

Gehört, gesehen und verstanden werden: Überlegungen zu den Lehren aus der Homöopathieforschung

Being Listened to, Seen and Understood: Reflections from Homeopathy Research Lessons

Norbert Schmacke¹, Maren Stamer², Veronika Müller³

Zusammenfassung: Forschung zur Homöopathie fokussiert herkömmlich die Frage der spezifischen Wirksamkeit der homöopathischen Arzneimittel. Die Ermittlung der Patienten- und Patientinnenperspektive auf dem Boden von Erfahrungen mit homöopathischer versus allopathischer Medizin verweist auf das weniger beachtete Thema einer empathischen Grundhaltung in der Arzt/Ärztin-Patient/Patientin-Beziehung. Die vorhandene sozialwissenschaftliche und psychologische Forschung zur Förderung einer gelingenden Kommunikation hat in der Praxis nicht die Aufnahme gefunden, die allseits für notwendig gehalten wird. Auf der Basis einer qualitativen Studie zu den Erfahrungen bei der Nutzung homöopathischer Behandlung durch Patienten werden Überlegungen zum ärztlichen Umgang mit dem Patienten in der Schulmedizin angestellt. Es ist danach anzunehmen, dass benennbare Unterschiede dabei nicht vordergründig auf ein Thema der Schulung von unverzichtbaren Kompetenzen reduziert werden können, sondern es um einen komplexen kulturellen Wandel gehen müsste, der gerade bei der Frage nach dem Selbstverständnis der Allgemeinmedizin besser verstanden werden will.

Schlüsselwörter: Homöopathie; Kommunikation; Gesprächsführung; Arzt-Patient-Beziehung

Summary: Research on homeopathy traditionally focuses on the specific efficiency of homeopathic drugs. Research on patients' perspectives, based on experience with homeopathic vs. allopathic medicine, leads to a less studied topic, an empathic attitude within the patient physician relationship. Sociological and psychological knowledge for promoting successful communication patterns has not got the necessary impact on everyday practice in medicine. Based on a qualitative study about patients' experiences with homeopathic treatment the article presents reflections on physicians' communicating with their patients. We suppose that the differences noticed by patients between homeopathic and "normal" physicians cannot be reduced to the approach of teaching communication skills. Rather, much more important, it seems to need a fundamental and complex cultural change in medicine, which is of utmost importance for the conception of family medicine itself.

Keywords: Homeopathy; Communication; Motivational Interviewing; Physician Patient Relationship

Homöopathie erfreut sich in einer Vielzahl von Ländern, so auch in Deutschland, bei gesetzlich wie privat Versicherten hoher Beliebtheit [1]. Neben der von Ärztinnen/Ärzten sowie von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern praktizierten klassischen Homöopathie mit obligatorischer ausführlicher homöopathischer Erstanamnese und der Suche nach

dem „richtigen“ Medikament für eine individuelle therapeutische Situation (Repertorisieren) existieren schlichtere Versionen, zum Beispiel die Komplexhomöopathie. Die klassische Homöopathie versteht sich ausdrücklich als wissenschaftliche Disziplin, die eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen für sich in Anspruch nimmt und davon

überzeugt ist, dass es prinzipiell immer möglich ist, durch zum Teil lange Suchprozesse unter Einbeziehung der Berichte der Kranken das richtige, heilende Medikament zu finden. Sie nimmt für sich in Anspruch, dass ihre derart individuell rezeptierten Medikamente eine spezifische Wirksamkeit haben und nicht bloß Placeboeffekte auslösen. Die

¹ Abteilung Versorgungsforschung, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

² Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover

³ Hochschule 21, Buxtehude

Peer reviewed article eingereicht: 12.05.2014, akzeptiert: 28.05.2014

DOI 10.3238/zfa.2014.0251-0255

klassische Homöopathie geht davon aus, dass die allopathische Medizin insbesondere in lebensbedrohlichen Situationen unverzichtbar ist und dass die Homöopathie bei schwer verlaufenden Erkrankungen Grenzen aufweist, hält diese Grenzen gegenüber der Allopathie aber letztlich offen.

Dieses komplementäre Verständnis von Homöopathie findet in der Ärzteschaft über die klassischen Homöopathen/innen hinaus in bestimmtem Umfang Sympathie. Dabei lassen sich vermutlich zwei Strömungen unterscheiden. Zum einen wird gewissermaßen wohlwollend argumentiert, man soll Patientinnen und Patienten nichts vorenthalten, was diese wertschätzen; diese Haltung erspart auch Erläuterungen zum Nutzen von Homöopathie. Zum anderen werden manche davon ausgehen, dass sich Allopathie und Homöopathie (wie auch andere komplementärmedizinische Verfahren) empirisch belegbar zum Nutzen der Kranken ergänzen. Beide Haltungen passen zu dem Bild der Patientinnen und Patienten, die Homöopathie in aller Regel als Ergänzung und nicht als reine Alternative zur sogenannten Schulmedizin verstehen. Nachfolgend steht im Fokus der Überlegungen, ob es sinnvoll ist, dass die Allgemeinmedizin Kernelemente der Homöopathie in das eigene Handeln aufnimmt. Hierzu soll noch einmal betrachtet werden, welches häufig ermittelte patientenseitige Gründe zur Inanspruchnahme von Homöopathie sind. Die Forschungslage ist längst nicht so verdichtet, wie man annehmen könnte [2]. Folgende, auch eigener Forschung entnommene Motive werden häufig genannt [3]:

1. Familiäre Traditionen und Empfehlungen aus dem Freundes- und Bekanntenkreis (die Botschaft der „guten Erfahrung mit Homöopathie“)
2. Überzeugtsein vom Konzept der individualisierten Suche nach dem richtigen Medikament einschließlich Wertschätzung der ausführlichen homöopathischen Erstanamnese
3. Angst vor Nebenwirkungen der sogenannten Schulmedizin (Befürchtung von Gefahren für sich selbst wie ggf. für die eigenen Kinder)
4. Enttäuschungen im Rahmen der sogenannten Schulmedizin, insbesondere das Erleben fehlender Empathie, fehlender Akzeptanz der eigenen Krank-

heitsdeutungen und Geringschätzung der Wahrnehmung von Nebenwirkungen und befürchteter Schädigungen durch die Behandlung.

Nun verweisen bis auf den ersten Punkt alle Motive auf die Bedeutung des Respekts vor der Persönlichkeit des Kranken, dies impliziert die Wahrnehmung und Beachtung des Patienten/innen-Narrativs – beginnend im Erstkontakt. Es fragt sich, welche Konsequenzen aus der beständigen Kritik eines nicht unerheblichen Teils von Kranken an den kommunikativen Kompetenzen ihrer Ärztinnen und Ärzte [4] zu ziehen sind. Die Beantwortung dieser Frage erfolgt im Lichte der Ergebnisse einer eigens durchgeführten Studie mittels leitfadengestützter Interviews mit Patientinnen und Patienten, die länger als ein Jahr in Behandlung klassischer homöopathischer Ärztinnen und Ärzten waren. Dabei werden an dieser Stelle hier nur einige Sequenzen als Material zur Verdeutlichung der Aussagen benutzt; eine systematische Beschreibung und Deutung der Interviews findet sich anderswo [3].

Erleben „echten“ Interesses

„Wenn er dann fragt, ja wie geht's Ihnen denn, wie war's in letzter Zeit oder so. Dann habe ich den Eindruck, dass er wirklich interessiert ist und nicht so aus Höflichkeit fragt, sondern wirklich interessiert ist. Und das spricht sich auch unheimlich einfach mit ihm, weil er so offen ist und so. Ja so ne freundliche Art und sehr, sehr zugewandt auch“ (W11/339–346). So wie diese Patientin berichtet eine weitere Frau, dass sie sich mit allem, was ihr wichtig ist, bei ihrer ärztlichen Homöopathin aufgehoben fühlt und dass dafür vor allem im Erstkontakt ausreichend Zeit vorhanden ist: *„Sie (die Ärztin) nimmt sich wirklich Zeit, sie hört sich das Ganze an, sie hört sich auch ringsrum vielleicht was an, was vielleicht noch irgendwie gewesen ist, warum das und das jetzt so ist, vielleicht hat sich im Lebensabschnitt irgendwas geändert oder es ist irgendwas anderes passiert. Und man fühlt sich bei ihr wirklich aufgehoben, also man hat wirklich das Gefühl, dass sie einen rundum betreut, so wie sich das eigentlich gehört“ (W2/165–184).*

Eine Kontrastschilderung von Erfahrungen mit der „Schulmedizin“ lautet demgegenüber: *„Also ich erlebe es manch-*

mal, dass mich Ärzte überhaupt nicht richtig angucken, mich irgendwie gar nicht richtig wahrnehmen, sondern so in ihrem Trubel drin sind, so in ihrem Ablauf schon beim nächsten Patienten oder ich weiß nicht bei irgendwas schon wieder. Dass ich so in Druck bin, dass ich gar nicht meine Frage überhaupt stellen kann ...“ (W13/726–734). Die Patienten und Patientinnen erleben die häufig ein bis zwei Stunden dauernde homöopathische Erstanamnese als völlig ungewohnt und mit großem Erstaunen, gelangen dann aber zu der Gewissheit, dass die ärztlichen Homöopathen/innen auf diese Weise einen umfassenden Eindruck über sie gewinnen. Obschon gelegentlich als befremdlich erlebt, stellt die „homöopathische Art“ Fragen anzubringen einen Rahmen bzw. eine Basis dar zu einer geregelten Annäherung zwischen Patienten/Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen. Der Gesprächsmodus – explizit die zum Gespräch auffordernden Detailfragen – trägt ferner bei zu einer aktiven und folglich auch als individuell erlebten Beteiligung der Patienten und Patientinnen. Dabei findet das Thema Zeit im Verlauf der Behandlungsbeziehung eine den Interviewten meist nicht bewusste Umwandlung: Ist nämlich einmal eine vertrauensvolle Arzt/Ärztin-Patient/Patientin-Beziehung entstanden, so schätzen die Patienten und Patientinnen es sehr, wenn sie im Prozess der Behandlung auch telefonisch kurze Rücksprachen nehmen oder auch bei Neuauftreten von Beschwerden eine telefonische direktive Kurzberatung erhalten können: *„Da kann ich anrufen, sage Herr Doktor die Tochter hat auf dem linken Ohr Ohrenschmerzen und die Nase läuft und welche Kugelle geb' ich am besten“ (W14/728–740).* Selbst längere Wartezeiten werden als angemessen erlebt, auch wenn diese in der Praxis der Homöopathen jedenfalls im Erleben der von uns Interviewten offenkundig seltener auftreten als in der sonstigen Sprechstundenmedizin. Ein Resultat der geschilderten Passung in der Begegnung zwischen ärztlichen Homöopathen/innen und Patienten/innen ist weiterhin, dass die Patienten/innen keine Hemmungen verspüren, alles zu erzählen, was ihnen wichtig ist, also ohne Angst, wegen ihrer Erzählungen nicht ernst genommen zu werden: *„Ich habe bei vielen Schulmedizinern wirklich das Gefühl, nur ihre Seite ist richtig und das andre ist alles Humbug und*

Quatsch und Gefühlsduselei oder sonst irgendwas“ (W12/973–980). Und noch einmal anders betrachtet: „Bei den Homöopathen habe ich jetzt die Erfahrung gemacht, dass die irgendwie einen anderen Umgang mit Menschen haben. Dass die freundlicher, mehr zugewandt sind, eher ganzheitlich denken. Und bei Schulmedizinern habe ich schon manchmal die Erfahrung gemacht, dass die fachlich oft gut sind, aber menschlich eben nicht so das Händchen haben so im Umgang mit den Patienten“ (W11/492–506).

Die Stabilität der Beziehung zwischen den Interviewten und ihren ärztlichen Homöopathen/innen erlaubt nun, und das sei hier als letzter relevanter Befund berichtet, die Hinnahme bis Wertschätzung einer außerordentlich paternalistischen ärztlichen Rolle. „Stimmt“ die Beziehung, so scheint ärztliches Handeln ohne Rückfragen und Rückversicherungen stattzufinden, d.h. Patienten/innen scheinen dann offenkundig die therapeutischen Empfehlungen unhinterfragt ihrem/r Homöopathen/in zu überlassen: *„Nein, wenn sie sagt, es ist jetzt notwendig, dann ist es jetzt notwendig und nichts anderes. Und das ist denk ich daraus entstanden, einfach aus diesem, aus dieser sehr guten, ja aus diesen Gesprächen heraus, aus dem, weil sie genau gefragt hat, warum zu ihr und wieso was ich für einen Weg will und war mir wichtig ist. Und deswegen weiß sie ganz genau, was ich möchte, und genau so setzt sie das auch um. Und das ist das Schöne bei ihr“ (W601–629).*

Von der Homöopathie lernen?

Es gibt Stimmen, die für eine Integration von sogenannter Schulmedizin und sogenannter Alternativmedizin plädieren; medizinische Fakultäten bieten weltweit zum Teil entsprechende Unterrichtseinheiten an [5]. Wenn der Ausgangspunkt aller Überlegungen die Frage nach dem Nachweis des Nutzens und des Schadens von Behandlungsansätzen ist, dann ist zunächst festzustellen, dass es für den Einsatz der homöopathischen Medikamente trotz jahrzehntelanger Bemühungen keine über Placeboeffekte hinausgehenden positiven Belege gegeben hat [6]. Man müsste also das Fundament der wissenschaftlichen Medizin verlassen, um nach wie vor die Gabe von homöopathischen Medikamenten in-

nerhalb der naturwissenschaftlichen Logik zu rechtfertigen.

Es bleibt das Argument, die Medizin sei ja insgesamt auf den Einsatz von Placebos angewiesen. Dies ist eine komplexe Debatte, bei der nicht immer deutlich genug zwischen Placebo als Scheinpräparat und Placeboeffekten unterschieden wird [7]. Hier soll der Hinweis genügen, dass aus ethischer und juristischer Sicht die Gabe von Placebo-Medikamenten nur zu rechtfertigen ist, wenn Patientinnen und Patienten darauf hingewiesen werden, dass das rezeptierte Medikament nach wissenschaftlicher Überzeugung keinen spezifischen Nutzen verspricht, wie Boozang frühzeitig im Kontext der Alternativmedizin-Debatte dargelegt hat [8]. Genau dies findet im Lehrgebäude der Homöopathie aber keinen Platz, weil sie trotz fehlender naturwissenschaftlicher Nachweise von einer spezifischen Wirksamkeit ausgeht. Weiter ist zu fragen, ob die homöopathische Erstanamnese ein Vorbild für die Allgemeinmedizin sein kann. Evaluationen dieses Verfahrens sind nicht vorhanden, sodass die prinzipielle Frage bleibt, ob diese Form der Gesprächsführung besser als andere Techniken der patientenzentrierten Anamnese sicherstellen kann, dass Patientinnen und Patienten sich ernst genommen fühlen und ihre Krankheitsgeschichte ungestört und primär unkommentiert berichten können. Dies ist nicht plausibel, wäre aber möglicherweise noch einmal ein interessanter Gegenstand einer Studie.

Problematisch erscheint demgegenüber das Versprechen, über den mit der Erstanamnese initiierten Suchprozess immer das richtige Medikament finden zu können. Dies könnte zwar eines der Geheimnisse der Homöopathie sein, soweit Patientinnen und Patienten dadurch den Eindruck gewinnen, aktiv an der Entwicklung einer individualisierten Therapie beteiligt zu sein. Das Versprechen ist aber angesichts der Forschungslage zu homöopathischen Medikamenten nicht seriös. Letztlich, und dies völlig unabhängig von der Frage des Nutzens der Homöopathie ist die entscheidende Frage, wie sich in der ärztlichen Sozialisation, vor allem auch in der Weiterbildung zur Allgemeinmedizin die von offenbar vielen Kranken vermissten kommunikativen Kompetenzen erwerben lassen und sich nach ihrem Erwerb im Versorgungsalltag be-

währen können. Die Forschungslage zur Inanspruchnahme der Homöopathie sollte insofern ein Ansporn sein, die immer wieder berichtete Kritik von Patientinnen und Patienten an fehlender Empathie ihrer Behandlerinnen und Behandler ernst zu nehmen.

Das Rad neu erfinden?

Zunächst ist festzuhalten, dass von der Notwendigkeit des Erwerbs kommunikativer Kompetenzen und einer empathischen Grundhaltung seit Jahrzehnten gesprochen und dazu auch geforscht wird [9–12]. Eine nachgewiesene effektive Methode für die Verbesserung von Kommunikation ist das sogenannte „aktive Zuhören“ [13]. Dabei handelt es sich um eine Technik, die es dem Zuhörer/der Zuhörerin erleichtert, einem Gespräch zu folgen, ohne unaufmerksam zu werden und, die gleichzeitig dem/der Sprechenden deutlich macht, dass er/sie gehört wird. Wichtig ist dabei nicht zuletzt, ungeteilte Aufmerksamkeit anzubieten. Wer in Papieren raschelt oder mit dem Kugelschreiber spielt oder permanent in den Bildschirm des Computers schaut, während Kranke über körperliche oder seelische Probleme berichten, sendet das Signal aus, dass das Berichtete nicht wirklich interessiert. Bereits seit langem werden Seminare zur Verbesserung der Kommunikation durch aktives Zuhören speziell für den hausärztlichen Bereich angeboten [14].

Möglicherweise wird aber doch die Bedeutung einer gelingenden Kommunikation in der Schulmedizin immer noch unterschätzt. Mit Blick auf den häufig angestellten Vergleich zwischen homöopathischen und allopathischen Ärztinnen und Ärzten prägen Ernst et al. hierzu die Formel: „To put it wryly: if all else fails, talk to your patient“ [15: 119].

Nun bietet die in der Homöopathie übliche Interviewsystematik einen Rahmen für die Einbeziehung der Wahrnehmung der Kranken und darüber hinaus die Möglichkeit für diese, sich als aktive Partnerinnen und Partner zu erleben. Etwas Vergleichbares existiert im Bereich der Schulmedizin nicht, jedenfalls nicht systematisch, obwohl es zu diesem Konzept auch in der „Schulmedizin“ empirische Untersuchungen gibt. So ist es z.B. in der Behandlung von Migränapatien-

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke ...

... ist Hochschullehrer am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen. Von 2003 bis 2010 leitete er die Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung in Bremen (www.akhg.uni-bremen.de). Er ist stellvertretendes unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.

ten/innen nicht unüblich, dass die Patientinnen und Patienten ein Migränetagebuch führen [16]. Über dieses Tagebuch lernen nicht nur die Betroffenen sich selber besser kennen, sondern auch der Arzt/die Ärztin erfährt mehr über den Menschen, den er/sie behandelt.

Eine weitere wichtige Frage betrifft Aspekte des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Überzeugung und Patientenpräferenzen. Hier kann die Allgemeinmedizin im Falle unvereinbar erscheinender Vorstellungen von angemessener Medizin mit Problemen konfrontiert werden, welche die Homöopathie aufgrund der inhärent „harmonischen“ Beziehung im Regelfall nicht kennt. Wichtig festzuhalten ist: Auch wenn im Falle divergierender Wertevorstellungen oder Annahmen über Ursachen und Zusammenhänge der Krankheitsentstehung keine Einigung auf gemeinsame Vorstellungen möglich ist, ist eine akzeptierende und respektierende Haltung notwendig. Aus der Forschung zum Umgang mit anderen Vorstellungen von Krankheit und Heilung ist bekannt, dass es möglich ist, andere Vorstellungen angemessen zu berücksichtigen [17]. In diesem Zusammenhang gewinnt die noch nicht publizierte RCT zum Bilanzierungsdialog besondere Bedeutung [18, 19], weil hier nach dem Nutzen von individuellen Therapievereinbarungen gefragt wird.

Hermeneutisches Fallverständnis

Wohl immer noch gilt es zu verdeutlichen, dass für Kranke das „Kranksein“ der primäre Bezugspunkt ist, während für Professionelle dies die diagnostizierte Krankheit ist. Kleinman et al. haben

vor fast 40 Jahren mit ihrem anthropologischen Ansatz argumentiert, dass das systematische Ignorieren des Krankseins maßgeblich für die häufig beklagte sogenannte Non-Compliance und eine Unzufriedenheit von Patientinnen und Patienten mit der Gesundheitsversorgung verantwortlich ist [20].

Berührt wird mit der hier diskutierten Thematik somit letztlich die Frage nach bisherigen und zukünftigen Rollen von Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen. Ging es in der Vergangenheit um eine tendenziell passive Patientenrolle im Verhältnis zu einer tendenziell heilenden Rolle von Ärzten/Ärztinnen, so ist von einem Wandel auszugehen hin zu einer aktiveren Patienten- und Patientinnenrolle verbunden mit ärztlicher Information, Beratung und kontinuierlicher Begleitung unter Berücksichtigung der Individualität der Patienten und Patientinnen. Ein dieserart gestalteter Wandel, der nachhaltig auf Veränderungen ärztlicher wie patientenseitiger Rollen im Kontext des Versorgungssystems abzielt, bedarf auf ärztlicher Seite – im Rahmen von Studium, Fort- und Weiterbildung – Räumen zur Auseinandersetzung mit ärztlichem Selbstverständnis. Von grundlegender Bedeutung erscheint insoweit vor allem die Beförderung eines hermeneutischen (Fall-)Verstehens, worauf auch im Rahmen der Fachdefinitionen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin hingewiesen wird [21].

Ein immer wieder diskutierter Punkt im Zusammenhang mit der Forderung nach systematischer Beachtung der Patientenperspektive ist schließlich das Thema Zeit. Es wird durchgängig argumentiert, dass restriktive Zeitbudgets eine entscheidende Hürde darstellen [22]. Eine großzügigere Bemessung der Kon-

sultationszeit in Eröffnungs- und Bilanzierungssituationen führt in der Gesamtbilanz nun aber eher zu einem geringeren, „schlimmstenfalls“ jedoch ähnlichen Zeitaufwand durch kurze, dafür aber zahlreichere Besuche [23]. Die Befürchtung, dass das Ausredenlassen der Patientinnen und Patienten zu Beginn einer Konsultation zu längeren Gesamtkonsultationszeiten führt, ist bislang nicht bestätigt worden [24]. Der Zeitrahmen, den Ärzte und Ärztinnen in Deutschland ihren Patientinnen und Patienten in einer Konsultation zur Verfügung stellen, ist im Vergleich mit fünf anderen europäischen Ländern der niedrigste, während die Besuchsfrequenz die höchste ist [24]. Diese Befunde erreichen die Debatten um die Reformen der Praxis nicht in ausreichendem Maße.

Die anhaltende Beliebtheit der Homöopathie, so lautet die Kernthese, verweist auf die Notwendigkeit, auch in der Allgemeinmedizin, welche sich eine ganzheitliche Betrachtung ihrer Patientinnen und Patienten zurechnet, die Entwicklung und Stabilisierung einer empathischen, patientenzentrierten Grundhaltung als fortwährende Aufgabe zu begreifen. Diese Quintessenz findet ihre Entsprechung in jahrzehntelanger Forschung [4] und wirkt nur auf den ersten Blick trivial. Eine vertiefte Betrachtung zeigt, dass es um einen komplexen kulturellen Wandel geht, der im Falle der Allgemeinmedizin die Neufindung von Primary Care von der Makro- bis zur Mikroebene erfordert. Angesprochen ist somit nicht allein die Ebene des Trainings kommunikativer Kompetenzen [25], sondern neben der fortwährenden Reflexion des Arzt- und Ärztinnenbildes auch die Förderung eines modernen Konzeptes von Primary Care [26, 27].

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke
Marsel 48
28179 Bremen
01520 8987285
schmacke@uni-bremen.de

Literatur

1. Linde K, Alschner A, Friedrichs C, Joos S, Schneider A. Die Verwendung von Naturheilverfahren, komplementären und alternativen Therapien in Deutschland – eine systematische Übersicht bundesweiter Erhebungen. *Forsch Komplementärmed* 2014; 21: 111–118
2. Ernst E, Hung SK. Great expectations. What do patients using complementary and alternative medicine hope for? *Patient* 2011; 4: 89–101
3. Schmacke N, Müller V, Stamer M. What is it about homeopathy that patients value? And what can family medicine learn from this? *Qual Prim Care* 2014; 22: 17–24 (der vollständige Abschlussbericht des Projektes findet sich unter <http://www.akeg.uni-bremen.de/pages/arbeitspapiere.php?SPRACHE=de>, letzter Aufruf am 12.05.2014)
4. Marnocha M. What truly matters: relationships and primary care. *Ann Fam Med* 2009; 7: 196–197
5. Brinkhaus B, Joos S, Lindner M, et al. Integration of complementary and alternative medicine into German medical school curricula – contradictions between the opinions of decision makers and the status quo. *Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd* 2005; 12: 139–43
6. Ernst E. Homeopathy: what does the “best” evidence tell us? *MJA* 2010; 192: 458–460
7. Windeler J. Placebo-Effekte. *ZaefQ* 2007; 101: 307–31
8. Boozang KM. Western medicine opens the door to alternative medicine. *Am J Law Med* 1998; 24: 185–212
9. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. *J Am Med Assoc* 1997; 277: 350–356
10. Reinders ME, Ryan BL, Blankenstein AH, van der Horst HE, Stewart MA, van Marwijk HW. The effect of patient feedback on physicians’ consultation skills: a systematic review. *Acad Med* 2011; 11: 1426–1436
11. Cegala DJ, Lenzmeier Broz S. Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. *Medical Education* 2002; 36: 1004–1016
12. Delbanco TL. Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patients’ perspective. *Ann Intern Med* 1992; 116: 414–418
13. Rogers C. Die nicht direktive Beratung. 12. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch-Verlag, 2007 (Originaltitel: *Counselling and Psychotherapy*. Boston 1942)
14. Breder C. Aktiv zuhören und effektiv informieren. *Dtsch Arztebl* 2001; 98: A1728
15. Ernst E, Resch K, Hill S. Do complementary practitioners have a better bedside manner than physicians? *JRSM* 1997; 90: 118–9
16. Giffin NJ, Ruggiero L, Lipton RB, et al. Premonitory symptoms in migraine: an electronic diary study. *Neurology* 2003; 60: 935–40
17. Borde T, Albrecht N. Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder. Frankfurt am Main: IKO, 2007
18. Bahrs O. Bilanzierungsdialog. Eine Chance zur Förderung von Ressourcenorientierung in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten. *GGW* 2011; 11: 7–15
19. Bahrs O, Abholz HH, Bureick G, et al. Setting gestalten, Erzählungen initiieren, Auftrag klären, Ziele vereinbaren – Erfahrungen mit der Fortbildung zum hausärztlichen „Bilanzierungsdialog“. *Z Allg Med* 2012; 88 (S1): 50–51
20. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Focus* 2006; 4: 140–9 (Nachdruck der Originalveröffentlichung aus *Annals of Internal Medicine* 1978; 88: 251–258, verfügbar unter: <http://focus.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=50511>, letzter Aufruf am 27.5.2014)
21. www.degam.de/fachdefinition.html (letzter Aufruf am 27.5.2014)
22. Hartog CS. Elements of effective communication – rediscoveries from homeopathy. *Patient Educ Couns* 2009; 77: 172–178
23. Bahrs O. Mein Hausarzt hat Zeit für mich. Wunsch und Wirklichkeit. Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. *GGW* 2003; 3: 17–23
24. Wilm S, Knauf A, Peters T, Bahrs O. Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn einer Konsultation? *Z Allg Med* 2004; 80: 53–57
25. Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJ, Anema JR, van der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Pat Educ and Couns* 2011; 84: 152–163
26. Stange KC, Nutting PA, Miller WL, et al. Defining and measuring the patient-centered Medical Home. *J Gen Intern Med* 2010; 25: 601–612
27. Wagner EH, Bennett SM, Austin BT, Greene SM, Schaefer JK, von Korff M. Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. *J Altern Complement Med* 2005; 11: S7–S15

48. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin in Hamburg

Allgemeinmedizin: Spezialisiert auf den ganzen Menschen.

- Klinische Herausforderungen in der Allgemeinmedizin
- Kommunikation und klinische Untersuchung von Kopf bis Fuß
- Therapie: innovativ UND evidenzbasiert
- Allgemeinmedizin als Fach weiterentwickeln
- Nachwuchs gewinnen durch Aus- und Weiterbildung

Programm, Information & Anmeldung: www.degam2014.de

18. - 20. September 2014 in Hamburg



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf