Einfluss begrenzter Legitimität auf Entscheidungsprozesse der Patienten vor Behandlungsbeginn wird besonders deutlich, wenn wir dies mit den Aussagen der befragten Akupunktur-Patienten vergleichen. Während drei Patienten auch hier einen Hinweis aus ihrem Umfeld erhielten, entschloss sich die Mehrheit der Patienten für einen Akupunkteur aus rein praktischen Gründen: die

räumliche Nähe zu ihrem Wohnort. Um diese zu ermitteln, befragen sie häufig die Gelben Seiten:

Ich hatte so Rückenschmerzen und deswegen bin ich eigentlich zu ihr gekommen. Die wohnt ja hier in der Nähe, und da kann man wunderbar mit dem Fahrrad vorbei fahren. Das war der Hauptgrund für mich. (AkuP³ 3)

Der Einfluss des sozialen Netzwerkes ist hier wesentlich geringer, da das Verfahren *Akupunktur* durch seine Verbreitung im deutschen Gesundheitswesen bereits über Glaubwürdigkeit verfügt. Finanzielle Erwägungen ergänzen die pragmatische Haltung der Patienten:

Ich hatte es schon seit einigen Jahren im Kopf, aber es war mir zu teuer als ich noch Student war. Und da jetzt die Krankenkasse in diesem Pilotprojekt die Kosten übernommen hat, hab' ich gesagt: ‚Okay ich versuch´s.‘ Weil jetzt ist es angemessen, und wenn es vielleicht in die Hose geht, sind die Kosten nicht so schlimm, die ich rausschmeiße. Den Arzt hatte ich dann durch meine Krankenkasse. Da hab' ich einfach nachgefragt: ‚Was für Ärzte haben Sie, mit denen Sie zusammenarbeiten, die Akupunktur anbieten?‘ Und da war er der nächste zu meiner Wohnung. (AkuP 7)

Wir finden also bei ayurvedischen Patienten in diesem Stadium weniger Anzeichen von Aktivität als bei Akupunktur-Patienten. Sie konsultieren ayurvedische Ärzte auf sanften Druck ihres Umfeldes und wählen nicht weiter aus. Die Akupunktur wird von den Patienten schon eher wie eine „Dienstleistung wie jede andere auch“ [25] behandelt. Ist die Wahl auf die Akupunktur als Verfahren gefallen, wird der behandelnde Arzt nach einem rationalen Kosten-Nutzen-Schema ausgewählt: Finanzierung, örtliche Nähe. Dabei ist bemerkenswert, dass fast die Hälfte der Patienten in der Vergangenheit bereits Akupunktur genutzt hat, wobei die Behandlungsergebnisse meist nicht den Erwartungen entsprachen. Dass diese Patienten einen weiteren Versuch bei einem anderem Arzt unternehmen zeigt, dass die begrenzte Wirksamkeit früherer Behandlungen nicht auf das Verfahren, sondern auf den anwendenden Arzt attribuiert wurde. Patienten unterscheiden offenbar zwischen dem Heilungspotential der Akupunktur und dem individuellen

³ *AkuP* steht von nun an für Patienten, die Akupunktur nutzen.

Akupunkteur – ein weiterer Beleg für das hohe Maß an Legitimität, das der Akupunktur in Deutschland zugesprochen wird.

Medizinisches Wissen

Begreift man Patienten asiatischer Medizin als aktive Konsumenten einer Dienstleistung, so ist ihr Informationsniveau von entscheidender Bedeutung. Patienten, die über das von ihnen genutzte Verfahren nur über minimales Wissen verfügen, korrespondieren nur wenig mit dem Bild vom souveränen Verbraucher, der sich – auf der Basis fundierter Kenntnisse - für eine Dienstleistung seiner Wahl entscheidet. Patienten asiatischer Medizin zeigten hier eine erstaunliche Indifferenz. So gab es kaum ayurvedische Patienten, die wussten, was sie im Lauf der Behandlung erwartet:

Ich wusste gar nichts – nur dass es eine sanfte Medizin, etwas Natürliches ist, aber ansonsten hatte ich keine Ahnung. (AyuP⁴13)

Ich hab mich davor auch überhaupt nicht belesen. Ayurveda schien mir einfach 'ne andere Form von Medizin. Und dann gibt es eine Krankheit, die hat ein Krankheitsbild und die kann man mit diesen Medikamenten behandeln, ja wie mit den chemischen Medikamenten. So hab ich das verstanden. Und man kriegt dann ganz gezielt seine Medikamente. (AyuP 10)

Nur zwei Patienten berichteten, bei Behandlungsbeginn über ayurvedisches Wissen verfügt zu haben. Dies beschränkte sich auf diffuse Ideen über ayurvedische Konstitutionstypen. Diese erstaunlich geringe Neugier auf ayurvedische Konzepte wächst auch nicht im weiteren Verlauf der Behandlung. Trotz ihres hohen Bildungsniveaus waren informierte Patienten die Ausnahme. Manche Patienten lasen Bücher, die ihnen von ihren Ärzten empfohlen worden waren:

Es ist sehr komplex mit den drei doshas⁵ und man weiß ungefähr, wo man hinein passt. Auch mit den Gewürzen, das könnte man auch alles abstimmen. So'n bisschen achte ich schon drauf, aber so ganz genau, das ist mir dann zu

⁴ AyuP steht von nun an Patienten ayurvedischer Medizin.

⁵ ayurvedische Konstitutionstypen

wissenschaftlich. Mein Arzt gab mir ein Buch und blättere da manchmal drin rum, aber ich finde es ganz schön kompliziert. (AyuP 12)

Der Wissensdurst der Patienten ist also begrenzt und die Aufgabe der ayurvedischen Sozialisation wird meist an die Ärzte delegiert:

Ich muss sagen, ich bin eigentlich ein Mensch, der sehr auf die Frau Dr. M. baut. Und denke mir, die wird mir das schon alles nahe bringen. Jetzt irgendwo anders nachforschen oder so was - neeh. Was sie mir erzählt, ist okay. Aber ich denke mir, sie erklärt mir das auch so, dass ich das verstehe. Das ist immer wichtig. Bücher, denke ich mir, gibt es so viele. Wenn ich mir irgendwo ein Buch besorgen sollte, dann weiß ich nicht, wo ich da lande. Also warte ich, bis sie mir's erzählt. (AyuP 13)

Der Dr. B. hat mich da schon im Griff, dass mir diese Begriffe nicht verloren gehen. Also, ich muss schon sagen, das ist schon vom Kopf her so fixiert, wenn er sagt, das ist gut im Ayurvedischen, dann akzeptier' ich das auch erst mal so, aus Gründen meiner eigenen Faulheit. Weil ich auch den Erfolg bis jetzt immer gesehen haben. Und ich mir einfach nicht die Zeit genommen habe, um mich da richtig schlau zu machen. (AyuP 7)

Nur zwei ayurvedische Patienten wichen von diesem typischen Verhaltensmuster ab, indem sie ausgiebig Informationen über verschiedenste heterodoxe Verfahren sammelten, bevor sie sie nutzten. Für diese Patienten war Ayurveda nur ein Element in einer komplexen Hierarchie von Behandlungsmodi. In ihrer Odyssee durch das Gesundheitswesen scheinen sie die verschiedenen Angebote in eklektischer Weise einzusetzen:

Dann habe ich mich auf die Socken gemacht und geschaut, was gibt es für Methoden, um den Schmerzen beizukommen, eben entsprechende Massagen, Feldenkrais-Entspannungsmethoden auch. Und auch allgemein zum Energieaufbau, ansteigende Fußbäder und dann auch Ernährung. Also, ich unterstütze dann eben mit Wirbelsäulengymnastik, zur Zeit mache ich auch Shiatsu und Yoga. Ich hab' jetzt auch einen richtigen chinesischen Arzt, der langjährige Ausbildung hat, der vorerst mein Vertrauen hat. Der kommt aus China und arbeitet eben für die orthopädische Praxis, wo ich bin. (AyuP 4)

Neuerdings gibt es ja das Internet und ich gehe auch zum Studieren. Ich belege gerade in München das Fach Naturheilkunde. Da ist auch ein Teilbereich TCM-Medizin, und ein Teil ist dann auch Kneipp und Sauna und

Dampfbad, Hamam, so diese ganzen Wasseranwendungen und Wärmeanwendungen. (AyuP 6)

Diese beiden Patienten unterscheiden sich auch durch ihr Krankheitsprofil von anderen Befragten. Es handelt sich um multimorbide Patienten, die an einer Vielzahl schwerer chronischer und akuter Erkrankungen litten. Nur diese zwei Patienten ayurvedischer Medizin entsprechen dem Konzept aktiver Konsumenten. Sie sind in hohem Maße aktiv in ihrer Informationssuche und besitzen ein breites Wissen zu heterodoxer Medizin. Für alle anderen ayurvedischen Patienten sind ihre Ärzte die Hüter medizinischen Wissens, die das Ausmaß ihrer Aufgeklärtheit kontrollieren, indem sie ihnen Lektüre auswählen und ayurvedische Termini in verständliche Begriffe übertragen. Die meisten Patienten scheinen dabei mit einer völlig passiven Rolle einverstanden zu sein.

Noch homogener ist das entsprechende Datenmaterial bei Akupunktur-Patienten. Sie sind weit davon entfernt, zu „Experten ihrer eigenen Gesundheit“ [37] zu werden, sondern zeigen keinerlei Interesse für chinesisches medizinisches Wissen:

Da hab' ich jemand, der das kann, der das weiß. Ich geh' ja zum Arzt, weil ich mir sage: ‚Das ist ein Fachmann. Der weiß auf medizinischem Gebiet, wie er mir helfen kann.‘ Eltern kommen zu mir und sagen: ‚Bring meinem Kind Gitarre bei. Du kannst Gitarre spielen.‘ Also, dafür gibt's ja Fachkräfte in jedem einzelnen Lebensbereich und deswegen sage ich mir, damit muss ich mich jetzt vielleicht nicht unbedingt auch auseinandersetzen, weil ich's eh nicht verstehen würde. Er hat mal versucht, mir das ein bisschen zu erklären, aber letztendlich sag ich mir: ‚Warum ist da unten im Fuß ein Leberpunkt? Ich hab' das einfach nicht verstanden.‘ Da hingen ja auch in seiner Praxis Karten, wo das Ganze erklärt wurde, aber letztendlich hab' ich mich damit auch nicht weiter auseinandergesetzt. (AkuP 12)

Nur einer der Akupunktur-Patienten sammelte ausgiebig Informationen über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten. Über das Internet und ein universitäres Beratungszentrum, akkumulierte er ausgeprägtes Wissen über schulmedizinische und heterodoxe Möglichkeiten, seine Migräne zu behandeln. Allerdings überwog sein Wissen über seine Erkrankung die Informationen über die Inhalte der von ihm genutzten Verfahren bei weitem.

Entscheidungsmuster in der Arzt-Patient-Beziehung in asiatischer Medizin

Das begrenzte Wissen der Patienten hat Konsequenzen für die Entscheidungsfindung in den Konsultationen asiatischer Medizin. *Informierte* oder *gemeinsame* Entscheidungen implizieren, dass Ärzte und Patienten die angemessenen Akupunktur-Punkte oder geeignete ayurvedische Interventionen miteinander besprechen. Wenn aber die Patienten weder über entsprechendes Wissen verfügen noch daran interessiert sind, werden solche Gespräche überflüssig. Somit ist nur noch die Entscheidung zwischen schulmedizinischer und heterodoxer Behandlung zu treffen⁶. Hier sind die Patienten meist stark involviert, doch finden wir auch hier äußerst paternalistische Muster:

Ich wusste gar nicht, dass er mit Akupunktur arbeitet, sondern er steht ja im Branchenbuch als Schmerztherapeut. Und dann hat er aber gesagt, er macht auch Akupunktur und wir wollen's noch mal probieren. Eigentlich wollte ich's nicht mehr, weil ich früher schon mal Akupunktur gekriegt habe, die mir gar nichts gebracht hat. Er hat aber einfach gesagt: ‚Legen Sie sich mal hin. Wir fangen jetzt an.‘ So. Ich hab' ihm gesagt, dass mir das nichts gebracht hat. Er hat mich ein bisschen überrumpelt. Er hat mir zwar immer zugehört, hat auch genickt und so, aber.... Ein Glück eigentlich. Vielleicht hätte ich sonst nein gesagt. Ich wurde eigentlich gar nicht gefragt. Hingelegt, genadelt. Jetzt bin ich dafür ganz glücklich, dass es besser ist. (AkuP 10)

Dies ist ein Extrembeispiel. Dennoch formuliert die Mehrzahl der Patienten wenig Wünsche, aktiv in therapeutische Entscheidungen einbezogen zu werden. Sie ziehen es vielmehr vor, diese ihren behandelnden Ärzten zu überlassen und von ihnen geführt zu werden.

Wissen Sie, ich bin da ja reingegangen mit dem Motto: Angeblich können Sie was, was die anderen nicht können. So nach dem Motto: Es kann eigentlich nur noch besser werden. Ja, ich freu mich einfach, dass es wirkt. Was das nun genau ist... Ich glaube, er könnte auch auf Händen tanzend um den Tisch laufen - wenn's hilft. (AyuP 7)

Diese Haltung der Patienten basiert auf einem besonderen Vertrauensverhältnis, das viele der befragten Patienten asiatischer Medizin betonten. Dessen Quellen bestehen aus der

⁶ Nur wenige heterodoxe Ärzte wenden sich völlig von der Schulmedizin ab [40,42].

erlebten Wirksamkeit sowie den Konsultationsverläufen, die als persönlich und patientenzentriert wahrgenommen werden:

Die Frau Dr. M. hat mich überzeugt als Person, als vertrauensvolle Ärztin, die zumindest den Eindruck macht, dass sie Zeit hat für ihre Patienten. Und das war mir einfach wichtig. Wenn es 'ne halbe Stunde dauert, dann dauert es halt 'ne halbe Stunde, und wenn es nach 5 Minuten fertig ist, ist es auch okay. Aber sie gibt einem nie das Gefühl: ‚Das Wartezimmer ist voll, jetzt sehen Sie zu, dass Sie rauskommen.‘ Das finde ich ungemein wichtig. (AyuP 8)

Ich würde sagen, dass sie sich sehr für den Einzelnen interessiert. Die Lebensweise, das Umfeld, was man für einen Job macht, wie es einem darin geht und ob es das Richtige ist für einen. Das hat mich bislang eigentlich in der Tiefe niemand so gefragt beim Arzt. (AyuP 11)

Dieses Verhältnis ist allerdings nicht nur durch lange Gespräche zu erklären, da diese in der Akupunktur wesentlich knapper sind.

Sie hat natürlich gefragt, wie schlägt's an und wie geht's und ob was geändert werden musste. Also, ein paar Minuten Gespräch, aber ich hätte sie natürlich jederzeit fragen können, wenn ich noch Fragen gehabt hätte. (AkuP 5)

Außer beim erstenmal wurde eigentlich nicht so viel gesprochen. Hinlegen, Tür zu. Fand' ich in Ordnung. (AkuP 9)

Es ist immer erstmal ein Gespräch, so 10 Minuten. Das macht sie aber während sie schon die Nadeln setzt. Dann haben wir alles abgeklärt. Es wäre auch länger gegangen, aber das hab' ich nie gebraucht. (AkuP 8)

Auch hier bei – verglichen mit anderen heterodoxen Verfahren – eher kurzen Konsultationen wird die Kommunikation als positiv erlebt. Das Gefühl, im Bedarfsfall mehr Zeit zu erhalten, das von vielen Akupunktur-Patienten berichtet wurde, ist dabei von entscheidender Bedeutung. Mit welchen kommunikativen Strategien dieser Eindruck produziert wird, wäre ein interessantes Feld empirischer Forschung. Allerdings sind hierfür Interviewdaten wenig geeignet und beobachtende Forschungsinstrumente unverzichtbar.

Aktivitäten

Die Hypothese von Patienten heterodoxer Medizin als aktive Konsumenten beinhaltet informierte, autonome Individuen, die Selbstverantwortung für ihre Gesundheit fordern und in therapeutische Entscheidungsprozesse involviert sein möchten [9,20,23]. Wenngleich also deutlich wird, dass Patienten asiatischer Medizin nur wenig Engagement zeigen, um sich über die von ihnen genutzten Verfahren zu informieren, so entfalten zumindest ayurvedische Patienten intensive Aktivitäten, um zu ihrer Gesundheit beizutragen. Diese sind hier auch unumgänglich, da ayurvedische Konzepte – durch ihren Fokus auf Ernährung und Lebensstil - nicht umsetzbar wären. Dies gilt für Deutschland noch stärker als für Indien: Während sich auf dem indischen Subkontinent ayurvedische Therapie häufig auf pharmakologische Behandlung beschränkt und Ernährungsanweisungen ein beträchtliches Hindernis für die Compliance der Patienten darstellen [43], so ist die Situation in Deutschland genau umgekehrt: Da die vertrieblich Infrastruktur ayurvedischer Medikamente nur rudimentär ausgebildet ist, müssen die Patienten selbst initiativ werden und sie direkt beim Hersteller bestellen. Darüber hinaus müssen sie bereit sein, ihren Lebensstil zu verändern. Dies gilt vor allem im Bereich der Ernährung: Die Listen verbotener und empfohlener Nahrungsmittel können in ayurvedischer Medizin recht lang sein. Die befragten Patienten erleben dies jedoch nicht als Last, sondern begrüßen die vielfältigen Ratschläge ihrer ayurvedischen Ärzte, da sie sich in schulmedizinischer Behandlung in eine passive Rolle gedrängt sahen:

Der Gastroenterologe hat immer nur die normale Medizin verschrieben, also ein Cortison-Präparat und hat mir sonst wenig Hilfestellung gegeben zwecks Ernährung oder so, was eigentlich da für mich relativ wichtig war. Er hat immer nur gesagt: ‚Man muss ausprobieren und gucken, was man verträgt.‘ Und in anfänglichen Gesprächen mit der Frau Dr. M. ist dann herausgekommen, dass da das Ayurvedische mehr bietet, gerade hinsichtlich der Ernährung. Nicht nur auf das Medizinische achten, also nur pharmazeutische Chemie, irgendwelche Produkte verordnen, sondern einem auch immer Tipps rundrum geben. So Sachen, die nichts kosten, die man aber ganz leicht in seinen Alltag einfließen lassen kann. Und ich denke, dass unterscheidet sie doch schon stark von anderen Ärzten. Die geben einem das Medikament und lassen einen dann im Regen stehen. (AyuP 8)

Für mich ist das Wichtigste, dass ich etwas tue. Nicht darauf warte, bis ich blind bin. So habe ich nie gelebt. (AyuP 14)

Trotz der Fülle von Anweisungen, die neben Ernährung auch tägliche Ölanwendungen beinhalten können, fühlen sich die Patienten von ihren ayurvedischen Ärzten nicht unter Druck gesetzt. Sie schätzen vielmehr die Möglichkeit zu aktivem Coping, indem sie zur Heilung oder Linderung ihrer Beschwerden beitragen können. Dies überschneidet sich mit dem Konzept der aktiven Konsumenten, da sie hoch motiviert sind, die Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen.

Dass Akupunktur-Patienten ähnliche Anregungen erhalten, ist selten. Sie scheinen dies aber auch nicht zu vermissen. Zwar berichteten einige Interviewpartner, sich gesundheitsbewusst zu ernähren - dies beschränkte sich jedoch meist auf Vorstellungen, die unabhängig von der Nutzung der Akupunktur zu sein scheinen, wie etwa den Ersatz von Butter durch Margarine oder Vegetarismus. Genuin chinesische Ernährungskonzepte wurden nicht berichtet. Zudem schilderten die befragten Patienten ihre passive Rolle im Konsultationsprozess als höchst angenehm. Nach einem kurzen Gespräch empfinden sie die Akupunktur-Behandlung als sehr entspannend:

Was ich gut finde an der Akupunktur ist, dass man sich da die halbe Stunde hinlegt, über das, was passiert ist, auch nachfühlt und nachdenkt. Da geht man in so ein Nebenzimmer, da sind Liegen, mit sehr schöner Meditationsmusik. Da zieht man sich aus und dann piekt sie. Dann liegt man da 20 Minuten, halbe Stunde. Da ist man da mit sich alleine. Schön zugedeckt. Es ist ganz wunderschön still, finde ich wunderbar. (AkuP 3)

Die heterodoxe Dienstleistung

Nachdem nun deutlich wurde, dass sich Patienten asiatischer Medizin nur teilweise wie aktive Konsumenten verhalten, stellt sich die Frage, inwieweit sie ihre Behandlung als Dienstleistung *wahrnehmen*. Der Aspekt der angenehmen Kommunikation, der überraschend unabhängig von ihrer Dauer ist, wurde bereits beschrieben. Es treten aber noch weitere Komponenten hinzu. Der verwendete Interview-Leitfaden beinhaltete eine offene Frage, was die Patienten am meisten an ihrem Akupunkteur schätzen. Es ist

bemerkenswert, dass kommunikative Aspekte hier nicht im Vordergrund stehen. Es sind vielmehr organisatorische Faktoren, die eine Behandlung mit asiatischer Medizin zu einer qualitativ hochwertigen Dienstleistung machen:

Ich habe mich für sie entschieden, weil sie Hausbesuche macht. Wer macht das noch heutzutage? (AkuP 5)

Was ich sehr positiv fand, dass die Leute sich sehr an die Termine gehalten haben. Man hat ja schließlich einen Termin und kommt dann auch dran. Wenn man vorher schon 'ne Stunde gewartet hat, dann ist man einfach ärgerlich. So geht man da entspannt hin, kommt sofort rein, legt sich kurz hin. Es ist alles warm und gemütlich. Dann kommt er eben rein, hat auch eine sehr nette Art. Macht dann seine Punkte. Angenehm. (AkuP 10)

Ich bin da zu einem Urologen überwiesen worden. Diese Praxis ist, was die Apparatemedizin betrifft, super ausgestattet. Aber sonst ist das wirklich das Letzte. Und ich bedauere wirklich die Leute, die darauf angewiesen sind. Da brüllt diese Sprechstundenhilfe ganz laut über den Flur: 'Erstmal ihren Namen!' Und dann brüllt sie laut über den Flur, vor allen Leuten: 'Haben Sie jetzt auch eine gefüllte Blase?' Oder sie schreit, bevor Sie gehen: 'Wenn Sie nächstes mal kommen, dann erscheinen Sie hier mit einer gefüllten Blase!' Und die Termine, die liegen dann so weit auseinander. Die sagen: 'Kommen Sie wieder in 14 Tagen.' Das ganze Theater – das war Krebsdiagnostik, obwohl da gar nicht so irrsinnig viel bei rausgekommen ist - das hat über sechs Wochen gedauert. Sie hängen immer in der Luft, und niemand sagt Ihnen, was Ihnen nun eigentlich fehlt, sondern die Untersuchung wird gemacht und dann heißt es: 'Gehen Sie nach vorne und lassen Sie sich einen neuen Termin geben.' Und ich fragte dann: 'Was war denn jetzt letztes Mal?' - 'Ja, das sagt Ihnen unser Chef.' Und der sagt Ihnen das dann nach sechs Wochen. Und deswegen genieße ich das, zu Fr. Dr. H. zu gehen, denn wenn sie was untersucht, dann hat man das nach zwei Tagen. (AkuP 7)

Zügige diagnostische Befunde, verlässliche Termine, Hausbesuche – es ist nicht überraschend, dass Patienten diese Qualitäten schätzen. Erstaunlich ist jedoch, dass heterodoxe Patienten sie als die wichtigsten – noch vor kommunikativen oder medizinischen - Aspekten nennen, da sie eher mit den Erwartungen von Patienten in privatärztlicher Praxis im Allgemeinen korrespondieren.

Für diese qualitativ hochwertige medizinische Dienstleistung sind die befragten Patienten schließlich auch bereit, einen höheren ökonomischen Anteil zu entrichten:

Dafür kann man ja eigentlich auch nur dankbar sein, wenn man in der Lage ist, sich in eine Praxis zu begeben, wo dieser Durchlauf eben nicht so stark ist. Schön, das ist alles ein bisschen teurer, aber das ist halt so. (AkuP 7)

Diese Privatpatientin stellt eine rationale Kosten-Nutzen-Kalkulation auf und umgeht die Zumutungen kassenärztlicher Behandlung. Für viele Patienten besteht allerdings keine Alternative zu gesetzlichen Krankenkassen. Sie wundern sich über die Erstattungspraxis ihrer Versicherungen und analysieren die gesundheitsökonomischen Effekte der Nutzung asiatischer Medizin an ihrem eigenen Fall:

Mein Insulin-Bedarf hat sich um die Hälfte gesenkt. Ich spare heute Insulin im Wert von 300, 400 Mark im Monat. Plus alle Dinge, die man dann noch braucht und relativ teuer sind. Mit diesen Messdingern und und und. Aber man bekommt von der Krankenkasse nichts. Eine dreiwöchige Kur, wo man mir vorher schon sagt, dass sie wahrscheinlich nichts bringt, die hätte die Krankenkasse bezahlt. Und etwas, was sich selbst in der Geldbörse der Krankenkassen positiv auswirkt, was wirklich Ergebnisse bringt – nichts. (AkuP 8)

Die Medikamente waren immer 800 DM, die da anfänglich jeden Monat fast angefallen sind. Wenn man das mal hochrechnet auf das ganze Jahr, das sind 10000 Mark im Jahr, die man da sparen könnte mit Ayurveda. Aber die von der Krankenkasse sind dagegen. 500 DM, die ich jetzt im letzten Jahr für die ayurvedische Beratung ausgegeben hab' und nochmal 100 Mark für die Medikamente für 2 Monate. Das ist deutlich weniger. Aber da lassen die Krankenkassen nicht mit sich reden. Dem Sachbearbeiter, mit dem ich gesprochen habe, sagte Ayurveda auch gar nichts. Die Krankenkassen sind einfach sehr auf ihre westliche Medizin beschränkt. (AyuP 7)

Diese Patienten erleben den Erstattungskatalog der Krankenversicherung als zu eingeschränkt, und dessen Erweiterung würde positive ökonomische Wirkungen entfalten. Andere befragte Patienten wiederum halten das Patientenverhalten für verknappte Ressourcen im Gesundheitswesen für verantwortlich:

Wenn man sich das anschaut, dass man für einen Herzkatheter oder für sonstwelche großen Operationen ohne weiteres x-tausend Mark bezahlt, und das vielleicht drei-, vier-, fünfmal, weil der dann weiterqualmt. Also da habe ich kein Verständnis. (AyuP 1)

Aber ich wäre auch bereit, das selbst zu bezahlen. Das muss ich nicht immer über die Krankenkasse abgerechnet kriegen. Man sollte prinzipiell zu Medikamenten etwas dazu bezahlen. Wenn ich sehe, wieviel da in den Mülleimer fliegt, und wie teuer das Medikament ist. Das kann nicht richtig sein. Es ist ja wirklich so, wenn man was zuzahlt, dann tut es ja einem auch ein bisschen weh. Damit geht man achtsamer um. Und man sagt auch nicht einfach Termine ab. Wenn Leute was geschenkt kriegen, dann hat es keinen Wert. Aber ich will mir auch den Arzt aussuchen wollen, da will ich auch die Freiheit haben. Das ist auch wichtig für mich, dass ich nicht irgendwie zu irgendeinem gehen muss, den ich nicht will. (AkuP 3)

In diesen Zitaten spiegelt sich die politische Ambivalenz, die schon immer durch die Konzeptualisierung von Patienten als Konsumenten impliziert war. Jeweils wird eine starke Stellung der Patienten mit positiven ökonomischen Resultaten verknüpft: Die Bereitschaft, mehr Verantwortung zu übernehmen und einen größeren ökonomischen Beitrag zu leisten, gesellt sich zu der Forderung nach freier (Arzt-)Wahl, die wohl das markanteste Merkmal einer Verbraucherhaltung darstellt. Während diese Zitate gesundheitspolitische Vorstellungen liberaler und konservativer Provenienz enthalten, finden wir in den zuvor präsentierten Aussagen Forderungen nach einer Ausweitung des Erstattungskataloges, um die Kosten im Gesundheitswesen zu begrenzen. Dies erscheint zunächst paradox und eher den Partikularinteressen dieser Patienten verpflichtet, ist aber nicht auszuschließen und stellt eine wichtige Argumentationslinie heterodoxer Praktiker dar. Letztlich sind die gesundheitsökonomischen Effekte nur empirisch zu klären und hängen in erster Linie vom Navigationsverhalten heterodoxer Patienten im Gesundheitswesen ab: Werden als Folge von heterodoxer Behandlung aufwendige diagnostische Verfahren oder gar Klinikaufenthalte obsolet, so würde sich die Unterstützung heterodoxer Medizin durch gesetzliche Krankenversicherungen in der Tat kostendämpfend auswirken. Konsultieren Patienten aber verschiedenste heterodoxe Ärzte und ergänzen dies noch durch ausgiebige Facharztbesuche, so wären gegenteilige Wirkungen zu erwarten. Derzeit an Universitäten in Berlin, Bochum, Essen und München durchgeführte Studien [38] versprechen Antworten auf diese Fragen.

Diskussion

Wenngleich in unserer Studie nur zwei der 26 befragten Patienten asiatischer Medizin dem Konzept des *aktiven Konsumenten* entsprechen, finden wir durchaus Verbraucherhaltungen und – vor allem bei ayurvedischen Patienten – ein hohes Maß an Aktivität. Sie sind hoch motiviert zu ihrer eigenen Gesundheit beizutragen, indem sie die Lebensstilratschläge ihrer Ärzte umsetzen und sehen die Möglichkeit zu aktivem Coping als eine große Stärke des Ayurveda an. Es ist vor allem diese Aktivität, die sie von Akupunktur-Patienten unterscheidet, die häufiger die Behandlung passiv geschehen lassen und die während der Nadelung einsetzende Entspannung genießen. Sie werden von ihren Ärzten nur selten zu Verhaltenänderungen veranlasst. Dies ist nicht mit den jeweiligen Konzepten von Akupunktur und Ayurveda zu erklären, da Chinesische Medizin einen ähnlichen Fokus auf Diätetik aufweist wie Ayurveda. Wir sehen hier vielmehr den Einfluss der unterschiedlichen sozialen Position der beiden Heilverfahren. Während der Diffusionsprozess des Ayurveda nach Europa erst vor rund 15 Jahren eingesetzt hat, so ist die Akupunktur bereits wesentlich länger in westlichen Ländern etabliert. In den USA scheint dies vor allem spiritualisierte Versionen der Verfahren hervorzubringen [44,45,46,47], und auch in Deutschland wurde die Akupunktur aus dem Kontext der Chinesischen Medizin herausgelöst [40]. Im Falle des Ayurveda führt die marginale Position im Gesundheitswesen zu einer mangelnden Infrastruktur für Medikamente. Daher wird Ayurveda häufig als reine Beratungsmedizin praktiziert, in der Ernährungsempfehlungen eine zentrale Stellung erhalten [41].

Der stärkste Widerspruch zur Konsumententhese besteht im Informationsverhalten der Patienten asiatischer Medizin und dessen Konsequenzen für Entscheidungsmuster in der Konsultation. Von ihren Ärzten geführt zu werden erscheint wichtiger als Autonomie in Gesundheitsfragen. Die befragten Patienten streben weder tiefere Einblicke in die Logik asiatischer Medizin an noch sind sie daran interessiert, in die therapeutischen Entscheidungen einbezogen zu werden. Es gibt also wenig Hinweise auf *informierte* oder *gemeinsame* Entscheidungsfindungsprozesse. Das geeignetste Model scheint das von Parsons [29] inspirierte *paternalistische* Konzept zu sein, da die Kontrolle über therapeutische Alternativen beim Arzt verbleibt. Wenngleich Parsonianische Theorie nur selten mit patientenzentrierter Medizin in Verbindung gebracht wird, so wird an den

Berichten der Patienten dennoch deutlich, dass ihre Bedürfnisse wahrgenommen und ihre Perspektiven einbezogen werden. Somit erscheinen Konsultationen in asiatischer Medizin als paradox: paternalistisch und patientenzentriert. Auch in der Homöopathie finden wir überraschende Kombinationen verschiedener soziologischer Modelle [48]. Diese dürften sich in jedem heterodoxen Verfahren spezifisch konfigurieren, da es nicht *die* heterodoxe medizinische Interaktion gibt. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass bereits in anderen Settings asiatischer Medizin – etwa in Heilpraktiker-Behandlung oder bei stationären ayurvedischen Gesundheitszentren – andere Muster vorfindbar sind.

Paternalistisch-patientenzentrierte Konsultationen reflektieren die hohen und widersprüchlichen Ansprüche, die Kundensouveränität an Patienten stellt. Werte wie Autonomie und Rationalität legen Verbraucherverhalten nahe und lassen die Abhängigkeit von Ärzten als vermeidungswürdig erscheinen, während sich Patienten gleichzeitig eine auf Vertrauen basierende, passive Patientenrolle wünschen mögen [49]. Der Entschluss, die schulmedizinische Behandlung zu beenden oder zu ergänzen, stellt allerdings durchaus eine Verbraucherhaltung dar, wird doch aus einer Vielfalt möglicher Angebote ausgewählt. Diese Wahl basiert allerdings nicht auf einer Position informierter Konsumenten, sondern erscheint wesentlich kontingenter. Während der Behandlung dominieren Ansprüche, die eher *passive* Formen von Kundenperspektiven enthalten. Zwar formulieren die Patienten deutliche Qualitätskriterien medizinischer Dienstleistungen, die vor allem die Praxisorganisation betreffen (eingehaltene Terminabsprachen, Hausbesuche, schnelle diagnostische Befunde) - Expertisierungsprozesse [20] und vergleichende Einschätzungen verschiedenster heterodoxer Verfahren sind jedoch die Ausnahme. In diesem Sinne erscheinen Patienten asiatischer Medizin als *passive Konsumenten*, die zwar guten Service erwarten, es aber an ihre Ärzten delegieren, diesen zu liefern. Einige heterodoxe Ärzte sind denn auch entsprechend aktiver, indem sie individuell maßgeschneiderte Therapiekonzepte entwerfen, die meist eine hybride Struktur aufweisen, da Elemente verschiedener heterodoxer oder/und schulmedizinischer Verfahren in ihnen enthalten sind. Als Entscheidungskriterien dienen hierbei die perzipierten Erwartungen der Patienten sowie die jeweiligen diagnostischen Kategorien [40,43]. So ergänzen sie auf aktive Weise die passiven Konsumentenhaltungen ihrer Patienten.

Das Sample dieser Studie ist begrenzt – nicht nur in seiner Größe, sondern auch, da die Vermittlung der Patienten durch die Ärzte zustande kam. Dadurch dürften zufriedene Patienten überrepräsentiert sein. Quantitative Erhebungen wären nützlich, um die relative Wichtigkeit, die heterodoxe Patienten den genannten Qualitätsvorstellungen in ihren Gesundheitsentscheidungen beimessen, einzuschätzen. Repräsentiert die vorliegende Studie Perspektiven und Verhaltensweisen, die für Patienten asiatischer Medizin oder für bestimmte Erkrankungen, bei denen Patienten häufig heterodoxe Medizin konsultieren, spezifisch sind? Sind die Unterschiede zwischen Akupunktur- und Ayurveda-Patienten auf ihre jeweiligen Versicherungsformen zurückzuführen? Fragen wie diese können durch das erhobene Datenmaterial nicht beantwortet werden und bedürfen weiterer vergleichender Studien.

Literatur

- 1 Fisher P, Ward A: Complementary medicine in Europe. *British Medical Journal* 1994;309:107-111.
- 2 Eisenberg D, Kessler R, Foster C, Norlock F, Calkins D, Delbanco T: Unconventional medicine in the United States. *New England Journal of Medicine* 1993;328:246-252.
- 3 Stollberg G: *Medizinsoziologie*. Bielefeld, transcript, 2001.
- 4 Haltenhof H, Hesse B, Bühler KE: Beurteilung und Verbreitung komplementärmedizinischer Verfahren - eine Befragung von 793 Ärzten in Praxis und Klinik. *Das Gesundheitswesen* 1995;57:192-195.
- 5 Tovey P: Contingent legitimacy: UK alternative practitioners and inter-sectorial acceptance. *Social Science & Medicine* 1997;45:1129-1133.
- 6 Verhoef MJ, Sutherland LR: General Practitioners' assessment of and interest in alternative treatment in Canada. *Social Science & Medicine* 1995;41:511-515.
- 7 Hentschel C, Kohnen R, Hauser G, Lindner M, Ernst E, Hahn EG: Entscheidung zur Komplementärmedizin: sachorientiert oder irrational? *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 1996;121:1553-1560.

- 8 Stollberg G: Patients and homoeopathy: an overview of sociological literature; in Dinges M (ed.): Patients in the history of homoeopathy. Sheffield, EAHMH, 2002, pp. 317-329.
- 9 Kelner M, Wellman B: Health care and consumer choice: Medical and alternative therapies. *Social Science & Medicine* 1997;45:203-212.
- 10 Sharma U: *Complementary medicine today*. London, Routledge, 1992.
- 11 Sirois FM, Gick ML: An investigation of the health beliefs and motivations of complementary medicine clients. *Social Science & Medicine* 2002;55:1025-1037.
- 12 Blais R, Maiga A, Aboubacar A: How different are users and non-users of alternative medicine? *Canadian Journal of Public Health* 1997;88:159-162.
- 13 Sharma U: Using alternative therapies: marginal medicine and central concerns; in Abbot P, Payne G (ed.): *New directions in the sociology of health*. London, Falmer Press, 1990.
- 14 Vincent C, Furnham A: Why do patients turn to complementary medicine? *British Journal of Clinical Psychology* 1996;35:37-48.
- 15 Siapush M: Postmodern values, dissatisfaction with conventional medicine and popularity of alternative therapies. *Journal of Sociology* 1998;34:58-70.
- 16 Astin JA: Why patients use alternative medicine. Results of a national study. *Journal of the American Medical Association* 1998;279:1548-1553.
- 17 Günther M, Römermann H: The homeopathic patient in General Practice: findings of a comparative poll of patients in conventional medicine and homeopathic private and health insurance scheme practices. in Dinges M. (ed.): *Patients in the history of homoeopathy*. Sheffield, EAHMH, 2002.
- 18 Cant S, Sharma U: *A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state*. London, UCL Press, 1999
- 19 Douglas M: *Thought styles. critical essays in good taste*. London, Sage, 1996
- 20 Giddens A: *Beyond left and right: the future of radical politics*. Cambridge, Polity Press, 1994.
- 21 Tuckett D, Bolton M, Olson C, Williams A: *Meetings between experts. An approach to sharing ideas in medical consultation*. London, Tavistock, 1985.
- 22 Schütz A: *Gesammelte Aufsätze II*, Den Haag, Nijhoff, 1972.

- 23 Payner L, Easthope G: Postmodern consumption and alternative medications. *Journal of Sociology* 2001;37:157-176.
- 24 Gartner A, Riesman, F: *Der aktive Konsument in der Dienstleistungsgesellschaft*. Frankfurt, Suhrkamp, 1978.
- 25 Logan J, Green D, Woodfield, A: *Healthy Competition*. Sydney, Centre for Independent Societies, 1989.
- 26 Meredith DB: *Public health, preventive medicine and social services*. 6th ed. London: Arnold, 1995.
- 27 Wasem J, Güther, B: *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung*. *Apotheke und Krankenhaus* 1998;14:111-116
- 28 Wildner M, Brunner A, Weikunat R, Weinheimer H, Moretti M, Raghuvanshi VS, Aparicio ML: The patients' right to information and citizens' perspective of their information needs. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 2002;10:305-315
- 29 Parsons T: *The social system*. Glencoe, Free Press, 1951.
- 30 Freidson E: *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Harper & Row, 1970.
- 31 Illich, I: *Die Nemesis der Medizin*. Reinbek, Rowohlt, 1977.
- 32 Zola IK: Medicine as an institution of social control. *Sociological review* 1972;20: 487 - 504.
- 33 Goffman, E: *Asylums*. Garden City, Doubleday, 1961.
- 34 Gwyn R, Elwyn G: When is a shared decision not (quite) a shared decision? Negotiating preferences in a General Practice encounter. *Social Science & Medicine* 1999;49:437-447.
- 35 Charles C, Gafni A, Whelan T: Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine* 1999;49:651-661.
- 36 Stevenson FA, Barry CA, Britten N, Barber N, Bradley CP: Doctor-patient communication on drugs: the evidence of shared decision making. *Social Science & Medicine* 2000;50:829-840.
- 37 Mead N, Bower P: Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 2000;51:1087-1110.

- 38 Marstedt G, Moebus S: Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Berlin, Verlag Robert Koch Institut, 2002.
- 39 Norheim AJ, F nneb V: Doctors' attitudes to acupuncture – a Norwegian study. *Social Science & Medicine* 1994;47:519-523.
- 40 Frank R, Stollberg G: Conceptualising hybridisation – on the diffusion of Asian medical knowledge to Germany. zur Publikation angenommen bei: *International Sociology*, 2003.
- 41 Mayring P: *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim, Deutscher Studien Verlag, 1988.
- 42 Frank R: Integrating homeopathy and biomedicine. Medical practice and knowledge production among German homeopathic physicians. *Sociology of Health & Illness* 2002;24:796-819.
- 43 Frank R: *Globalisierung und Kontextualisierung heterodoxer Medizin. Homöopathie und Ayurveda in Deutschland und Indien*. Dissertationsschrift an der Fakultät für Soziologie Universität Bielefeld, 2002
- 44 Reddy S: Asian medicine in America. The Ayurvedic case. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 2002;583:97-121.
- 45 Zysk KG: New Age Ayurveda or what happens to Indian medicine when it comes to America. *Traditional South Asian Medicine* 2001;6:10-26.
- 46 Barnes L: The psychologizing of Chinese healing practices in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1998;22:413-443.
- 47 Hare ML: The emergence of an urban U.S. Chinese Medicine. *Medical Anthropology Quarterly* 1993;7:30-49.
- 48 Frank R: Homeopath & patient – a dyad of harmony? *Social Science & Medicine* 2002;55:1285-1296.
- 49 Lupton, D: Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social Science & Medicine* 1997;45: 373-381