

Sind deutsche Patienten asiatischer Medizin aktive Konsumenten?

Stollberg, Gunnar; Frank, Robert

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Stollberg, G., & Frank, R. (2006). Sind deutsche Patienten asiatischer Medizin aktive Konsumenten? In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilbd. 1 und 2* (S. 1991-2002). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-144066>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Sind deutsche Patienten asiatischer Medizin aktive Konsumenten?

Gunnar Stollberg und Robert Frank

1. Patienten als Konsumenten? Ein Literaturüberblick

Empirische Studien (z.B. Wasem/Güther 1998: 111–116) zeigen, dass Patienten durchaus Wert auf Autonomie legen. Sie wünschen sich mehr Informationen über die Ärzte, damit sie ihre Wahl rational treffen können. Was Patienten *heterodoxer* Medizin betrifft, so fokussierten sozialwissenschaftliche Forschungsbemühungen vor allem auf deren soziodemographische und epidemiologische Merkmale: Sie sind oft in mittlerem Alter, verfügen über gehobenes Einkommens- und Bildungsniveau und sind in der Mehrzahl weiblichen Geschlechts (Hentschel u.a. 1996; Kellner/Wellman 1997; Stollberg 2002). Heterodoxe Verfahren werden meist komplementär zur Schulmedizin angewandt (Sharma 1992). 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 (Sirois/Gick 2002) sowie das ausgeprägte Gesundheitsverhalten in den Bereichen Ernährung und körperliche Aktivität (Blais u.a. 1997).

Wie wird die Hinwendung von Patienten zu heterodoxen Verfahren erklärt? Während bei Siapush (1998) oder Astin (1998) postmoderne Werte, zu denen sie Technikfeindlichkeit, Ganzheitlichkeit und Sanftheit zählen, im Vordergrund stehen, ergibt sich bei Günther und Römermann (2002) die Wirksamkeit heterodoxer Medizin als ausschlaggebende Variable für die Einschätzungen der Patienten. Cant und Sharma (1999) machen breite soziale und kulturelle Wandlungsprozesse – wie veränderte Körperkonzeptionen, Wertewandel, gestiegene Reflexivität und verstärkte Selbstverantwortung – für die Renaissance heterodoxer Medizin verantwortlich. Für Giddens (1994) 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. Patienten werden so zu Experten in ihren eigenen gesundheitlichen Belangen (vgl. Tuckett u.a. 1985) und entscheiden über ihre Behandlung auf der Basis aktiven Vertrauens. Auch bei Kellner und Wellman (1997) 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. Rayner und Easthope (2001) 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.

Die Studie von Fadlon (2004) bezeichnet heterodoxe Patienten als *smart consumers*. Fadlon fand einen »affektiven Paternalismus« der Art, dass auch von heterodoxen Medizinern Unterstützung, Hoffnung und Erfolgsversprechen erwartet werden. Manche Patienten wurden in dieser Hinsicht enttäuscht, bei anderen verfehlten die Therapeuten die Erwartungen ihrer Patienten dahingehend, dass diese entweder zu stark auf unmittelbare Erfolge ausgerichtet waren oder von den Patienten vertrauten heterodoxen oder schulmedizinischen Paradigmata abwichen. Fadlon betont jedoch die pragmatische Grundeinstellung der Patienten: sie sahen die heterodoxe Medizin als prinzipiell mögliche Lösung ihrer Gesundheitsprobleme an (2004: 2427).

In diesem Beitrag soll nun empirisch geprüft werden, inwieweit heterodoxe Patienten Merkmale von Kunden oder Konsumenten aufweisen und inwieweit sie die ihnen (insbesondere von Kelner und Wellman) zugesprochene Vorreiterrolle im Gesundheitswesen erfüllen. Besondere Aufmerksamkeit soll dabei der Aspekt der Aktivität erhalten. Kunden/Konsumenten treten als handelnde Subjekte auf – eine Perspektive, die in der klassischen Medizinsoziologie meist vernachlässigt wurde. Parsons (1951) zeichnet die Krankenrolle überwiegend passiv. Der Gegensatz zu Konsumenten auf einem freien Markt könnte kaum größer sein.

Ob Patienten heterodoxer Heilverfahren zutreffend als Konsumenten konzeptualisiert werden, 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 (Marstedt/Moebus 2002). Auch bei rein schulmedizinisch orientierten Ärzten genießt die Akupunktur große Legitimität, und die Bundesärztekammer empfahl 2003 die Einführung einer entsprechenden ärztlichen Zusatzbezeichnung. Der Ayurveda hingegen stellt ein vergleichsweise marginales Heilverfahren dar. Die Zahl ayurvedisch praktizierender Ärzte in Deutschland liegt bei rund 100 (Stollberg 2001). Somit ergibt sich die Möglichkeit, Perspektiven und Verhalten von Patienten eines

weitgehend akzeptierten und eines marginalen heterodoxen Verfahrens zu vergleichen.

Bei der Analyse der Kommunikations- und 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 Modell der informierten Entscheidung beinhaltet eine egalitäre 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 (Gwyn/Elvyn 1999). Durchaus verwandt ist das Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Der Informationsfluss geht allerdings 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 (Charles u.a. 1999; Stevenson u.a. 2000). Durch die gleichmäßigere Verteilung von Macht und Verantwortung stehen die beiden letzteren Konzepte der patientenzentrierten Medizin nahe (Mead/Bower 2000).

2. Vorstellung einer empirischen Studie

Wir stellen im Folgenden eine empirische Studie vor, die wir im Rahmen eines DFG-Projekts durchgeführt haben.

2.1 Methoden

Bisherige Beiträge zur beschriebenen Fragestellung basierten auf theoretischen Überlegungen oder wurden als Hypothesen aus quantitativem Datenmaterial generiert. Daher erschien es uns bei der Wahl gegenstandsangemessener Methoden ratsam, den Perspektiven der Patienten besonderen Raum zu geben und 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 Pati-

enten wurden durch Ärzte vermittelt, die Akupunktur oder Ayurveda praktizieren und im Rahmen weiterer Studien (etwa Frank/Stollberg 2004) interviewt worden waren.

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. 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 von den gesetzlichen Krankenversicherungen nicht erstattet werden, überwiegen bei den Akupunktur-Patienten die Mitglieder gesetzlicher Krankenversicherungen, deren Behandlung auf Antrag bzw. im Rahmen von laufenden Modellvorhaben 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, das sich an Verfahren der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1988) orientierte.

2.2 Ergebnisse

Die These vom aktiven Konsumenten beinhaltet als ersten Schritt, dass man sich eine gewisse Übersicht über die auf dem Markt befindlichen Therapieformen verschafft. In einem zweiten Schritt wird dann eine Therapeutin oder ein Therapeut ausgewählt. Dabei spielen neben medizinischen Fähigkeiten auch finanzielle und pragmatische Kriterien (Entfernung, Zugänglichkeit) eine Rolle. In einem dritten Schritt wird die empfangene Therapie evaluiert, wobei häufig auch die eigenen medizinischen Kenntnisse der Patienten erweitert bzw. korrigiert werden. Ein vier-

ter Schritt bringt bei längerfristigen Erkrankungen die Entscheidung, bei dem jeweiligen Therapeuten oder dem jeweiligen Verfahren zu bleiben oder nicht. Es folgen nun Beispiele aus unseren Interviews zu diesen Schritten.

2.2.1 Übersicht der Patienten über die möglichen Therapieformen:

Nur einer der Akupunktur-Patienten hatte ausgiebig Informationen über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten gesammelt. 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 von ihm genutzten Verfahren bei weitem.

Auch zwei ayurvedische Patienten sammelten ausgiebig Informationen über verschiedenste heterodoxe Verfahren, bevor sie diese nutzten. In ihrer Odyssee durch das Gesundheitswesen setzten sie die verschiedenen Angebote in eklektischer Weise ein:

»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, zurzeit 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)

Dieser und ein weiterer Patient unterscheiden sich durch ihr Krankheitsprofil von anderen Befragten. Es handelt sich um multimorbide Patienten, die an einer Vielzahl schwerer chronischer und akuter Erkrankungen litten. Nur der eine Akupunktur- und 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.

Alle anderen Patienten hatten sich keinen Überblick über mögliche schulmedizinische wie heterodoxe Verfahren verschafft.

2.2.2 Wahl des Therapeuten

Fast alle ayurvedischen Patienten hatten von engen Freunden oder Familienangehörigen den Rat erhalten, einen bestimmten Arzt aufzusuchen, den diese meist selbst mit Erfolg konsultiert hatten. Dabei scheint die Empfehlung eines spezifischen Arztes bedeutsamer zu sein als der Hinweis auf Ayurveda als heterodoxes Verfahren. Der Einfluss dieser begrenzten 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, befragten 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.« (AkuP 3)

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« (Logan u.a. 1989) 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. Indem diese Patienten einen weiteren Versuch bei einem anderen Arzt unternehmen, zeigen sie, dass sie die begrenzte Wirksamkeit früherer Behandlungen nicht dem Verfahren, sondern dem anwendenden Arzt attribuieren: Ein weiterer Beleg für das hohe Maß an Legitimität, das der Akupunktur in Deutschland zugesprochen wird.

2.2.3 Evaluation der Therapie und Modifikation des medizinischen Wissens

Unsere Akupunktur-Patienten waren (mit der erwähnten Ausnahme) alle weit davon entfernt, »Experten ihrer eigenen Gesundheit« (Mead/Bower 2000) zu werden. Sie zeigten 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)

Auch ayurvedische Patienten verfügten über nur wenig spezifisches Wissen. Zwei Patienten hatten diffuse Vorstellungen von ayurvedischen Konstitutionstypen.

2.2.4 Die Konsultation

Die Mehrzahl der Patienten formuliert wenig den Wunsch, 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 betonten. Dessen Quellen bestehen aus der erlebten Wirksamkeit der Verfahren 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)

Dieses Verhältnis ist allerdings nicht durch lange Gespräche zu erklären; diese sind in der Akupunktur wesentlich knapper als etwa in der Homöopathie:

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

Dennoch wird die Kommunikation als positiv erlebt. Das Gefühl, im Bedarfsfall mehr Zeit zu erhalten, ist dabei von entscheidender Bedeutung. Mit welchen kommunikativen Strategien dieser Eindruck produziert wird, wäre ein interessantes Feld empirischer Forschung.

2.2.5 Entscheidungsmuster in der Arzt-Patient-Beziehung

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 treffen¹. 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 sicherlich ein Extrembeispiel. Aber Patienten heterodoxer Verfahren schätzen häufig die Dienstleistungen ihrer Ärzte hoch ein: zügige diagnostische Befunde, verlässliche Termine, Hausbesuche. Dies sind jedoch keine Erwartungen, die sich speziell auf die Anwendung heterodoxer Verfahren richten.

3. 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 Verhaltensänderungen 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 Aku-

¹ Nur wenige heterodoxe Ärzte wenden sich völlig von der Schulmedizin ab (vgl. Frank/Stollberg 2004; Frank 2002a).

punktur bereits wesentlich länger in westlichen Ländern etabliert. In den USA scheint dies spiritualisierte Versionen der Verfahren hervorzubringen (vgl. Reddy 2002; Zysk 2001; Barnes 1998; Hare 1993), während die in Deutschland aus dem Kontext der Chinesischen Medizin heraus gelöste Akupunktur keine spirituellen Versionen hat (Frank/Stollberg 2004). 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 (Frank 2004).

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 Modell scheint das von Parsons (1951) inspirierte paternalistische Konzept zu sein. Wenngleich Parsons' 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 (vgl. Frank 2002a). Diese dürften sich in jedem heterodoxen Verfahren spezifisch konfigurieren, da es nicht die heterodoxe medizinische Interaktion gibt. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass 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 (vgl. Lupton 1997). 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 erscheint allerdings kontingent. 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. Expertisierungsprozesse (vgl. Willems 1992) und vergleichende Einschätzungen verschiedener 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 Ärzte 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 (vgl. Frank/Stollberg 2004; Frank 2002). 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

- Astin, John A. (1998), Why patients use alternative medicine. Results of a national study, *Journal of the American Medical Association* 279, S. 1548–1553.
- Barnes, Linda L. (1998), The psychologizing of Chinese healing practices in the United States, *Culture, Medicine and Psychiatry* 22, S. 413–443.
- Blais, Régis/Maïga, Aboubacrine/Aboubacar, Alarou (1997), How different are users and non-users of alternative medicine?, *Canadian Journal of Public Health* 88, S. 159–162.
- Cant, Sarah/Sharma, Ursula (1999), A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state, London.
- Charles, Cathy/Gafni, Amiram/Whelan, Tim (1999), Decision-making in the physician-patient encounter, revisiting the shared treatment decision-making model, *Social Science & Medicine* 49, S. 651–661.
- Fadlon, Judith (2004), Unrest in Utopia, Israeli patients' dissatisfaction with non-conventional medicine, *Social Science & Medicine* 58, S. 2421–2429.
- Frank, Robert/Stollberg, Gunnar (2004), Conceptualising hybridisation – on the diffusion of Asian medical knowledge to Germany, *International Sociology* 19, S. 71–88.
- Frank, Robert (2002a), Homeopath & patient – a dyad of harmony?, *Social Science & Medicine* 55, S. 1285–1296.

- Frank, Robert (2002b), Integrating homeopathy and biomedicine. Medical practice and knowledge production among German homeopathic physicians, *Sociology of Health & Illness* 24, S. 796–819.
- Giddens, Anthony (1994), *Beyond left and right, the future of radical politics*, Cambridge.
- Frank, Robert (2004), *Globalisierung »alternativer« Medizin : Homöopathie und Ayurveda in Deutschland und Indien*, Bielefeld.
- Günther, Martina/Römermann, Hans (2002), 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, Martin (Hg.), *Patients in the history of homeopathy*, Sheffield.
- Gwyn, Richard/Elwyn, Glyn (1999), When is a shared decision not (quite) a shared decision? Negotiating preferences in a General Practice encounter, *Social Science & Medicine* 49, S. 437–447.
- Hare, Martha L. (1993), The emergence of an urban U.S. Chinese Medicine, *Medical Anthropology Quarterly* 7, S. 30–49.
- Hentschel, Christian u.a. (1996), Entscheidung zur Komplementärmedizin, sachorientiert oder irrational?, *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 121, S. 1553–1560.
- Kelner, Merrijoy/Wellman, Beverly (1997), Health care and consumer choice, Medical and alternative therapies, *Social Science & Medicine* 45, S. 203–212.
- Lupton, Deborah (1997), Consumerism, reflexivity and the medical encounter, *Social Science & Medicine* 45, S. 373–381.
- Marstedt, Gerd/Moebus, Susanne (2002), *Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin*, Berlin.
- Mayring, Phillip (1988), *Qualitative Inhaltsanalyse*, Weinheim.
- Mead, Nicola/Bower, P. (2000), Patient-centredness, a conceptual framework and review of the empirical literature, *Social Science & Medicine* 51, S. 1087–1110.
- Parsons, Talcott (1951), *The social system*, Glencoe.
- Rayner, Lisa/Easthope, Gary (2001), Postmodern consumption and alternative medications, *Journal of Sociology* 37, S. 157–176.
- Reddy, Sita (2002), Asian medicine in America. The Ayurvedic case, *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 583, S. 97–121.
- Sharma, Ursula (1992), *Complementary medicine today*, London.
- Siapush, M. (1998), Postmodern values, dissatisfaction with conventional medicine and popularity of alternative therapies, *Journal of Sociology* 34, S. 58–70.
- Sirois, Fuschia M./Gick, Mary L. (2002), An investigation of the health beliefs and motivations of complementary medicine clients, *Social Science & Medicine* 55, S. 1025–1037.
- Stevenson, Fiona A. u.a. (2000), Doctor-patient communication on drugs, the evidence of shared decision making, *Social Science & Medicine* 50, S. 829–840.
- Stollberg, Gunnar (2001), *Medizinsoziologie*, Bielefeld.
- Stollberg, Gunnar (2002), Patients and homeopathy, an overview of sociological literature, in: Dinges, Martin (Hg.), *Patients in the history of homeopathy*, Sheffield, S. 317–329.
- Tuckett, D./Bolton, M./Olson, C./Williams, A. (1985), *Meetings between experts. An approach to sharing ideas in medical consultation*, London.
- Wasem, Jürgen/Güther, Bernd (1998), Das Gesundheitssystem in Deutschland. Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung, *Apotheke und Krankenhaus* 14, S. 111–116.

Willems, Dick (1992), Susan's breathlessness – The construction of professionals and laypersons, in: Lachmund, Jens/Stollberg, Gunnar (Hg.), *The social construction of illness*, Stuttgart, S. 105–114.

Zysk, Kenneth G. (2001), New Age Ayurveda or what happens to Indian medicine when it comes to America, *Traditional South Asian Medicine* 6, S. 10–26.