

Behandlungsbezogene Einstellungen und Behandlungsmotivation bei Patienten zweier komplementärmedizinischer Kliniken

Irene Gießler^a Marc Wittmann^b Ulla Mitzdorf^a

^a Institut für Medizinische Psychologie, Ludwig-Maximilians-Universität, München,

^b Generation Research Program Bad Tölz, Humanwissenschaftliches Zentrum, Ludwig-Maximilians-Universität, München, Deutschland

Schlüsselwörter

Komplementärmedizin · Einstellungen · Behandlungsmotivation

Zusammenfassung

Hintergrund: Die zunehmende Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Therapien lässt auf einen Einstellungswandel bezüglich des Behandlungsverständnisses schließen. **Fragestellung:** Untersuchung der Rolle von Einstellungen bei der Motivation für komplementärmedizinische Behandlung: (1) Lässt sich die Untersuchungsstichprobe hinsichtlich behandlungsbezogener Einstellungen in homogene Gruppen aufteilen? (2) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den in Frage (1) identifizierten Einstellungsgruppen und motivationalen Variablen? **Patienten und Methode:** Das Datenmaterial bestand aus vier Fragebögen, die 203 Patienten in zwei komplementärmedizinischen Kliniken vorgelegt wurden. Zur Differenzierung der Einstellungsstruktur wurde eine Clusteranalyse über drei Einstellungsskalen durchgeführt. Die Interpretation motivationaler Aspekte erfolgte auf der Grundlage des Arbeitsmodells von Petry, der den Motivationsprozess anhand von drei Motivationsdimensionen (Behandlungsdisposition, Behandlungsbereitschaft, Behandlungsaktivität) beschreibt. **Ergebnisse:** Drei Einstellungsgruppen konnten identifiziert werden: «Nicht-Überzeugte» (Cluster 1, n = 24) zeigten eine geringe Überzeugung in Bezug auf alle komplementärmedizinischen Behandlungsaspekte. «Überzeugte» (Cluster 2, n = 103) gaben in allen drei Skalen eine hohe Zustimmung an, am höchsten in der Skala Patientenrolle. Auch «Teil-Überzeugte» (Cluster 3, n = 70) betonten vor allem die «Patientenrolle»; Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung und der Behandlungsmethode fanden teilweise Zustimmung. Bei allen Clustern spielten die pragmatischen Behandlungsmotive (Behandlungsbereitschaft) bei der Behandlungswahl eine zentrale Rolle, bei Cluster 2 am stärksten. Gegenüber Cluster 1 ist bei den Patienten der Cluster 2 und 3 das komplementärmedizinische Behandlungsverständnis (Behandlungsdisposition) stärker ausgeprägt, bei Cluster 2 am höchsten. **Diskussion:** Auch wenn bei allen Einstellungsgruppen die pragmatischen Behandlungsmotive stark ausgeprägt sind, wird die zentrale Rolle der behandlungsbezogenen Einstellungen im Motivationsprozess bestätigt. Trotz unterschiedlicher Einstellungsstruktur vertritt die Mehrheit der Patienten ein komplementärmedizinisches Behandlungsverständnis.

Key Words

Complementary medicine · Attitudes · Treatment motivation

Summary

Patient Attitudes toward Treatment and Motivation for Inpatient Treatment in Two Clinics for Complementary Medicine

Background: The increasing demand for complementary medicine indicates a change in attitudes regarding treatment understanding. **Objectives:** To investigate the role of attitudes in treatment motivation. (1) Can the study sample be subdivided into homogenous groups as regards attitudes toward complementary treatment? (2) How do these groups relate to motivational variables? **Patients and Methods:** Four questionnaires on motivation and attitudes were administered to 203 patients of two clinics for complementary medicine. Results were interpreted following Petry's motivational process model that distinguishes treatment disposition, preparedness for treatment and treatment activity. **Results:** According to a cluster analysis, 3 patient groups could be identified: 'Not-convinced' patients (cluster 1, n = 24) demonstrated little conviction regarding any aspect of complementary treatment. 'Convinced' patients (cluster 2, n = 103) showed a high degree of agreement on all three scales, being highest on 'Role of patient'. 'Partially-convinced' patients (cluster 3, n = 70) also evaluated 'Role of patient' highest, but aspects of the 'Physician-patient relationship' and the 'Treatment method' were only partly regarded as important. In all clusters, the pragmatic motive of treatment acceptance was central for the treatment choice, but was highest in cluster 2. As compared to cluster 1, a complementary treatment understanding was higher in patients of clusters 2 and 3 (highest in cluster 2). **Discussion:** Even if the pragmatic treatment motivation was high in all groups, the central role of treatment attitudes in the motivational process could be verified. Despite differing attitude structures, a majority of patients displayed a complementary treatment comprehension.

Einleitung

Parallel zu deutlichen Verbesserungen im Gesundheitssystem und beeindruckenden Erfolgen der Schulmedizin werden in Deutschland und anderen europäischen Ländern viele Patienten immer unzufriedener und kritischer mit der herkömmlichen medizinischen Versorgung. Als Gründe für die Unzufriedenheit mit der Schulmedizin werden meistens die häufig erfolglose Behandlung chronischer Krankheiten, die zunehmend technisierte Apparatemedizin, die Verabreichung von Pharmaka sowie die unzureichende Arzt-Patient-Beziehung genannt [1–5]. In den letzten Jahrzehnten haben Naturheilverfahren sowohl in der Bevölkerung als auch in Fachkreisen grosse Aufmerksamkeit und positive Bewertung erfahren. Die zunehmende Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Leistungen ist in zahlreichen nationalen und internationalen Studien untersucht und bestätigt worden [5–7]. Sie lässt auf einen tiefer gehenden Einstellungswandel bei den Patienten schliessen. In der Regel sind komplementärmedizinische Verfahren nicht nur alternative Behandlungsformen, sondern beinhalten auch eine spezielle Sichtweise von Krankheit und Gesundheit. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Auffassung von Gesundheit und Krankheit in der Komplementärmedizin von einem ganzheitlicheren Menschen- und Weltbild ausgeht, welches das Behandlungsverständnis anders definiert. Letzteres bezieht sich vor allem auf das Arzt-Patient-Verhältnis, das Selbstverständnis als Patient und die Art der Behandlungsmethode.

Mittlerweile wurden zahlreiche Untersuchungen über die Motive und Einstellungen von Patienten, die komplementärmedizinische Verfahren in Anspruch nehmen, durchgeführt. In Vergleichsstudien [8–11] zeigten sich deutliche Unterschiede bei den behandlungsbezogenen Einstellungen schulmedizinisch und komplementärmedizinisch behandelter Patienten. Ein Teil der Studien [1, 9, 11–15] belegt, dass die hohe Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Methoden in erster Linie die Folge wachsender Unzufriedenheit mit dem schulmedizinischen Versorgungssystem ist. Andere Untersuchungen [1, 4, 16, 17] führen diese eher auf einen grundlegenden Einstellungswandel hin zu einem ganzheitlicheren Krankheits- und Behandlungsverständnis zurück. Wenige Untersuchungen befassten sich bislang damit, inwieweit die Einstellungsstruktur komplementärmedizinisch behandelter Patienten in sich einheitlich ist oder nicht. Deshalb liegt der Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung auf den behandlungsbezogenen Einstellungen und deren Rolle bei der initialen Motivationsbildung für stationäre Behandlungen. Da bisherige Untersuchungen meistens eine theoretische Fundierung fehlte [1, 4, 6, 8–11, 16, 18–21], verwendeten wir zur Beschreibung und Interpretation motivationaler Aspekte das prozessorientierte Arbeitsmodell von Petry [22]. Dieses Modell hat sich bereits in der Suchtforschung [22, 23] und medizinischen Rehabilitation [24] bewährt und wurde hier erstmals auf spezielle Merkmale der Behandlungsmotivation komplementärmedizinischer Patienten übertragen.

Motivationsmodell

Petry [22] beschreibt den Motivationsprozess anhand von drei Dimensionen: Die *Behandlungsdisposition* wird im Rahmen des kognitionspsychologischen Ansatzes als differenzierbare stabile Einstellungs- und Erwartungsstruktur definiert, welche als Resultat der subjektiven Verarbeitung der Krankheitsentwicklung begriffen wird. Die *Behandlungsbereitschaft* wird im engeren Sinne als prozessuale Therapiemotivation in Form eines intrapsychischen Zustands (z.B. Leidensdruck) verstanden, der für eine Behandlung zu einem gegebenen Zeitpunkt empfänglich macht (pragmatische, situative Behandlungsmotive). Die *Behandlungsaktivität* gilt als behavioraler Aspekt der Behandlungsmotivation und bezeichnet das von aussen beobachtbare Verhalten bei der Suche, Auswahl und Durchführung vorhandener Behandlungsmöglichkeiten. Die Behandlungsaktivität ist durch die *Behandlungsakzeptanz* und die *Behandlungspersistenz* bestimmt: Die Behandlungsakzeptanz wird als die Akzeptanz der Behandlungsangebote verstanden, die Behandlungspersistenz beschreibt die Ausdauer, mit der ein Behandlungsangebot genutzt wird.

Mit diesem Arbeitsschema kann die prozessuale Entwicklung der Behandlungsmotivation erfasst werden. Wesentliche Phasen der Motivationsbildung wie die Motivationsgenese (Behandlungsdisposition), Selektionsmotivation (Behandlungsbereitschaft) und Realisierungsmotivation (Behandlungsaktivität) werden dabei gleichermassen berücksichtigt. Dadurch kann nicht nur der Entscheidungsprozess vor Aufnahme einer Behandlung anhand von Behandlungsdisposition und Behandlungsbereitschaft erfasst werden, sondern auch die Behandlungsaktivität, durch welche die Entscheidung in eine Handlung umgesetzt wird [25]. Diese drei Motivationsdimensionen sind nicht als unabhängige Einheiten aufzufassen, sondern weisen enge Wechselwirkungen auf. Die oben genannten Definitionen der drei Motivationsdimensionen wurden auf die speziellen Aspekte der komplementärmedizinischen Behandlungsmotivation übertragen. Zu diesem Zweck wurden die erhobenen Motivationsvariablen den drei Motivationsdimensionen zugeordnet und in Unterkategorien gruppiert. Eine besondere Bedeutung ist hierbei der Kategorie der «Einstellungen» auf der Dimension Behandlungsdisposition beizumessen, da viele Autoren annehmen, dass insbesondere das komplementärmedizinische Glaubens- und Wertesystem für die Behandlungswahl ausschlaggebend ist [1, 4, 16, 17, 20, 26]. Die behandlungsbezogenen Einstellungen beinhalten drei wesentliche Aspekte des Behandlungsverständnisses, welche sich aus Leitsätzen des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses komplementärmedizinischer Verfahren [27] und empirischen Gesichtspunkten ableiten lassen: die «eigenverantwortliche Patientenrolle», die «Arzt-Patient-Beziehung» und die Art der «Behandlungsmethode». Mithilfe einer Clusteranalyse soll eine Differenzierung der behandlungsbezogenen Einstellungen vorgenommen werden.

Patienten und Methoden

Die vorliegende Untersuchung basiert auf dem Datenmaterial einer grösser angelegten Studie zur «Ermittlung der motivationalen Einflussfaktoren und psychologischen Therapieauswirkungen bei Patienten, die sich in komplementärmedizinische Kliniken begeben». Diese Studie war ein Gemeinschaftsprojekt des Instituts für Medizinische Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München und des Zentrums für naturheilkundliche Forschung der Technischen Universität München.

Patienten und Kliniken

An zwei komplementärmedizinischen Kliniken, der «Klinik für Traditionelle Chinesische Medizin» in Kötzing (n = 102) und der «Spezialklinik Höhenkirchen» bei München (n = 101) wurden von 1993 bis 1994 Daten an insgesamt 203 Patienten erhoben. Die Stichproben waren unausgelenkt und konsekutiv, d.h. jeder neu aufgenommene Patient wurde gebeten, an der Studie teilzunehmen. Zuvor wurde auf den Studienzweck und die Anonymität hingewiesen [vgl. 28–30].

Die Klinik für Traditionelle Chinesische Medizin ist die erste Klinik für Chinesische Medizin in Deutschland. Das Therapiekonzept umfasst chinesische Therapieformen wie Akupunktur, chinesische Arzneimitteltherapie, Tuina-Massage, Qigong und Diätetik. Aufgenommen wurden Patienten mit folgenden Indikationen: Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Migräne/Kopfschmerzen, HNO-Erkrankungen, respiratorische Erkrankungen, vegetative Erschöpfungszustände und Schlafstörungen, Neuralgien, Neuropathien und Neuritiden sowie gastroenterologische Erkrankungen.

In der Spezialklinik für Naturheilverfahren «Höhenkirchen» wird ein breites Spektrum komplementärmedizinischer Verfahren angewandt, welches Heilfasten, Homöopathie, Phytotherapie, Akupunktur, Psychotherapie und Entspannungsverfahren umfasst. Daneben kommen je nach Indikation schulmedizinische Methoden bzw. weitere komplementärmedizinische Verfahren wie Neuraltherapie, Fiebertherapie, Eigenbluttherapie, Misteltherapie, externe Meersalzbehandlung, UV-Bestrahlung oder Krankengymnastik zur Anwendung. Behandlungsindikationen waren vor allem Neurodermitis, Psoriasis, Allergien und immunologisch bedingte Erkrankungen, ernährungsbedingte internistische Erkrankungen, Vor- und Nachsorge bei Krebserkrankungen, rheumatische Erkrankungen, erhöhte Infektanfälligkeit und psychosomatische Syndrome.

Beide Kliniken wurden zum Zeitpunkt der Studie privat betrieben und verfügten jeweils über zirka 75 Betten. Die Behandlungsdauer betrug, je nach individuellem Verlauf, 4–6 Wochen, die Behandlungskosten wurden bei beiden Kliniken von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Fragebögen

Das Studienteam des Instituts für Medizinische Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität entwickelte auf der Grundlage des an zwei komplementärmedizinischen Kliniken erhobenen Datenmaterials vier Fragebögen, die die Motivation im Verlauf erfassen sollten [29]. In der vorliegenden Untersuchung wurden davon drei Fragebögen herangezogen: ein Aufnahmebogen (Fragebogen 1) bei Klinikaufnahme; der Verlaufsfragebogen (Fragebogen 3) bei Klinikentlassung; Fragebogen 4 sechs Monate nach Entlassung. Darüber hinaus wurde bei Klinikaufnahme der HLOC (Health Locus of Control [31, 21]), ein standardisierter Fragebogen eingesetzt.

Fragebogen 1 beinhaltet 47 selbst konzipierte Fragen mit insgesamt 302 Unterfragen zu folgenden Themen:

- Person, Familienstand, Haushalt, Bildungsstand, Berufstätigkeit, Krankenversicherung und Klinikkostenübernahme,
- Gruppenzugehörigkeit und Religion,
- Erkrankung und deren Ursachen,
- Einstellung gegenüber der bevorstehenden Behandlung,
- Gründe für diese Form der Behandlung,

- häusliche Situation vor Aufnahme in die Klinik,
- Wissen und Erfahrung mit Komplementärmedizin und komplementärmedizinisch orientierten Ärzten/Heilpraktikern,
- Erfahrung mit Schulmedizin und schulmedizinischen Ärzten,
- Gesundheitseinstellung und Gesundheitsbewusstsein.

Der *HLOC* erfasst anhand von zwei Subskalen mit insgesamt 20 Items gesundheitliche Kontrollüberzeugungen. Die Subskala «Internale Überzeugung» misst mit 10 Items, inwieweit der Glaube besteht, den Krankheitsverlauf selbst bestimmen zu können. Die «externale» Subskala (2 Unterskalen) erfasst die Überzeugung, dass die Krankheit und ihr Verlauf entweder durch mächtige andere Personen oder durch das Schicksal bestimmt werden. Der Wertebereich bewegt sich für die «internale» Subskala und für beide Unterskalen der «externalen» Subskala jeweils zwischen 1 (völlig falsch) und 6 (völlig richtig).

Fragebogen 3 enthält 17 Fragen nach Veränderungen des Gesundheitszustandes, Einschätzungen der Therapien und Ärzte und allgemeinen Bewertungen von Komplementär- und Schulmedizin.

Fragebogen 4 enthält ebenfalls 17 Items und fragt noch einmal nach Veränderungen des Gesundheitszustands, Auswirkungen des Klinikaufenthalts, zwischenzeitlich erfolgten oder geplanten komplementär- oder schulmedizinischen Therapien sowie Erkenntnissen und Einstellungsänderungen aufgrund des Klinikaufenthalts.

Aus dem verwendeten Fragebogenmaterial wurden einzelne Items und Skalen den Motivationsdimensionen von Petry zugeordnet und in Unterkategorien zusammengefasst. Es wurden nur diejenigen Items und Skalen verwendet, die inhaltlich den von Petry definierten Motivationsdimensionen klar zuzuordnen waren. Dies traf für zirka 60% der Items zu. Dadurch wurde gewährleistet, dass die Items und Skalen diese spezifizierten Kategorien für komplementärmedizinische Behandlungsmotivation gut abbilden. Die Daten der Motivationsdimensionen «Behandlungsdisposition» und «Behandlungsbereitschaft» basierten auf dem Aufnahmebogen (Fragebogen 1) und dem *HLOC*. Die beiden Verlaufsfragebögen 3 und 4 bildeten die Datengrundlage für die «Behandlungsaktivität». Eine Ausnahme bildete Item 34 (Informationsverhalten) von Fragebogen 1, das aus inhaltlichen Gründen der «Behandlungsaktivität» zugeordnet wurde.

Behandlungsdisposition

Die *Behandlungsdisposition* umfasst behandlungs-, gesundheits- und krankheitsbezogene Einstellungen sowie Behandlungserwartungen.

Die behandlungsbezogenen Einstellungen wurden durch drei aus Fragebogen 1 gebildete Skalen erfasst:

Skala 1 «*Rolle als Patient*» enthält 2 Items, die ein eigenverantwortliches Rollenverständnis als Patient im Behandlungsprozess beschreiben, z.B. «weil ich hoffe, dadurch besser mit meiner Erkrankung umgehen und leben zu können».

Skala 2 «*Arzt-Patient-Beziehung*» beinhaltet 4 Items, die Aspekte einer partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung beschreiben, die auf Verständnis und Einbeziehung der Interessen der Patienten ausgerichtet ist, z.B. «weil sich diese Ärzte Zeit für mich nehmen und sehr geduldig sind».

Skala 3 «*Behandlungsmethode*» enthält 7 Items, die Faktoren der ganzheitlichen Methodik komplementärmedizinischer Ansätze beschreiben, z.B. «weil nicht nur die Krankheit behandelt wird, sondern der ganze Mensch dabei berücksichtigt wird».

Die *Einstellung zu Gesundheit und Krankheit* wurde durch gesundheitliche Kontrollüberzeugungen (*HLOC*), Gesundheitsverhalten wie Ernährungs- und Vorsorgeverhalten oder Genussmittel- und Drogenkonsum erfasst.

Das *Krankheitsverständnis* beinhaltet 1 Frage nach den vermuteten Krankheitsursachen, z.B. «psychische Belastung» oder «genetische Vorbelastung» sowie 1 Frage nach dem Einfluss verschiedener Alltagsbelastungen wie z.B. «Arbeitsbelastung».

Die *Behandlungserwartungen* beziehen sich einerseits auf den stark erhofften Behandlungserfolg sowie auf weitere Erwartungen wie z.B. «weniger Medikamente einnehmen müssen» oder «Information und Anregung für eine gesündere Lebensführung».

Tab. 1. Clusterzentren der endgültigen Lösung (Wertebereich von -1 bis +2)

	Cluster 1 (n = 24) Nicht-Überzeugte	Cluster 3 (n = 70) Teil-Überzeugte	Cluster 2 (n = 103) Überzeugte
Rolle als Patient	0,23	1,49	1,89
Arzt-Patient-Beziehung	0,30	0,61	1,55
Behandlungsmethode	0,42	0,93	1,47

Behandlungsbereitschaft

Die Behandlungsbereitschaft wird durch die Variablen Krankheitsgeschichte, Behandlungserfahrungen, akute Behandlungsgründe und Rolle der Stressbelastung vor der stationären Behandlung erfasst.

Die Variable *Krankheitsgeschichte* setzt sich aus der Diagnose und der Krankheitsdauer zusammen.

Die *Behandlungserfahrungen* beziehen sich auf frühere stationäre und ambulante Therapien (schulmedizinisch und/oder komplementärmedizinisch). Dabei sollten die Patienten auch den Behandlungserfolg und die Qualität der Behandlungen, vor allem in Bezug auf die Arzt-Patient-Beziehung bewerten. Neben der allgemeinen Frage nach Erfahrungen mit schulmedizinischen Ärzten wurden 7 praktische Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung «Pragmatisches», z.B. «Wie wurden Sie über Ihre Erkrankung und Therapie aufgeklärt/informiert?», und 4 Beziehungsaspekte der Arzt-Patient-Beziehung, z.B. «Wie sind die Ärzte auf Ihre Probleme eingegangen?», getrennt zusammengefasst. Die Patienten wurden auch befragt, inwieweit negative Erfahrungen mit schulmedizinischen Ärzten und Methoden zur Wahl einer komplementärmedizinischen Behandlung beigetragen hatten.

Darüber hinaus konnten die Patienten weitere *akute Behandlungsgründe* für die stationäre Behandlung (z.B. Krankheitsverschlimmerung) angeben sowie ihre eventuell bestehende *Stressbelastung* vor der Klinikaufnahme beschreiben.

Behandlungsaktivität

Die Behandlungsaktivität wird nach Petry durch die Behandlungsakzeptanz und die Behandlungspersistenz definiert.

Die *Behandlungsakzeptanz* wird anhand des Informationsverhaltens, der Behandlungszufriedenheit und der Bewertung der Klinikerfahrung untersucht. Im Bereich des Informationsverhaltens wurden die Patienten befragt, inwieweit sie sich vor der Behandlung aktiv über komplementärmedizinische Therapiemöglichkeiten informiert hatten. Die Behandlungszufriedenheit wurde einerseits durch die Frage nach einer Verbesserung des Gesundheitszustands direkt nach der Behandlung sowie 6 Monate nach der Behandlung erfasst, andererseits durch eine Einschätzung der Effektivität der angewandten Behandlungsmethoden und der stationären Durchführung der Therapie. Der Fragenkomplex «Wertung der Klinikerfahrung» beinhaltet Items über die Bewertung der Patienten und darüber, was sie eventuell besser an der komplementärmedizinischen Behandlung fanden. Dabei wurden vor allem Aspekte der Behandlungsmethode, des Patientenverständnisses und der Arzt-Patient-Beziehung angesprochen.

Die *Behandlungspersistenz* wird durch die Variablen Auswirkungen des Klinikaufenthaltes auf Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten, Motivation für Weiterbehandlung und Einstellung gegenüber Naturheilverfahren erfasst. 6 Monate nach der Behandlung wurden die Patienten befragt, welche positive Auswirkungen des Klinikaufenthaltes auf den Gesundheitszustand und das -verhalten bestehen, inwieweit sie z.B. Anregungen für ein besseres Gesundheitsverhalten erhalten haben und inwieweit sie einen Zusammenhang zwischen einer Änderung ihres Gesundheitsverhaltens und einer Verbesserung ihres Gesundheitszustands sehen können. Darüber hinaus wurde bei Entlassung und 6 Monate nach der Behandlung nach der Motivation für weiterführende komplementärmedizinische Behandlung und nach der Stabilität der Einstellungen gegenüber der Komplementärmedizin gefragt [vgl. auch 34].

In den Fragebögen 1, 3, und 4 wurden bei den Rangdaten die Werteberei-

che so ausgewählt, dass höhere Werte stets grössere Zustimmung zu dem jeweiligen Item ausdrücken, niedrige bzw. negative Werte sind in entgegengesetzter Richtung zu interpretieren. Alle Prozentangaben beziehen sich auf den Anteil der Patienten, auf den diese Aussage zutrifft.

Auswertung

Zur empirischen Klassifikation der Einstellungsgruppen wurde eine Clusteranalyse (k-means-Methode) berechnet [33]. Die Distanzen wurden unter Verwendung des einfachen euklidischen Abstands berechnet. Diese Methode verlangt die vorherige Festlegung der Clusteranzahl. Nach vorheriger Variation wurde die Anzahl der Cluster auf 3 festgelegt, da diese Clusterlösung inhaltlich am differenziertesten zwischen unterschiedlichen Einstellungstypen unterschied. Bei höheren Clusterlösungen verwischten sich die Unterschiede zwischen den Einstellungsgruppen zunehmend. In Abgrenzung zur 2-Clusterlösung bot die 3-Clusterlösung dagegen einen weiteren klar unterscheidbaren Einstellungstyp dar.

Da unser Untersuchungsschwerpunkt auf der Rolle der behandlungsbezogenen Einstellungen für die komplementärmedizinische Behandlungsmotivation lag, wurden die drei behandlungsbezogenen Einstellungsskalen «Rolle als Patient», «Arzt-Patient-Beziehung» und «Behandlungsmethode» für die Clusteranalyse herangezogen. Diese bilden die komplementärmedizinische Behandlungsideologie zusammenfassend ab. Zur Überprüfung signifikanter Unterschiede zwischen ausgewählten motivationalen Variablen und den Clustern wurden der Kruskal-Wallis-Test, der Mann-Whitney U-Test sowie der Chi-Quadrat-Test angewendet. Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgelegt.

Ergebnisse

Einheitlichkeit der behandlungsbezogenen Einstellungsstruktur

Zur Überprüfung der Frage, inwieweit die untersuchten Patienten eine einheitliche behandlungsbezogene Einstellungsstruktur aufweisen, wurde eine Clusteranalyse über die drei behandlungsbezogenen Einstellungsskalen (Rolle als Patient, Arzt-Patient-Beziehung, Behandlungsmethode) durchgeführt. Tabelle 1 stellt die Clusterzentren dar, die sich inhaltlich als aufschlussreich und gut interpretierbar erwiesen haben. Nach sieben Iterationen wurde das Konvergenzkriterium erreicht. In die Clusterzentrenanalyse gingen 197 von insgesamt 203 Fällen ein. Die Anzahl fehlender Fälle belief sich auf 6. Die Aufteilung der Fälle auf die finalen Cluster war unterschiedlich: Cluster 2 war mit 103 Fällen am stärksten besetzt, während Cluster 1 mit 24 Fällen die geringste Besetzung aufwies. Cluster 3 umfasste 70 Patienten der Gesamtstichprobe.

Cluster 1 «Nicht-Überzeugte» wies die geringsten Werte auf den drei behandlungsbezogenen Einstellungsskalen auf. Die Art der Behandlungsmethode wurde am wichtigsten, die

Tab. 2. Distanz zwischen den Clusterzentren der endgültigen Lösung

	Cluster 1 (n = 24) Nicht-Überzeugte	Cluster 3 (n = 70) Teil-Überzeugte	Cluster 2 (n = 103) Überzeugte
Cluster 1	–	1,391	2,328
Cluster 2	2,328	1,155	–
Cluster 3	1,391	–	1,155

Tab. 3. Verteilung der demographischen Variablen

	Cluster 1 (n = 24) Nicht-Überzeugte %	Cluster 3 (n = 70) Teil-Überzeugte %	Cluster 2 (n = 103) Überzeugte %
<i>Geschlecht</i>			
Männlich	33,3	30,0	27,2
Weiblich	66,7	70,0	72,8
<i>Familienstand</i>			
Partnerverlust	25,0	17,1	15,5
Ledig	20,8	30,0	36,9
Verheiratet	54,2	52,8	47,6
<i>Schulabschluss</i>			
Haupt-/Volksschule	43,5	39,1	37,3
Mittlere Reife	39,1	34,8	35,3
(Fach-)Abitur	4,3	13,0	14,7
<i>Berufsabschluss</i>			
Ohne Abschluss	21,7	14,7	18,8
Berufsschule/Lehre	47,8	54,4	50,0
Meisterschule	17,4	13,2	17,7
Ingenieurschule	4,3	2,9	1,0
Universität	8,7	14,7	12,5
<i>Alter, Jahre</i>			
Mittelwert	45	44	44
Median	50	45	45
Standardabweichung	15	16	16

aktive Patientenrolle am niedrigsten eingestuft. Insgesamt scheinen die komplementärmedizinischen Behandlungsprinzipien bei dieser Patientengruppe keine grosse Rolle zu spielen.

Cluster 2 «Überzeugte» war durch die höchsten Werte auf allen drei Skalen gekennzeichnet und umfasste die Hälfte der Gesamtstichprobe. Diese Patienten legten am stärksten Wert auf eine aktive Patientenrolle. Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung und der Behandlungsmethode befanden sich ebenfalls im oberen Bewertungsbereich. Zusammenfassend scheint die komplementärmedizinische Behandlungsideologie bei diesen Patienten eine wesentliche Rolle zu spielen, insbesondere das eigenverantwortliche Patientenverständnis.

Die Patienten des Clusters 3 «Teil-Überzeugte» betonten, ähnlich wie bei Cluster 2, am stärksten die Bedeutung einer eigenverantwortlichen Patientenrolle. Im Vergleich zu Cluster 2 waren jedoch die Arzt-Patient-Beziehung und die Behandlungsmethode weniger wichtig. Die Behandlungsmethode wurde von den Patienten des Clusters 3 höher bewertet als die

Arzt-Patient-Beziehung. Zusammenfassend lag bei diesen Patienten die Ausprägung der drei behandlungsbezogenen Einstellungsskalen zwischen Cluster 1 und 2.

Tabelle 2 zeigt die euklidischen Distanzen zwischen den finalen Clustern. Die grösste Ähnlichkeit bestand zwischen Cluster 2 und Cluster 3, am unähnlichsten waren sich Cluster 1 und Cluster 2. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Untergruppen der Clusteranalyse auf Messinstrumenten behandlungsbezogener Einstellungen deutlich unterschieden und inhaltlich gut interpretierbar waren.

Zusammenhang zwischen Einstellungsgruppe und motivationalen Variablen

Frage 2 überprüfte die Unterschiede zwischen Behandlungsd disposition, Behandlungsbereitschaft und Behandlungsaktivität innerhalb und zwischen den drei identifizierten Einstellungsgruppen.

Ergebnisse ohne signifikante Gruppenunterschiede

In der Verteilung der soziodemographischen Variablen innerhalb der drei Cluster waren keine signifikanten Unterschiede aufgetreten (Tab. 3). Die Mehrheit aller Patienten war weiblich und verheiratet, das mittlere Alter lag bei 44–45 Jahren. Die Mehrzahl der Befragten hatte einen Haupt- oder Real-schulabschluss und eine Lehre gemacht bzw. eine Berufsschule besucht.

Behandlungsdisposition: Beim Gesundheitsverhalten zeigten sich insgesamt keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen den Clustern. Auch in Bezug auf das Krankheitsverständnis/Beitrag von Belastungen zu den Beschwerden waren keine Gruppenunterschiede zu verzeichnen, alle Patienten schätzten den Einfluss von Belastungen auf die Beschwerdeentwicklung als gering ein.

Behandlungsbereitschaft: Mit Ausnahme der Diagnose «chronische Schmerzen» waren – sowohl was die Art als auch was die Dauer der Erkrankung betrifft – keine Unterschiede aufgetreten (Tab. 4). Die Mehrzahl der Patienten gaben Erkrankungen des Bewegungsapparates, Migräne, Neurodermitis, Allergien und chronische Schmerzen an. Bei den stationären schulmedizinischen, stationären komplementärmedizinischen und ambulanten komplementärmedizinischen Behandlungserfahrungen waren keine Unterschiede zu verzeichnen, die Mehrzahl aller Patienten hatte wenig Vorbehandlungen angegeben. Als akute Behandlungsgründe gaben die Mehrheit der Patienten Krankheitsverschlimmerung (50,0–70,9%), Frustration über erfolglose schulmedizinische Behandlungen (45,8–56,3%) sowie Interesse an den in der Klinik praktizierten Methoden (50,0–59,4%) an. Die häusliche Stressbelastung vor dem Aufenthalt wurde von den Patienten insgesamt gering eingeschätzt.

Behandlungsaktivität: Hinsichtlich der Veränderung des Gesundheitszustands nach der Behandlung und 6 Monate nach der Entlassung gaben die Patienten aller Cluster eine Besserung an und bestätigten, Anregungen für ein gesünderes Verhalten erhalten zu haben. Zu einem hohen Prozentsatz (75,0–92,9%) glaubten die Patienten aller Cluster zum Zeitpunkt der Entlassung, dass ihnen die Behandlung geholfen habe. Behandlungsaspekte wie «ganzheitliche Behandlung», «Medikamente ohne Nebenwirkungen», «keine/weniger chemisch-synthetisierte Medikamente», «Behandlung auf längere Sicht hin», «Suche nach Krankheitsursachen» sowie «Therapien beruhen auf langen Erfahrungen» wurden in jedem Cluster von über 50,0% der Patienten positiv bewertet. Übereinstimmung herrschte auch in Bezug auf die Planung weiterer komplementärmedizinischer Behandlungen zum Entlassungszeitpunkt: Die Mehrheit der Patienten wollte sich auch künftig komplementärmedizinisch behandeln lassen. 6 Monate nach der Behandlung hatten über 50,0% der Patienten in jedem Cluster eine schulmedizinische Behandlung wahrgenommen. Ebenfalls planten rund 50,0% der Patienten in jedem Cluster, sich künftig wieder in komplementärmedizinische Behandlung zu geben. Die Einstellung gegenüber

Naturheilkunde wurde 6 Monate nach der Behandlung in allen Clustern positiv bewertet.

Ergebnisse mit signifikanten Clusterunterschieden

Cluster 1 und Cluster 2 unterschieden sich hinsichtlich Behandlungsdisposition, Behandlungsbereitschaft und Behandlungsaktivität am meisten, Cluster 2 und Cluster 3 waren sich am ähnlichsten. Insgesamt erreichten die Patienten des Clusters 2 in allen Motivationsdimensionen die höchsten Werte, während Patienten des Clusters 1 häufig die niedrigste Ausprägung aufwiesen. Cluster 3 nahm auch bei der Ausprägung der motivationalen Variablen eine Mittelstellung ein. Damit entsprach insgesamt die Ausprägung der Werte der drei Cluster auf den Motivationsdimensionen der 3-Clusterlösung über die behandlungsbezogenen Einstellungen im Bereich der Behandlungsdisposition.

Zusammenfassend handelte es sich bei *Cluster 1 (Nicht-Überzeugte)* um eine Patientengruppe, die komplementärmedizinischen Behandlungsprinzipien gegenüber wenig aufgeschlossen war, insbesondere was das eigenverantwortliche Patientenverständnis betrifft (Aufklärung über gesunde Lebensführung, Beratung im Umgang mit Krankheit, Vermittlung von Einsicht in die eigene Verantwortung). Die Patienten gaben einen deutlichen Leidensdruck aufgrund negativer Erfahrungen mit schulmedizinischen Ärzten und Methoden an, welcher aber nur zum Teil die Behandlungswahl beeinflusst hatte. Emotionale Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung wie z.B. «Vertrauen fassen» schätzten sie ebenfalls weniger wichtig ein. Sie gaben nur wenig positive Auswirkungen des Klinikaufenthalts auf ihr psychisches Befinden, die Einstellung zu ihrem Körper und ihren Umgang mit der Krankheit an und zeigten eine geringe Motivation, sich weiterhin komplementärmedizinisch behandeln zu lassen bzw. zogen künftig wieder eine schulmedizinische Behandlung vor.

Patienten des *Clusters 2 (Überzeugte)* waren durch eine ausgeprägte Überzeugung von komplementärmedizinischen Behandlungsprinzipien, insbesondere in Bezug auf das eigenverantwortliche Rollenverständnis als Patient, gekennzeichnet – sowohl vor als auch nach der Behandlung. Sie legten grossen Wert auf die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung (emotionale und kommunikative Aspekte) und äusserten eine hohe Erfolgserwartung. Gleichzeitig gaben sie den höchsten Leidensdruck durch negative Erfahrungen mit schulmedizinischen Ärzten und Methoden an, der auch eine entscheidende Rolle bei ihrer Behandlungswahl gespielt hatte. Sie gaben an, dass der Klinikaufenthalt sich sehr positiv auf ihr psychisches Befinden, die Einstellung zu ihrem Körper und ihren Umgang mit der Krankheit ausgewirkt habe und äusserten eine hohe Motivation zur stationären Weiterbehandlung mit komplementärmedizinischen Methoden.

In *Cluster 3 (Teil-Überzeugte)* befanden sich im Vergleich zu Cluster 1 mehr Patienten mit chronischen Schmerzen. Patienten des Clusters 3 waren ebenfalls von komplementärmedizinischen Behandlungsprinzipien überzeugt, insbesondere was

Tab. 4. Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) bzw. Verteilung der motivationalen Variablen auf die Cluster sowie signifikante Unterschiede

	Cluster 1 (n = 24) Nicht-Überzeugte M (SD)	Cluster 3 (n = 70) Teil-Überzeugte M (SD)	Cluster 2 (n = 103) Überzeugte M (SD)	Signifikanz (Cluster 1,2 3) M (SD)
<i>Behandlungsdisposition</i>				
HLOC-internal (Wertebereich 1 bis 6)	4,27 (0,97)	4,63 (0,73)	4,83 (0,67)	1 : 2*
Gesundheitsbewusstsein				
– Ernährung/Diät (Wertebereich –2 bis 6)	2,27 (1,39)	2,37 (1,45)	3,17 (1,69)	2 : 3**
Krankheitsursachen				
– Eigene Verantwortung (Wertebereich 0 bis 3)	0,63 (0,65)	1,37 (0,92)	1,46 (0,97)	1 : 2** 1 : 3**
– Äussere Einflüsse (Wertebereich 0 bis 4)	0,79 (0,83)	1,26 (0,83)	1,40 (0,86)	1 : 2** 1 : 3*
Erfolgserswartung (Wertebereich –1 bis 2)	1,31 (0,56)	1,31 (0,44)	1,58 (0,41)	2:3***
Sonstige Erwartungen				
– Gute Arztbeziehung	20,8%	14,3%	36,9%	2 : 3**
– Information über gesünderes Leben	16,7%	51,4%	58,3%	1 : 2** 1 : 3**
– Mehr Ruhe	20,8%	14,3%	35,0%	2 : 3**
– Zuneigung und Verständnis	16,7%	12,9%	29,1%	2 : 3*
– Kontakt	4,2%	14,3%	27,2%	1 : 2*
<i>Behandlungsbereitschaft</i>				
Diagnosen				
– Chronischer Schmerz	13%	41,2%	27,2%	1 : 3*
Allgemeine Erfahrungen mit schulmedizinischen Ärzten (Wertebereich 1 bis 3)	2,00 (0,77)	1,97 (0,58)	2,32 (0,63)	2 : 3**
Pragmatisches (Wertebereich 7 bis –7)	–0,71 (3,18)	–0,72 (3,15)	–2,37 (3,39)	1 : 2*, 2 : 3**
Arzt-Patient-Beziehung (Wertebereich 4 bis –4)	0,29 (2,01)	0,58 (2,01)	–0,74 (2,17)	2 : 3**
Beitrag negativer Erfahrungen mit schulmedizinischen Ärzten zur Behandlungswahl (Wertebereich 1 bis 3)	1,79 (0,72)	1,75 (0,74)	2,30 (0,75)	1 : 2** 2 : 3**
Beitrag negativer Erfahrungen mit schulmedizinischen Methoden zur Behandlungswahl (Wertebereich 1 bis 3)	2,09 (0,85)	2,04 (0,79)	2,49 (0,67)	2 : 3**
Behandlungsbewertung (Wertebereich –1 bis 2)	0,17 (0,94)	0,89 (0,69)	1,36 (0,64)	1 : 2*** 2 : 3*** 1 : 3**
Akute Behandlungsgründe				
– Aufforderung durch Arzt/Ärztin	50%	23,2%	18,4%	1 : 2** 1 : 3*
<i>Behandlungsaktivität</i>				
Informationsverhalten	66,7%	90,0%	91,2%	1 : 2** 1 : 3*
Beurteilung Behandlungsform				
– Stationär besser	70,9%	59,4%	81,8%	1 : 2** 2 : 3**
– Ambulant ausreichend	6,4%	1,0%	12,1%	
Wertung der Klinikerfahrung				
– Ganzheitlichere Behandlung	87,5%	69,2%	86,9%	2 : 3*
– Individuelleres Eingehen auf Probleme	50,0%	40,4%	75,0%	2 : 3***
– Körpereigene Reaktionsfähigkeit gestärkt	56,3%	59,6%	82,1%	2 : 3*
– Beratung beim Umgang mit der Krankheit	6,3%	23,1%	39,3%	1 : 2*
– Umgebung u. Atmosphäre	56,3%	32,7%	64,3%	2 : 3**
– Einsicht in Verantwortung für Gesundheit	31,3%	50,0%	77,4%	1 : 2** 2 : 3**
Arzt-Patient-Beziehung (Wertebereich –1 bis 1)				
– Allgemeine Erfahrungen	0,69 (0,48)	0,87 (0,34)	0,93 (0,34)	1 : 2**
– Vertrauen	0,66 (0,47)	0,83 (0,36)	0,89 (0,32)	1 : 2*
– Eingehen auf Probleme	0,47 (0,62)	0,80 (0,36)	0,83 (0,41)	1 : 2**
Auswirkungen Klinikaufenthalt (Wertebereich –1 bis 1)				
– Psychisches Befinden	0,15 (0,37)	0,52 (0,54)	0,67 (0,51)	1 : 2*** 1 : 3*
– Umgang mit Krankheit	0,26 (0,45)	0,61 (0,49)	0,66 (0,51)	1 : 2** 1 : 3*
– Einstellung zum Körper	0,32 (0,48)	0,65 (0,48)	0,68 (0,47)	1 : 2* 1 : 3*
Gesundheitsveränderung durch Änderung der Lebensgewohnheiten	8,3%	60,0%	64,0%	1 : 2** 1 : 3**
Behandlung seit Entlassung	28,6%	21,1%	48,6%	2 : 3**
Planung zukünftiger Behandlungen				
– Schulmedizinische Behandlung	23,8%	10,5%	4,2%	1 : 2*
– Komplementärmedizinische Klinik	38,1%	54,4%	70,8%	1 : 2*

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,0001 (nach alpha-Adjustierung).

Tab. 5. Clusterzuordnungen zu den Kliniken Kötzing und Höhenkirchen

	Cluster 1 Nicht-Überzeugte		Cluster 3 Teil-Überzeugte		Cluster 2 Überzeugte		Gesamt n
	n	%	n	%	n	%	
Kötzing	17	70,8	36	51,4	46	44,7	99
Höhenkirchen	7	29,2	34	48,6	57	55,3	98
Gesamt	24	100	70	100	103	100	197

Chi-Quadrat = 5,4, df = 2, p < 0,067.

die Eigenverantwortlichkeit im Behandlungsgeschehen betrifft, aber im Vergleich zu Patienten des Clusters 2 insgesamt weniger. Weniger wichtig schien diesen Patienten die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung (emotionale Faktoren) sowie der ganzheitliche Aspekt der Behandlungsmethodik zu sein. Auch diese Patienten gaben einen deutlichen Leidensdruck durch bisherige schulmedizinische Behandlungserfahrungen an, welcher jedoch für die Behandlungswahl nicht alleine Ausschlag gebend gewesen war. Diese Patienten gaben ebenfalls durchgängig positive Auswirkungen des Klinikaufenthalts auf ihr Gesundheitsempfinden an.

Um eventuelle Typ-I-Fehler aufgrund von multiplen Signifikanztests zu vermeiden, wurde bei 255 Signifikanztests das Alphaniveau nach Bonferroni auf $p < 0,00019$ gesetzt. Danach zeigt sich folgendes Bild an signifikanten Unterschieden:

Behandlungsdisposition: Patienten des Clusters 2 äusserten eine höhere Erfolgserwartung als Patienten des Clusters 3 und erwarteten von der Behandlung mehr Informationen über eine gesunde Lebensführung als Patienten des Clusters 1.

Behandlungsbereitschaft: Im Vergleich zu Cluster 1 und 3 bewerteten Patienten des Clusters 2 bisherige komplementärmedizinische Behandlungserfahrungen am positivsten.

Behandlungsaktivität: Patienten des Clusters 2 bewerteten den Behandlungsaspekt «individuelles Eingehen auf Probleme» deutlich positiver als Patienten des Clusters 3. Patienten des Clusters 1 gaben im Vergleich zu Patienten des Clusters 2 an, dass sich der Klinikaufenthalt 6 Monate nach der Entlassung nur gering auf ihr psychisches Befinden ausgewirkt habe.

Im Rahmen der Überprüfung der verschiedenen Clusterunterschiede wurde auch untersucht, inwieweit sich die Cluster auf die beiden Kliniken unterschiedlich verteilten (Tab. 5). Cluster 2 und 3 verteilten sich jeweils gleichmässig auf die beiden Kliniken. Nur bei Cluster 1 fällt auf, dass 7 Patienten der Klinik Höhenkirchen und 17 Patienten der Klinik in Kötzing zuzuordnen waren. Ein Chi-Quadrat-Test zeigt eine tendenzielle Signifikanz ($p < 0,1$) für Häufigkeitsunterschiede, die auf Cluster 1 zurückzuführen ist. Allerdings muss man bedenken, dass in Cluster 1 deutlich weniger Patienten waren als in den beiden anderen Clustern, so dass die tendenziellen Häufigkeitsunterschiede mit der Gruppengrösse erklärt werden könnten, bei der sich ein Zufallsfaktor noch stärker auswirken würde.

Diskussion

Mit der vorliegenden Arbeit sollte untersucht werden, inwieweit sich die Patienten von zwei komplementärmedizinischen Kliniken in charakteristische Untergruppen hinsichtlich ihrer behandlungsbezogenen Einstellungen (Rolle als Patient, Arzt-Patient-Beziehung, Behandlungsmethode) einteilen lassen (Frage 1). Soweit vorhanden sollten diese Gruppen nach motivationalen Aspekten beschrieben werden (Frage 2).

Obwohl sich alle drei Cluster in ihrer behandlungsbezogenen Einstellungsstruktur unterscheiden, befürwortet über die Hälfte der befragten Patienten (Cluster 2) zuzüglich der 70 Patienten des Clusters 3, die eine ähnliche Antworttendenz aufweisen wie Patienten des Clusters 2, das komplementärmedizinische Behandlungsverständnis, insbesondere was die Rolle als Patient betrifft. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass bei der Mehrzahl der Patienten das komplementärmedizinisch orientierte Glaubens- und Wertesystem im Motivationsprozess für komplementärmedizinische Behandlung eine bedeutende Rolle spielt. Der Wandel zu einem selbstbestimmteren Rollenverständnis wurde bereits von anderen Autoren beschrieben [16, 21, 27, 35]. Die Rolle von Einstellungen (Behandlungsdisposition) bei der Wahl von komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden wurde von zahlreichen Autoren – in unterschiedlicher Ausprägung – belegt [1, 4, 13, 16, 17, 20, 26], während andere Autoren diese eher in Verbindung mit der Enttäuschung und Unzufriedenheit mit der Schulmedizin (Behandlungsbereitschaft) bringen [8–11]. Wieder andere Autoren [19] kamen zu dem Schluss, dass die Auswahl der Behandlungsmethode multifaktoriell bedingt ist und weder alleine durch Unzufriedenheit mit der Schulmedizin, noch durch die Einstellungsstruktur im Sinne einer bestimmten Ideologie erklärt werden kann. Nach Sharma [26] beeinflussen sowohl ideologische als auch pragmatische Gründe wie die Unzufriedenheit mit bisherigen Behandlungen die Behandlungsentscheidung. Auf diese Frage wird im folgenden Diskussionspunkt weiter eingegangen.

Die Überprüfung der Zusammenhänge zwischen den identifizierten Einstellungsgruppen/Behandlungsdisposition und den Variablen der Motivationsdimensionen «Behandlungsdisposition» (ausser behandlungsbezogene Einstellungen), «Behandlungsbereitschaft» und «Behandlungsaktivität» zeigte, dass die

Cluster auf allen drei Dimensionen eine ähnliche Ausprägung aufwiesen wie die Ergebnisse der Clusteranalyse. Bei der Frage nach dem Einfluss der behandlungsbezogenen Einstellungsstruktur und pragmatischer Behandlungsmotive (insbesondere Leidensdruck aufgrund negativer Erfahrungen mit Schulmedizin) auf die Behandlungswahl wird deutlich, dass bei allen Clustern pragmatische Behandlungsgründe eine wesentliche Rolle spielten. Auch die Dimension der Behandlungsaktivität war bei Patienten des Clusters 2 am stärksten ausgeprägt und bei Patienten des Clusters 1 am schwächsten. Keines der drei Cluster vertritt nur die Ideologie komplementärmedizinischer Behandlungsmethoden. Dieses Ergebnis wurde auch in anderen Studien bestätigt [4, 20]. Selbst Cluster 2 mit der höchsten Zustimmung zu komplementärmedizinischen Behandlungsprinzipien gibt einen hohen Leidensdruck aufgrund negativer Erfahrungen mit schulmedizinischen Ärzten und Methoden an. Darüber hinaus hat dieser Leidensdruck bei Cluster 2 noch stärker als bei den anderen Clustern zur Behandlungsentscheidung beigetragen. Die Krankheitsgeschichte scheint keinen wesentlichen Einfluss auf die Einstellung zur Behandlung bzw. die Behandlungswahl ausgeübt zu haben. Die Krankheitsgeschichte spielt auch in anderen Studien keine wesentliche Rolle bei der Behandlungswahl [15, 20]. Vielmehr wird der Leidensdruck durch negative Erfahrungen mit dem schulmedizinischen Behandlungssystem hervorgerufen [1, 35], und diese Unzufriedenheit scheint den Weg zu komplementärmedizinischen Behandlungen zumindest zu bahnen – allerdings mit unterschiedlichen motivationalen Hintergründen [20]. Daraus kann geschlossen werden, dass gerade bei der Motivationsbildung für eine komplementärmedizinische stationäre Behandlung die aktuelle Behandlungsbereitschaft – insbesondere der spezielle Leidensdruck durch negative und häufig erfolglose schulmedizinische Behandlungserfahrungen – eine Schlüsselrolle einnimmt [vgl. auch 1–3, 18]. Offen bleibt dabei, inwieweit die Enttäuschung über die Erfolglosigkeit der schulmedizinischen Therapien dieses Behandlungssystem zunehmend in Frage stellt und damit eine Offenheit für ein ganzheitlicheres Verständnis von Gesundheit und Krankheit schafft oder ob diese Patienten schon vorher ein ganzheitlicheres Behandlungsverständnis entwickelt haben und sich entsprechend bewusst umorientieren, wie Kaiser [16] dies postuliert.

Nach Schneider [36, 37] ist das Krankheitserleben (Leidensdruck) eine Voraussetzung dafür, dass sich ein Individuum mit seiner Krankheit auseinandersetzt. Aus diesem Prozess der Krankheitsverarbeitung entsteht die Behandlungsmotivation, welche hauptsächlich aus den bisherigen Behandlungserfahrungen und Einstellungen gegenüber den Behandlungsmethoden resultiert und entsprechende Behandlungserwartungen generiert. Einstellungen und Behandlungserfahrungen beeinflussen sich wechselseitig. Dieser Ansatz würde die Annahme stützen, dass zwischen der Behandlungsdisposition (Einstellungsstruktur) und der Behandlungsbereitschaft (Behandlungserfahrungen), die beide Aspekte der initialen Behandlungsmotivation

erfassen, enge Wechselwirkungen bestehen. Im vorliegenden Fall der komplementärmedizinischen Behandlungswahl kann davon ausgegangen werden, dass Einstellungen eine wesentliche Rolle bei der Motivationsentwicklung spielen, jedoch in enger Wechselwirkung mit bisherigen Behandlungserfahrungen und Behandlungserwartungen stehen.

Mit dem Arbeitsschema von Petry [22] ist der Versuch gemacht worden, die Motivationsentwicklung prozesshaft abzubilden und Bezüge zwischen zeitstabilen Merkmalen wie Einstellungen (Traits, Behandlungsdisposition) und situativen Faktoren (Behandlungsbereitschaft) im Prozess der initialen Motivationsbildung herzustellen und darüber hinaus volitionale Aspekte anhand der Dimension der Behandlungsaktivität einzubeziehen. Allerdings berücksichtigt dieses Arbeitsmodell nicht alle relevanten Aspekte der Behandlungsmotivation. Biographische, materielle sowie soziale Kontextmerkmale bleiben unberücksichtigt [23]. Darüber hinaus liegt noch kein ausreichendes Wissen über die möglichen Zusammenhänge zwischen den einzelnen Faktoren der Behandlungsmotivation vor, was weiterhin genauer zu untersuchen wäre. Auch wenn bei allen Einstellungsgruppen ein hoher Leidensdruck aufgrund negativer Erfahrungen mit der Schulmedizin angegeben wird, bestätigen die hier diskutierten Ergebnisse die zentrale Rolle behandlungsbezogener Einstellungen im Motivationsprozess. Die behandlungsbezogene Einstellungsstruktur in der vorliegenden Stichprobe ist unterschiedlich, und die Mehrheit der befragten Patienten geht von einem ganzheitlichen Behandlungsverständnis aus. Dieses beinhaltet vor allem ein eigenverantwortliches Patientenverständnis, d.h. dass die Patienten aktiver in den Behandlungsprozess eingebunden werden möchten. Ferner wurde das Bedürfnis nach einer partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung sowie nach einer natürlichen und ursachenorientierten Behandlung geäußert. Eine interne Differenzierung der behandlungsbezogenen Einstellungen komplementärmedizinisch behandelter Patienten ermöglicht eine genauere Aussage über subjektive Krankheits- und Behandlungstheorien. In der Motivationsforschung im Bereich der Psychotherapie [37–40] und der medizinischen Rehabilitation [24, 41, 42] ist der zentrale Einfluss subjektiver Einstellungen gegenüber Krankheit (z.B. Laienkonzepte über die Genese der Störung, Einstellungen zu Behandlungsmassnahmen) sowohl auf die initiale Motivationsbildung als auch auf deren Verlauf schon länger bekannt. Im Rahmen von Screeningverfahren oder Einzelbefragungen könnte eine genauere Kenntnis individueller Dispositionen wie Einstellungen und Erwartungen dazu beitragen, persönliche Präferenzen der Patienten bei der Auswahl und Gestaltung diagnostischer und therapeutischer Massnahmen mehr zu berücksichtigen und damit eine grössere Behandlungsmotivation, Patientenzufriedenheit und Compliance zu erreichen. In der zukünftigen Motivationsforschung könnten verlaufsorientierte Forschungsansätze klären, inwieweit eher zeitstabile Merkmale wie Einstellungen oder situative Faktoren wie z.B. Behandlungserfahrungen einen Veränderungsprozess

innerhalb der Motivationslage bedingen. Der Schwerpunkt sollte dabei auch auf die Entwicklungsbedingungen von behandlungsbezogenen Einstellungen, Einflussfaktoren von Einstellungsänderungen sowie die Wechselwirkungen zwischen Einstellungen, Behandlungserfahrungen und Erwartungen gelegt werden.

Dank

Wir danken dem Zentrum für naturheilkundliche Forschung unter Leitung von Herrn PD Dr. D. Melchart, welcher die Erhebung der Daten, die dieser Studie zugrunde liegen, ermöglichte.

Literatur

- Jacob R, Eirmbter WH, Hahn A: Laienvorstellungen von Krankheit und Therapie. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Z Gesundheitspsychol* 1999;7:105–119.
- Melchart D: Beobachtungsstudien im Rahmen eines naturheilkundlichen Klinikverbands. Teil I: Methoden und Übersicht der Ergebnisse in den beteiligten Kliniken. *Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd* 1998;5:18–25.
- Owens JE, Taylor AG, Degood D: Complementary and alternative medicine and psychologic factors: toward an individual differences model of complementary and alternative medicine use and outcomes. *J Altern Complement Med* 1999;5:529–541.
- Finnigan MD: The Centre for the Study of Complementary Medicine: an attempt to understand its popularity through psychological, demographic and operational criteria. *Complement Med Res* 1991;5:3–88.
- Fisher P, Ward A: Complementary medicine in Europe. *Br Med Assoc* 1994;309:107–111.
- Ernst E: Wie beliebt ist die Naturheilkunde? *Alternativmedizin im Spiegel der Meinungen von Patienten und Ärzten*. *Naturamed* 1996;11:29–41.
- Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, Kessler RC: Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997. Results of a follow-up national survey. *J Am Med Assoc* 1998;280:1569–1575.
- Furnham A, Smith C: Choosing alternative medicine: A comparison of the beliefs of patients visiting a GP and a homeopath. *Soc Sci Med* 1988;26:653–687.
- Furnham A, Bhargava R: A comparison of health beliefs and behaviors of clients of orthodox and complementary medicine. *Br J Clin Psychol* 1993;32:237–246.
- Furnham A, Forey J: The attitudes, behaviors, and beliefs of patients of conventional versus complementary (alternative) medicine. *Br J Clin Psychol* 1994;33:237–246.
- Furnham A, Kirkcaldy B: The health beliefs and behaviors of orthodox and complementary medicine clients. *Br J Clin Psychol* 1996;35:49–61.
- Ude-Koeller S: Patientenwünsche und -wahrnehmung; in Sieg S (Hrsg): *KeimCelle Zukunft – Heilen im Dialog*, vol 4. Celle, Horizonte des Heilens, 2000.
- Kerzel S, Neuhaus C, Plass H: Heilpraktiker und ihre Patienten; in Wiegmann G (Hrsg): *Volksmedizin heute*. Münster, Cöpppenrath, 1987, pp 55–88.
- Andritzky W: Wer nutzt unkonventionelle Heilweisen und was sind die Motivationen? *Wien Med Wochenschr* 1997;18:413–417.
- Kirkcaldy B, Furnham A, Trimpop R, Knobloch J: Akzeptanz und Skepsis: Einstellungen und Verhalten von Patienten der Alternativ- und Schulmedizin. *Z Gesundheitspsychol* 2001;9:57–66.
- Kaiser P: Der emanzipierte Patient und seine Erwartungshaltung an die Medizin heute. *Ärztezeitschr Naturheilverfahren* 2000;41:728–734.
- Astin JA: Why patients use alternative medicine. *J Am Med Assoc* 1998;279:1548–1553.
- Freivogel KW, Gerhard I: Komplementärmedizinische Therapien und Patientenzufriedenheit – eine Befragungsstudie. *Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd* 2001;8:137–142.
- Kelner M, Wellmann B: Health care and consumer choice: medical and alternative therapy. *Soc Sci Med* 1997;45:203–212.
- Schultheiss UG, Schriever T: Warum gehen Patienten zum Arzt mit der Zusatzbezeichnung Homöopathie oder Naturheilverfahren? *Universität Ulm, Dissertation*, 1991.
- Seidl MM, Stewart DE: Alternative treatments for menopausal symptoms. Qualitative study of women's experiences. *Can Fam Physician* 1998;44:1271–1276.
- Petry J: *Behandlungsmotivation*. Weinheim, Beltz, 1993.
- Petry J: *Behandlungsmotivation bei Alkoholikern: Ein kognitionspsychologischer Ansatz*. Sucht 1994; 6:394–410.
- Hafen K, Bengel J, Jastrow J, Nübling R: *Konzept und Dimensionen der Reha- Motivation*. *Präv Rehabil* 2000;12:1–10.
- Kuhl J: *Motivation, Konflikt und Handlung*. Berlin, Springer, 1983.
- Sharma U: *Complementary Medicine Today: Practitioners and Patients*. London, Routledge, 1992.
- Knörzer W: Ganzheitliche Gesundheitsbildung – eine Standortbestimmung; in Knörzer W (Hrsg): *Ganzheitliche Gesundheitsbildung in Theorie und Praxis*. Heidelberg, Haug, 1994, pp 13–27.
- Mitzdorf U, Beck K, Horton-Hausknecht J, Weidenhammer W, Kindermann A, Takacs M, Astor G, Melchart D: Why do patients seek treatment in hospitals of complementary medicine? *J Altern Complement Med* 1999;5:463–73.
- Astor G: *Motivationale Einflussfaktoren zur Weiterführung komplementärmedizinischer Therapien nach Aufenthalt in einer Klinik für Naturheilverfahren*. LMU München, Dissertation, 1997.
- Kindermann A: *Warum lassen sich Patienten in komplementärmedizinischen Kliniken behandeln? Eine Motivationsstudie bei Patienten einer deutschen Klinik für traditionell-chinesische Medizin*. LMU München, Dissertation, 1997.
- Ferring D, Filipp SH: *Der Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen*. *Z Klin Psychol* 1989;XVIII:285–288.
- Wallston KA, Wallston BS, Maides SA, Kaplan GD: Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *J Consult Clin Psychol* 1976;44:580–585.
- Bortz J: *Statistik für Sozialwissenschaftler*, ed 5. Berlin, Springer, 1999.
- Giesser I: *Die Rolle von behandlungsbezogenen Einstellungen für die Behandlungsmotivation bei Patienten zweier komplementärmedizinischer Kliniken*. LMU München, Dissertation, 2004.
- Faltermaier T: *Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln*. Weinheim, Beltz, 1994.
- Schneider W: *Zum Begriff der Psychotherapiemotivation – Konstruktvalidierung und Entwicklung eines Messinstrumentes*. Universität Marburg, Dissertation, 1986.
- Schneider W: *Die Psychotherapiemotivation – Behandlungsvoraussetzung oder ein zu vernachlässigendes Konstrukt*; in Schneider W (Hrsg): *Indikation zur Psychotherapie*. Weinheim, Beltz, 1990, pp 183–201.
- Faller H: *Subjektive Krankheitstheorien, Coping und Abwehr – Konzeptionelle Überlegungen und empirische Befunde*; in Muthny FA (Hrsg): *Krankheitsverarbeitung, Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse*. Berlin, Springer, 1990, pp 131–142.
- Faller H: *Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz*. *Z Klin Psychol Psychiat Psychother* 1997;45:264–278.
- Künzel R: *Therapiemotivation – eine psychologische Ergänzung des soziologischen Labeling-Ansatzes*. Ruhr Universität Bochum, Inaugural-Dissertation, 1979.
- Deck R, Kohlmann T, Raspe R: *Erwartungen und Motivationen bei Patienten in der medizinischen Rehabilitation*. *Z Gesundheitspsychol* 1998;6:101–108.
- Guthrie S, Harvey A: *Motivation and its influence on outcome in rehabilitation*. *Rev Clin Gerontol* 1994;4:235–243.