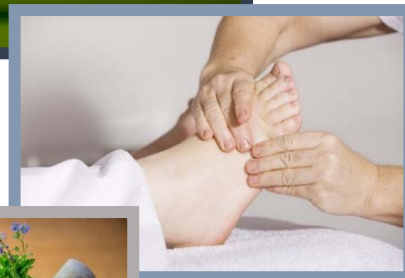


ALTERNATIVE GESUNDHEITSVORSTELLUNGEN UND -PRAKTIKEN IN DER DEUTSCHEN THERAPIELANDSCHAFT

Bericht zur Literaturrecherche „Vielfalt im Gesundheitswesen“
im Auftrag der Robert Bosch Stiftung GmbH



Hansjörg Dilger, Max Schnepf
Berlin 2020

Freie Universität



Berlin

Alternative Gesundheitsvorstellungen und -praktiken in der deutschen Therapielandschaft. Bericht zur Literaturrecherche „Vielfalt im Gesundheitswesen“ im Auftrag der Robert Bosch Stiftung GmbH.

Dank: Diese Literaturstudie wurde im Auftrag der Robert Bosch Stiftung GmbH durchgeführt.

Autoren: Hansjörg Dilger, Max Schnepf

Freie Universität Berlin

Layout: Jennifer Rosenberg

Erscheinungsjahr: 2020

Erscheinungsort: Berlin

ISBN (online): 978-3-96110-353-9

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Herausbildung der deutschen Therapielandschaft: Ein (begriffs-)historischer Abriss	6
2.1 Alternativmedizin in Deutschland von 1800 bis 1945	6
2.2 Zur gesundheitspolitischen Verankerung der Alternativmedizin 1945 bis heute	9
3. Gesellschaftliche Stellung alternativmedizinischer Behandlungsformen in Deutschland	12
3.1 Nutzung alternativer Medizin in der Bevölkerung	13
3.2 Finanzierung alternativer Arzneimittel und ärztliche Behandlungspraxis	16
4. Das Feld der Alternativ- und Komplementärmedizin: Analytische Begriffsbestimmungen	18
4.1 Positive Gegenstandsdefinition und erste Kategorisierungen	18
4.2 ‚Biomedizin‘: Abgrenzung über Krankheitserklärungen und Gesundheitsvorstellungen	19
4.3 ‚Schulmedizin‘: Die gesellschaftliche Stellung unterschiedlicher Wissenssysteme	21
4.4 ‚Volksmedizin‘: Laienpraxis versus professionalisierte Medizin	22
5. Situierung der deutschen Therapielandschaft in sozio-kulturellen Wandlungsprozessen	24
5.1 Krankheitspanorama und Gesundheitsgesellschaft	24
5.2 Sinnsuche in spirituell-religiöser Heilung	25
5.3 Globalisierung ‚Asiatischer Medizin‘	26
5.4 Migration und Gesundheit	27
6. Alternativmedizinische Patienten: Motive, Erleben, Verhalten.....	32
6.1 Nutzungsmotive: Push-Faktoren der Biomedizin	32
6.2 Erleben der Behandlung: Pull-Faktoren alternativmedizinischer Therapieformen	33
6.3 Nutzungsverhalten: Kontaktwege, Patientenrolle und komplementäre Therapie	36
7. Alternativmedizinisch Praktizierende: Zwischen Professionalisierung und Abgrenzung	39
7.1 Ärzte: Heterodoxe Behandlungspraxis und strukturelle Zwänge	39
7.2 Heilpraktiker: Therapeutischer Pluralismus und Professionalisierungstendenzen	41
7.3 Geistheiler: Konstituierung charismatischer Heilerpersönlichkeiten	42
8. Fazit: Implikationen für das deutsche Gesundheitswesen.....	44
Tabellenverzeichnis.....	48
Abbildungsverzeichnis.....	48
Bildquellenverzeichnis.....	49
Literaturverzeichnis.....	50
Zusammenfassung der Studie: Erkenntnisse aus der Sichtung der sozialwissenschaftlichen Literatur	56

1. Einleitung

Am 09.11.2018 berichtete die *Süddeutsche Zeitung* über einen neuen Gesetzesentwurf von Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU), der vorsieht, die heilpraktische „Frischzellentherapie“, bei der Patienten tierische Zellen gespritzt werden, zu verbieten (Berndt, 2018): „Patienten müssen sicher sein können, dass ihnen Arzneimittel nicht schaden“, wird der Minister zitiert. Sein Gesetzesentwurf sieht vor, das Arzneimittelgesetz so zu ändern, dass Heilpraktiker künftig nur noch in Ausnahmefällen Medikamente selbst herstellen dürfen. Die aktuelle Regelung habe in der Vergangenheit im Fall der invasiven Frischzellentherapie zu schwerwiegenden Infektionen und Todesfällen geführt. Trotz der unterstellten ‚wissenschaftlichen Unfundiertheit‘ von „Therapien mit fragwürdigen selbstgemixten oder selbstsynthetisierten Arzneien“ ist eine Gesetzesänderung der *Süddeutschen Zeitung* zufolge durch einige Bundesländer bislang verhindert worden, da Einbußen für die lokale Wirtschaft durch das Ausbleiben internationaler Gesundheitstouristen vermutet worden seien (Berndt, 9. November 2018).

Während sich im Fall der Frischzellentherapie somit restriktive Regulierungen abzeichnen, lässt sich in anderen alternativmedizinischen Bereichen ein Zuspruch sowohl auf gesellschaftlicher Ebene als auch in der Finanzierung durch die Krankenkassen beobachten. Insbesondere auf buddhistischen Konzepten aufbauende Achtsamkeits- oder Mindfulnesskurse erfreuen sich aktuell auch im deutschen Gesundheitssystem einer

wachsenden Beliebtheit (Ernst, Sarah, Esch, Sonja Maren und Esch, Tobias 2009). So kommentiert ein Artikel der *Zeit* in überspitzter Weise den gegenwärtigen ‚Hype‘ um achtsamkeitsbasierte Interventionen:

„Zu viel Stress? Achtsamkeitsmeditation! Nervige Kollegen? Achtsamkeit! Schmerzen nach der Krebs-OP? Achtsamkeit! Depression? Achtsamkeit! Konzentrationsschwierigkeiten? Sie ahnen es: Achtsamkeit!“ (Klein, Mechthild, 11. März 2018).

Die meist achtwöchigen Gruppenkurse versprechen medizinische und psychologische Verbesserungen bei Patienten unter anderem mit chronischen Schmerzen, Stress, rheumatoider Arthritis, Krebs, HIV, Herzerkrankungen sowie Depressionen (Ernst, Sarah, Esch, Sonja Maren und Esch, Tobias 2009, 298) und werden von den gesetzlichen Krankenkassen bezuschusst. Gleichzeitig wird argumentiert, dass die Popularisierung von Achtsamkeit als wirkungsvolle „do-it-yourself“ Therapie ein breit gefasstes, holistisches Verständnis von Krankheit und Heilung in den medizinischen Mainstream integrierte (Barker 2014).

Diese beiden Beispiele der Frischzellentherapie und von Achtsamkeitskursen zeichnen ein komplexes Bild des alternativmedizinischen¹ Feldes in Deutschland vor dem Hintergrund rechtlicher und konzeptueller Dynamiken: zwischen einer gesetzlich legitimierten Stellung nicht-ärztlicher Gesundheitsexperten und der Vormachtstellung der Biomedizin, zwischen dem Schutz der Patienten²

¹ Wir verwenden ‚Alternativmedizin‘ und verwandte Termini in diesem Bericht, um unterschiedliche diagnostische und therapeutische Verfahren, die nicht ausschließlich der Biomedizin (vgl. Abschnitt 4.2, S. 19) zuzuordnen sind, analytisch zu bündeln. Dabei soll die bestehende Heterogenität der Wissens- und Praxisformen, die in der sozialwissenschaftlichen Literatur unter dem Themenkomplex der ‚Alternativ- und Komplementärmedizin‘ gefasst werden, nicht ausgeblendet werden, sondern in ihrer Spezifität in den weiteren Ausführungen Betrachtung finden. Eine genauere Auseinandersetzung mit analytischen Begrifflichkeiten und der Kategorisierung eines heterogenen Praxisfeldes findet sich in Abschnitt 4 (S. 18).

² Da wir uns in diesem Bericht oft auf einzelne Akteursgruppen beziehen, verwenden wir aus Gründen der Lesbarkeit das generische Maskulinum. Dies soll nichtsdestoweniger alle Geschlechter in der Beschreibung von beispielsweise ‚Patienten‘, ‚Ärzten‘ oder ‚Heilern‘ miteinschließen. Wenn das Geschlecht der Personengruppe als soziodemografischer Faktor explizit eine Rolle in der Betrachtung von Krankheits- und Heilungsphänomenen spielt, wird dies im Text so gekennzeichnet.

durch den Staat und deren Recht auf Therapiefreiheit, zwischen evidenzbasierten Wirkungsstudien und individuellen Heilungserfahrungen. Unterschiedliche Einzelfälle, wie die Haltung von Impfgegnern, die Ablehnung von Bluttransfusionen durch die Zeugen Jehovas, das Aufsuchen von spirituellen Heilern und die steigende Popularität alternativmedizinischer Behandlungsmethoden wie Ayurveda, Akupunktur oder Homöopathie, werden hierbei in einem öffentlichen Klima verhandelt, das durch verhärtete Fronten gekennzeichnet ist. Dies zeigt sich an einer oft polarisierenden medialen Berichterstattung, in der zum Beispiel alternativmedizinisch orientierte Impfgegner nicht selten der Fahrlässigkeit bezichtigt werden – etwa in Beiträgen zur Entscheidung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Impfverweigerung in den Katalog der zehn globalen Gesundheitsbedrohungen aufzunehmen (vgl. *Spiegel Online*, 19. Januar 2019), oder zum Masernausbruch im Ruhrgebiet 2006 (Pauli und Brandner 2010, 73).

Doch auch auf wissenschaftlicher Seite entfalten sich polemisch geführte Debatten über die Berechtigung alternativmedizinischer Verfahren im Gesundheitssektor, insbesondere anhand von unterschiedlichen Annahmen, was *de facto* als Wirkungsnachweis für eine Behandlung gelten soll. So verfasste der ‚Münsteraner Kreis‘, ein Zusammenschluss aus Ärzten, die sich auf eine streng „wissenschaftsorientierte Medizin“ berufen, zwei Memoranden zum Heilpraktikerwesen (Anlauf et al. 2017) und zur Homöopathie (Anlauf et al. 2018). Darin kritisieren die Autoren die jeweiligen Heilungsrichtungen als „unwissenschaftlich“, „irrational“ und „unwirksam“ und fordern deren Ausschluss aus dem Gesundheitswesen oder zumindest eine starke rechtliche Beschränkung der Praktizierenden und ihrer Tätigkeitsbereiche.

Alternativmedizinisch aufgeschlossene Ärzte wiederum beklagen eine „bewusste[n] Stimmungsmache“ und das Lancieren wissenschaftlicher Fehlinformationen über alternativmedizinische Behandlungsmethoden (Matthiessen 2018, 172).

Als Reaktion auf das „Münsteraner Memorandum Homöopathie“ berufen sich Vertreter des *Dialogforums Pluralismus in der Medizin* (DPM) auf die im Grundgesetz verankerte Freiheit von Forschung und Wissenschaft, indem sie angeführte Beweise für die Unwirksamkeit der Homöopathie anzweifeln (Matthiessen 2018). Zudem betonen Mitglieder des DPM in einem Beitrag im *Deutschen Ärzteblatt* (Kiene und Heimpel 2010), dass ein medizinischer Pluralismus nicht zwangsläufig das Bekenntnis zur Wissenschaftlichkeit ausschließt – insbesondere dann nicht, wenn sich alternativmedizinisch praktizierende Ärzte einer fachlichen Kompetenz sowie dem Wohl und der Autonomie der Patienten verpflichten.

Die Debatte über die Stellung der Alternativmedizin im deutschen Gesundheitswesen wird demnach nicht nur zwischen verhärteten Fronten sowohl in der Gesellschaft als auch der Ärzteschaft geführt, sondern betrifft sehr grundlegende gesellschaftliche Normen und Werte im Umgang mit Gesundheit und Krankheit: Wie viel Freiheit sollten Ärzte und Patienten in der Wahl einer Therapieform haben? Was gilt als wissenschaftlich bewiesen und wann sollte der Staat zum Schutz seiner Bürger eingreifen? Gleichzeitig ist die therapeutische Landschaft in Deutschland in der Praxis der Patienten selbst bei Weitem nicht so zwiespalten, wie öffentliche Diskurse und polemische Auseinandersetzungen suggerieren. Besonders die gesetzlich legitimierte Stellung von Heilpraktikern und die historische Verankerung der Homöopathie und Kur im ‚medizinischen Mainstream‘ zeichnen ein komplexes Bild des deutschen Gesundheitswesens (Naraindas 2011). Und auch die Etablierung verschiedener Formen ‚Asiatischer Medizin‘ in Europa verwischt klare Grenzziehungen zwischen Alternativ-, Komplementär- und Biomedizin (Frank und Stollberg 2004a), besonders wenn auch biomedizinisch ausgebildete Ärzte zunehmend alternative Heilverfahren wie Ayurveda oder Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) in ihren Praxen anbieten. Sozialwissenschaftliche Studien befassen sich mit Krankheit und Heilung als soziale Phänomene innerhalb dieser vielfältigen Therapielandschaft³ in

³ Das aus der Gesundheitsgeografie stammende Konzept der Therapielandschaft („therapeutic landscapes“;

Deutschland. Dabei stellen sie anhand von Untersuchungen einzelner (alternativ-)medizinischer Praktiken unterschiedliche Fragen: Warum und in welchen Fällen nutzen Patienten bio- oder alternativmedizinische Verfahren? Kommt eine Inanspruchnahme von Alternativmedizin einer Abkehr von der biomedizinischen Gesundheitsversorgung gleich? Auf welchen Wegen erfahren Patienten von alternativen Verfahren und nach welchen Kriterien wählen sie Therapierichtungen und Praktizierende aus? Worauf begründet sich ihr Vertrauen in alternativmedizinisch Praktizierende? Doch nicht nur Patienten werden in ihren Einstellungen, Beweggründen und Verhaltensweisen untersucht. Auch die unterschiedlichen Gesundheitsberufe und ihre Stellung im Gesundheitswesen finden Beachtung: Was sind die Motive von Ärzten, alternativmedizinische Verfahren anzubieten, und wann greifen sie auf welches medizinische Wissen zurück? (Wie) lässt sich Alternativmedizin mit der Finanzierung durch die Krankenkassen vereinbaren? Und könnten Schulmediziner gar von Praktizierenden wie Heilpraktikern und Geistheilern lernen, vor allem hinsichtlich der Interaktion mit und der Bindung von Patienten?

Dieser Bericht versucht, erste übergreifende Antworten auf die hier exemplarisch aufgeworfenen Fragen und deren Implikationen für das deutsche Gesundheitswesen unter Rückgriff auf die teils stark fragmentierte sozialwissenschaftliche Literatur zum Thema alternative Gesundheitsvorstellungen und -praktiken zu formulieren. Hierfür nähern wir uns dem Feld der Alternativmedizin in Deutschland zuerst aus einer historischen Perspektive an, um die auch im internationalen Vergleich besondere gesundheitspolitische Verankerung alternativmedizinischer Verfahren im deut-

schen Gesundheitswesen herauszuarbeiten. Danach werden repräsentative Umfragen vorgestellt, die eine große Popularität der Alternativmedizin in Deutschland bestätigen und eine gesellschaftliche Verortung dieser vornehmen. Um die Literatur zum Themenfeld ‚Komplementär- und Alternativmedizin‘ systematisch sichten zu können, werden wir uns mit der uneinheitlichen Verwendung unterschiedlicher analytischer Begrifflichkeiten und deren Bedeutungsnuancen auseinandersetzen.



An Alternativmedizin interessierte Patienten kritisieren oft das unpersönliche Verhältnis zum Arzt

Im zweiten Teil des Berichts werden sodann Studien zu spezifischen alternativmedizinischen Heilungsphänomenen vergleichend vorgestellt. Hierzu wird zuerst auf die in den Studien benannten sozio-kulturellen Kontextfaktoren für die Diversifizierung der deutschen Therapielandschaft eingegangen, bevor unterschiedliche Personengruppen innerhalb der sozialen Beziehungen der Gesundheitsfürsorge genauer Betrachtung finden. Auf der Seite der Patienten stellen wir insbesondere dar, warum sie alternativmedizinische Verfahren in Anspruch nehmen und wie genau, d.h. in welchen Fällen und mit welchen Beschwerden, sie dies tun.

Gesler 1992) wird hier genutzt, um die Heterogenität des deutschen Gesundheitswesens in seiner vielschichtigen Einbettung in die Gesellschaft zu beschreiben. Mit dieser Definition beschränken wir uns nicht auf physische Orte der Heilung, sondern nutzen das Konzept in einem weiteren anthropologischen Sinn, um soziale Beziehungen und Strukturen zu beschreiben, durch die Personen navigieren, um Heilung zu finden (Winchester und McGrath 2017). Eine Therapielandschaft als eine historisch gewachsene und sich ständig wandelnde Umwelt konstituiert sich demnach unter anderem in öffentlichen Diskursen, institutionalisierten Wissensformen, rechtlichen Regelungen und politisch-ökonomischen Strukturen, innerhalb derer konkrete zwischenmenschliche Begegnungen, Behandlungspraktiken und Erfahrungen von Krankheit und Heilung stattfinden (vgl. Williams 1998).

Auf der Seite der Gesundheitsexperten werden wir uns wiederum der Frage widmen, warum und wie Ärzte, Heilpraktiker und Geistheiler alternativmedizinische Verfahren anbieten. Dieses Angebot sowohl innerhalb als auch außerhalb des öffentlichen Gesundheitssektors werden wir hinsichtlich struktureller Zwänge und der Legitimierung professioneller Autorität untersuchen. Gleichzeitig werden wir im Verlauf des Berichts punktuelle Vergleiche zu anderen europäischen

Ländern ziehen, um so die spezifische Stellung der Alternativmedizin innerhalb der deutschen Therapielandschaft zu verdeutlichen. Im Fazit werden schließlich auf Basis der gesichteten Studien Implikationen für das deutsche Gesundheitswesen sowie Forschungsdesiderate für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit alternativen Vorstellungen von Gesundheit und Heilung abgeleitet.

2. Herausbildung der deutschen Therapielandschaft: Ein (begriffs-)historischer Abriss

Medizinhistorische Untersuchungen stoßen bei dem Versuch, die Etablierung einer gesellschaftlich legitimierten Stellung alternativer Heilungspraktiken nachzuzeichnen, unmittelbar auf die Frage nach der Definition ihres Forschungsgegenstands (Jütte 2010): Was kann aus heutiger Sicht als ‚alternativ‘ zu einem bestimmten historischen Zeitpunkt beschrieben werden – vor allem da die Bezeichnung ‚alternativ‘ eine vergleichsweise neue Begriffsschöpfung aus der ‚Alternativbewegung‘ der 1980er und 90er Jahre darstellt? Und wozu bilden historisch situierte Praktiken eine Alternative, wenn die Biomedizin selbst in ihrer heutigen Verfassung ein Phänomen der letzten 100 bis 150 Jahre ist? Aufgrund dieser Problematik wählt Jütte in seiner Darstellung der *Geschichte der alternativen Medizin* (1996) einen begriffshistorischen Ansatz (Jütte 1996, 18) und unterscheidet sechs Phasen in der Entwicklung der Alternativmedizin in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert. Diese Phasen waren durch unterschiedliche Abgrenzungsdynamiken zwischen herrschenden und unorthodoxen therapeutischen Ansätzen gekennzeichnet und erfordern damit unterschiedliche Begrifflichkeiten zur Beschreibung der hier erfolgten, oft konfliktiven Prozesse. Im folgenden historischen Abriss folgen wir Jüttes Einteilung (vgl. Tabelle 1, S. 11) und illustrieren diese durch die Einbeziehung medizinhistorischer Studien zur Entwicklung spezifischer Medizinsysteme wie der Naturheilkunde (Heyll 2006) und der Homöopathie (Dinges 1996).

2.1 Alternativmedizin in Deutschland von 1800 bis 1945

Der Beginn der Ausdifferenzierung in unterschiedliche Therapieformen im heutigen Deutschland wird medizingeschichtlich zu Beginn des 19. Jahrhunderts angesetzt, nachdem sich um 1800 eine „zünftige“ Medizin etablierte, welche Genehmigungen zur Berufsausübung beispielsweise an Ärzte und Hebammen vergab. Während die hier entstehende, wissenschaftlich und standespolitisch zersplitterte Ärzteschaft weder eine klar abgegrenzte Berufsgruppe noch eine Einheit in Krankheitslehre oder Therapieangebot darstellte, einte sie eine deutliche Ablehnung von „Quacksalbern“, „Pfuschern“ und „Medikastern“ (d.h. Heilern ohne Zulassung; Jütte 1996, 19–21). In diesem Klima verortet Heyll (2006) auch das Aufkommen der Naturheilkunde mit der Etablierung der „Gräfenberger Wasserkur“ durch Vincenz Prießnitz (1799-1851): Diese Therapieform gründete nicht nur auf einem neuartigen Verständnis einer heilsamen Natur, die als alleinige Quelle von Gesundheit genutzt werden sollte, um einen „Zustand ursprünglicher Natürlichkeit“ (Heyll 2006, 12) im Menschen herbeizuführen. Auch bildete sich die Naturheilkunde explizit als Laienbewegung mit Anspruch auf freie Zugänglichkeit und prinzipielle Einfachheit der Anwendungen in Abgrenzung zu einem sich langsam etablierenden Expertentum lizenzierter Ärzte in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts heraus (Heyll 2006, 39–43).

Ungefähr zur selben Zeit, nämlich in den Jahren 1810 bis 1850, verortet Jütte auch die Entstehung einer weiteren Grenzziehung zwischen ‚Homöopathie‘ und ‚Allopathie‘. Der Arzt und medizinische Schriftsteller Samuel Hahnemann (1755-1843) begründete das neue heilkundliche System der Homöopathie 1810 auf der Grundlage des „Simile“- oder „Ähnlichkeitsprinzips“, gemäß dessen „eine Krankheit mit demjenigen Arzneimittel behandelt werden [sollte], das an Gesunden eine möglichst ähnliche, künstliche Krankheit zu erzeugen imstande ist“ (Jütte 1996, 23). Hahnemann prägte ebenso den Sammelbegriff der ‚Allopathie‘ zur Bezeichnung von Lehren, die auf dem Prinzip der Gegensätzlichkeit von Krankheit und Arznei beruhen, und grenzte hierüber seine homöopathische Heilkunde ab (Jütte 1996, 24–27). Auch diese Grenzziehung verlief jedoch nicht nur entlang der Erklärungen von Krankheit und Heilung, sondern – wie auch bei der Naturheilkunde – über die Rolle der Selbstmedikation, die einen integralen Bestandteil der homöopathischen Organisationsform Mitte des 19. Jahrhunderts darstellte (Dinges 1996, 11).

Für die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts, genauer zwischen den Jahren 1850 und 1880, beschreibt Jütte einen allmählichen Zusammenschluss der Ärzteschaft unter dem Banner der „wissenschaftlichen Medizin“, die sich auf Erkenntnisse naturwissenschaftlicher Methoden aus der Physik und Chemie stützt (Jütte 1996, 27). Dieses Selbstverständnis hatte weitreichende Konsequenzen für die Krankheitsätiologie dieser Zeit, die Erkrankungen ausschließlich in der Anatomie des Körpers lokalisierte.⁴ Durch den gesellschaftlichen Aufschwung dieser auf den Naturwissenschaften basierenden Medizin sahen sich sowohl Naturheilkunde als auch Homöopathie in die Außenseiterposition gedrängt. Gleichzeitig erfuhr die Laienpraxis eine erste gesetzliche Legiti-

mierung, da die „Kurierfreiheit“ durch die 1871 in Kraft getretene Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes etabliert wurde.

Im Zusammenspiel von gesetzlicher Legitimierung und wissenschaftlicher Außenseiterstellung kam es in naturheilkundlichen und homöopathischen Bewegungen zu Professionalisierungs- und Institutionalisierungsbestrebungen: Diese schlugen sich nieder in der Gründung von Vereinen und Fachzeitschriften wie dem *Naturarzt* sowie dem Beschluss, das naturkundliche Wissen durch ein Ausbildungsprogramm und eine Prüfungskommission zu vereinheitlichen (Heyll 2006, 150). So beschreibt Dinges, dass unter den Anhängern der Homöopathie die Ansicht herrschte,

„daß die Homöopathie sich nur weiterentwickeln könne, wenn sie sich nicht auf dem Erreichten ausruhe, sondern durch solide Arzneimittelprüfung und klinische Beobachtungen mit der Entwicklung der allgemeinen Medizin Schritt hält“ (Dinges 1996, 11).

Eine Tendenz zur Verwissenschaftlichung zeigte sich analog auch bei naturheilkundlich interessierten Ärzten in dem Bedürfnis, die in der Naturheilkunde identifizierten „natürlichen Heilfaktoren“ – wie beispielsweise Wasser, Luft und Sonne – auf kontrollierte Weise zu nutzen und deren Erfolge über die Etablierung der „Physikalischen Therapie“ als Teilgebiet der wissenschaftlichen Medizin messbar zu machen (Heyll 2006, 109–16).

Für die Zeit um die Jahrhundertwende beschreibt Jütte eine erneute Verhärtung der Fronten zwischen alternativer und naturwissenschaftlicher Medizin. Diese äußerte sich vor allem in polemisch geführten öffentlichen Debatten, in denen Homöopathen und Naturärzten „Kurpfuscherei“ vorgeworfen wurde, während diese wiederum die Gegenseite mit dem abwertend gemeinten Begriff der „Schulmedizin“ belegten (Jütte 1996,

⁴ Indem er die Zelle als Sitz von Krankheit und Ansatzpunkt für Therapien identifizierte, trug Rudolf Virchow (1821-1902) als Begründer der Zellulärpathologie maßgeblich zu einer „naturwissenschaftlichen Medizin“ bei und sprach sich deutlich gegen die Institutionalisierung alternativer Medizinsysteme aus (Jütte 1996, 27–29). Gleichzeitig gilt Virchow mit seiner Devise von „Medizin als Sozialwissenschaft“ als einer der Begründer der Sozialmedizin, die sozio-ökonomische Faktoren für die Erklärung von gesellschaftlichem Leiden miteinbezieht. Damit sah Virchow sozialpolitische Maßnahmen wie z.B. Vollbeschäftigung und Bildung als effektive Mittel zur Krankheitsbekämpfung an (vgl. Dewalt und Pincus 2003; Taylor und Rieger 1985).

32–36). Für den Beginn des 20. Jahrhunderts proklamiert Heyll mit dem Erstarken der wissenschaftlichen Medizin allerdings das Ende der „klassischen“ Naturheilkunde mit ihren Prinzipien der Laienpraxis und der Arzneilosigkeit (Heyll 2006, 173). So übernahmen „approbierte Naturärzte“ zunehmend führende Positionen in der Naturheilbewegung und versuchten, Schulmedizin und Naturheilkunde zu vereinen, indem sie eine kompromissbereite Haltung zur Anwendung von Medikamenten und Impfungen einnahmen (Heyll 2006, 176–77).



Illustration der Kneippkur von 1894: Wasser als zentrales Heilmittel ©

Mitte der 1920er Jahre kam es dann jedoch auch zur „Krise der [Schul-]Medizin“ selbst, innerhalb derer „die fortschreitende Technisierung in der Medizin, das übertriebene Spezialistentum und die Verwissenschaftlichung der Heilkunde“ (Jütte 1996, 42) beklagt wurden. Dieser Vertrauensverlust in die Schulmedizin zeigte sich in einem er-

neuten Anstieg naturheilkundlicher Lientherapeuten und wachsenden Mitgliederzahlen bei naturheilkundlichen Verbänden in den 1930er Jahren (Ernst, Edzard 2001, 49). Zum Ende der Weimarer Republik suchten einige Ärzte eine Überwindung der ‚Krise der Medizin‘ in völkisch-nationalistischen Bestrebungen zur Begründung einer „Neuen Deutsche Heilkunde“ als Synthese aus Schulmedizin und Naturheilkunde (Jütte 1996, 42–45). Innerhalb dieses Klimas erfreute sich auch die „Biologische Medizin“ großer Popularität: Als rein ärztliche Bewegung forderte sie die prinzipielle Freiheit des Arztes in der Therapiewahl und inkorporierte dabei Elemente aus Naturheilkunde, Homöopathie und hippokratischer Humoralmedizin in die wissenschaftliche Medizin (Heyll 2006, 201–4).

Während des Nationalsozialismus erfuhren alternative Heilmethoden innerhalb der ‚Neuen Deutschen Heilkunde‘ folglich großen Zuspruch – nicht zuletzt aufgrund der mehrheitlich systemtreuen Haltung naturheilkundlicher, ‚biologischer‘ und homöopathischer Vereinigungen sowie von deren Vertretern. Die Idee der „Vorsorge“ für die Volksgesundheit hielt Einzug in die nationalsozialistische Gesundheitspolitik und betraute Praktizierende der ‚Neuen Deutschen Heilkunde‘ mit der Rolle der rassenhygienischen Erbpflege:

„Was der nationalsozialistische Staat durch Erziehung, militärische Disziplin und Gehorsam zu erreichen suchte, das konnte die Medizin durch die Erbpflege und Vorsorge unterstützen. Am Ende all dieser Anstrengungen stand der rassenbewusste, leistungsfähige Deutsche, der sein Schicksal dem Kampf und dem Überleben seines Volkes widmete.“ (Heyll 2006, 237; vgl. Jütte 1996, 45).

Um das angestrebte Ziel einer Synthese aus Schul- und Alternativmedizin zu erreichen, wurde 1939 die Stellung nicht-ärztlicher Heilpraktiker durch das ‚Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung‘ rechtlich legitimiert. Die Laienheilpraktik sollte hierbei lediglich eine Übergangslösung darstellen, die innerhalb von einer Generation in die professionelle Ausbildung von approbierten Ärzten inkorporiert werden würde. Aus diesem Grund untersagte das Gesetz die Ausbildung neuer Heilprakti-

ker, was jedoch durch eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts 1957 gekippt wurde (Demling 2002; Ernst, Edzard 2001).

Als weiteren Grund für den Popularitätsgewinn ‚natürlicher Heilmethoden‘, insbesondere der Homöopathie, zwischen 1933 und 1945 gilt deren ideologische Inszenierung als die „deutsche“ bzw. „arischste“ aller Therapieformen sowie ihre kostengünstige Anwendung (Ernst, Edzard 2001, 50–51). Eine ähnliche Erklärung findet sich bei Heyll für die Etablierung der zuvor kaum beachteten Pflanzenheilkunde (oder ‚Phytotherapie‘): Die durch die Kriegswirtschaft bedingte Knappheit an Arzneimitteln und eine in die Pflanzenheilkunde projizierte „deutsche Lebensart“ verhalfen ihr zur Anerkennung als valides und kostengünstiges Therapeutikum, welche auch nach Ende des Nationalsozialismus anhielt (Heyll 2006, 253–57). Eine Synthese aus unterschiedlichen Therapieformen unter dem Deckmantel der ‚Neuen Deutschen Heilkunde‘ wurde insbesondere in dem 1934 in Dresden gegründeten ‚Rudolf Hess Krankenhaus‘ – jedoch lediglich für etwa sieben Jahre – praktiziert (Ernst, Edzard 2001, 50).

2.2 Zur gesundheitspolitischen Verankerung der Alternativmedizin 1945 bis heute

Sowohl Heyll als auch Jütte betonen, dass vor allem die Naturheilkunde und Homöopathie ihre in der ‚Neuen Deutschen Heilkunde‘ konsolidierte Position in den Nachkriegsjahren bewahrten. Unter dem nicht-vorbelasteten Label der „Ganzheitsmedizin“ (Jütte 1996, 55–65) konnten deren Vertreter ihre gesellschaftliche Stellung in West-Deutschland – weitestgehend in personeller Kontinuität – ausbauen. Hierzu kommentiert Jütte die fehlende Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Vergangenheit nicht ohne Zynismus:

„Daß dabei nur alter, in manchen Fällen schon leicht firner Wein in neue Schläuche gefüllt wurde, schien niemanden zu stören.“ (Jütte 1996, 57).

In den 1960er und 70er Jahren versah dann zwar die mit den Studierendenprotesten in der BRD aufkommende Gesundheitsbewegung die ‚Ganzheitsmedizin‘ mit neuem gesellschaftskritischem Potential, indem sie eine stärkere Ausrichtung an

den Lebensbedingungen und Wünschen der Patienten forderte. Diese Kritik am Gesundheitswesen ebte in den folgenden zwei Jahrzehnten allerdings schnell wieder ab und machte einem Fokus auf individuelle Genesung innerhalb ‚ganzheitlicher‘ Heilweisen Platz (Jütte 1996, 59–62).

Dennoch sorgten für die anhaltende Popularität auch nicht-ärztlicher Heilkunde gerade in der BRD eine Reihe rechtlicher Anpassungen und Erweiterungen. 1957 änderte das Bundesverfassungsgericht das Heilpraktikergesetz von 1939 dahingehend, dass neue Heilpraktiker in West-Deutschland ausgebildet und zugelassen werden konnten. Im Vergleich hierzu blieb das Gesetz in der DDR unverändert bestehen (Demling 2002) – mit weitreichenden Folgen:

„Nach und nach sank die Zahl der Heilpraktiker, bis es zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung 1989 nur noch zwölf Personen gab, die eine Zulassung besaßen, alle weit über 70 Jahre alt.“ (Heyll 2006, 271).

Ein weiterer entscheidender Faktor zur gesetzlichen Konstituierung einer heterogenen Therapielandschaft in der BRD war zudem die Anerkennung der Homöopathie, Naturheilkunde und anthroposophischen Medizin als ‚besondere Therapierichtungen‘ innerhalb des Arzneimittelgesetzes im Jahr 1976, wodurch die Zulassung alternativmedizinischer Arzneimittel reguliert werden sollte (Frank und Stollberg 2002, 225).

Für die aktuelle gesetzliche Regulierung alternativer Heilmethoden bekundet Taupitz, dass das deutsche Recht über „eine verhältnismäßig gering ausgeprägte ordnungsrechtliche (präventive) Reglementierung“ (Taupitz 2010, 256) verfügt. Als Hauptinstrument zur gesetzlichen Prävention gelten hierbei die sogenannten ‚Arztvorbehalte‘, welche die Ausübung bestimmter Tätigkeiten nur approbierten Ärzten gestatten. Darunter fallen unter anderem die Zahnheilkunde, die Behandlung von meldepflichtigen Infektionskrankheiten, die Geburtshilfe, die Ausführung von Schwangerschaftsabbrüchen sowie die Verabreichung von Betäubungsmitteln und verschreibungspflichtigen Medikamenten. Damit wird nicht-ärztlichen Heilbehandlern die Tätigkeit in diesen festgelegten Gebieten klar untersagt. Neben Ärzten dürfen jedoch auch Heilpraktiker die ‚Heilkunde am

Menschen' in den durch die Arztvorbehalte nicht ausgesparten Gebieten ausüben, sofern diese über eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz verfügen (vgl. Demling 2002).

Diese rechtliche Privilegierung von Heilpraktikern birgt nach Taupitz⁵ zwei Probleme: Zum einen handle es sich bei der Heilpraktikererlaubnis nicht um einen „Fachkundenachweis“, sondern lediglich um eine „Gefahrenabwehr“, denn die Prüfung durch das Gesundheitsamt sei „nur darauf gerichtet zu ermitteln, ob der Kandidat um die Grenzen seiner Befugnisse und die Gefahren seiner Tätigkeit weiß“ (Taupitz 2010, 251–52). Zum anderen sei nicht klar festgelegt, was konkret als ‚Heilkunde am Menschen‘ gelte. So hat die Rechtsprechung folgende Behandlungen der Heilkunde zugeordnet mit der Folge, dass Praktizierende eine Erlaubnis hierfür benötigen: Wunderheilen, Heilmagnetisieren, Synergetik-Therapie, Handauflegen, Chiropraktik und die berührungslose Augeninnendruckmessung. Im Jahr 2004 erweiterte jedoch das Bundesverfassungsgericht die Befugnisse nicht-lizenzierter Heiler im Bereich der spirituellen Heilung (Stöckigt et al. 2015a, 186), indem es das „Wunderheilen‘ durch Handauflegen, sofern gleichzeitig auf die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung hingewiesen wird“ (Taupitz 2010, 251) von der ‚Heilkunde am Menschen‘ ausnahm. Damit stelle das „Geistige Heilen“ laut Bundesverfassungsgericht keine Gefährdung der Volksgesundheit dar (Voss 2011, 50).

Trotz weniger präventiver Regulierungen finden sich ‚weiche‘ Reglementierungen des Gesundheitswesens in der deutlich eingeschränkten Finanzierung alternativer Verfahren durch die Krankenkassen. Auch die Arzneimittelfinanzierung bei den ‚besonderen Therapieeinrichtungen‘ ist Taupitz zufolge in den letzten Jahren durch zunehmend restriktive Regelungen erschwert worden, sodass wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Verfahren grundsätzlich nicht durch die

gesetzliche Krankenversicherung übernommen werden (Taupitz 2010, 252–53). Bei den privaten Krankenkassen wiederum gibt es für Versicherte die Möglichkeit, alternativmedizinische Verfahren finanziert zu bekommen, sofern diese „sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder [...], weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen“ (Taupitz 2010, 254). Aufgrund dieser weitestgehend ‚weichen‘ Reglementierungen im deutschen Gesundheitsrecht kommt Taupitz zu dem Schluss, dass der deutsche Staat anstelle von restriktiven Regulierungen maßgeblich auf die Eigenverantwortung der Patienten setzt, indem er die Pflicht zu deren Aufklärung vor der Durchführung alternativmedizinischer Verfahren vorschreibt (Taupitz 2010, 256–57).



Handauflegen wurde im Jahr 2004 als Teil der spirituellen Heilung von der ‚Heilkunde am Menschen‘ ausgenommen

Diese Eigenverantwortung stellen auch Pauli und Brandner (2010) heraus, wenn sie auf die Sonderstellung Deutschlands durch das Nichtvorhandensein einer gesetzlichen Impfpflicht verweisen. Hierdurch werde Eltern die Handlungsoption eröffnet, sich – meist basierend auf alternativmedizinischen Gesundheitsvorstellungen – gegen eine Impfung ihrer Kinder zu entscheiden (Pauli und Brandner 2010, 75–76).

⁵ Der auf Medizinrecht und -ethik spezialisierte Jurist Taupitz gehört dem ‚Münsteraner Kreis‘ an und zählt zu den Verfassern der zwei „Münsteraner Memoranden“ (vgl. Abschnitt 1, S. 3). Auch der zuvor bereits zitierte Arzt und Professor Emeritus für Komplementärmedizin der Universität Exeter, Edzard Ernst, gehört zu den Verfassern. In einem Gastbeitrag in der *Süddeutschen Zeitung* proklamierte er beispielsweise, die Wirkung von Homöopathika sei ausschließlich auf den Placeboeffekt zurückzuführen, und forderte deren Verkaufsstopp in Apotheken (Ernst, Edzard, 10. August 2018).

Tabelle 1: Konsolidierung der deutschen Therapielandschaft, Phaseneinteilung nach Jütte (1996)⁶

(1) Um 1800	<ul style="list-style-type: none"> • Herausbildung einer „zünftigen“ Medizin gegenüber nicht-lizenzierten Heilern
(2) 1810-50 1810 1811	<ul style="list-style-type: none"> • Etablierung der Homöopathie und Naturheilkunde • Erste Veröffentlichung Samuel Hahnemanns (1755-1843) zur Homöopathie • Anfänge der Naturheilkunde in der Begründung der „Gräfenberger Wasserkur“ durch Vincenz Prießnitz (1799-1851)
(3) 1850-80 1871	<ul style="list-style-type: none"> • Herausbildung der „wissenschaftlichen Medizin“ • Professionalisierungs- und Institutionalisierungsbestrebungen innerhalb der homöopathischen und naturheilkundlichen Bewegung • Beschluss der ‚Kurierfreiheit‘ durch die Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes
(4) 1880-1932 Mitte 1920er	<ul style="list-style-type: none"> • Verhärtete Fronten zwischen „Schulmedizin“ und „Kurpfuscherei“ • Technisierung und Verwissenschaftlichung der Homöopathie und Naturheilkunde • Etablierung der „Physikalischen Therapie“ und der „Biologischen Medizin“ • „Krise der Medizin“: Vertrauensverlust in Schulmedizin • Zulauf zu naturheilkundlichen Lientherapeuten
(5) 1933-45 1939	<ul style="list-style-type: none"> • „Neue Deutsche Heilkunde“: Versuch einer Synthese zwischen Schul- und Alternativmedizin • Konsolidierung der Homöopathie und Naturheilkunde • Relevanzgewinn der Pflanzenheilkunde • ‚Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung‘ (‚Heilpraktikergesetz‘)
(6) 1945-95 1957 1976	<ul style="list-style-type: none"> • Neuaufstellung alternativer Heilmethoden unter dem Label der „Ganzheitsmedizin“ in der BRD • Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum ‚Heilpraktikergesetz‘ von 1939: Ausbildung von Heilpraktikern gestattet • Anerkennung der ‚besonderen Therapieeinrichtungen‘ innerhalb des Arzneimittelgesetzes
Heute 2004	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtliche Sonderstellung der Heilpraktiker mit der eingeschränkten Erlaubnis zur Ausübung der ‚Heilkunde am Menschen‘ • Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts: Spirituelle Heilung durch Handauflegen auch ohne Heilpraktikerausbildung zulässig

⁶ Da Jüttes Phaseneinteilung aufgrund des Erscheinungsdatums seines Werks (1996) nur bis 1995 reicht, wurden aktuellere, vor allem rechtliche Entwicklungen zur Stellung alternativmedizinisch Praktizierender ergänzt.

Im internationalen Vergleich

Noch stärker als in Deutschland ist die Alternativmedizin in der Gesundheitsversorgung der Schweiz verankert. Dort werden seit 2012 komplementärmedizinische Verfahren wie anthroposophische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie und Phytotherapie durch die Krankenkassen als Pflichtleistung angeboten und an Hochschulen gelehrt (Matthiessen 2018, 174). Martin und Debons (2015, 276–77) verorten die große Popularität der Alternativmedizin zum einen in einer europaweiten Entwicklung hin zu einem medizinischen Pluralismus (vgl. Cant und Sharma 1999). Zum anderen verweisen die Autoren auf komplizierte Regulierungen zur Kostenübernahme alternativen medizinischer Verfahren zwischen öffentlichen Krankenkassen und private Zusatzversicherungen, sodass Patienten in der Schweiz oft auch bei höherer Eigenbeteiligung Alternativmedizin in Anspruch nehmen (Martin und Debons 2015, 286).

Im Vergleich zur deutschen Situation, in der ein medizinischer Pluralismus – nicht zuletzt durch die lange Geschichte der Alternativmedizin – zum ärztlichen Alltag gehört, betrachtet Almeida

(2012) die Unterschiede in der Inkorporation von Akupunktur und Homöopathie in das portugiesische Gesundheitswesen. Sie beschreibt eine sehr späte Auseinandersetzung mit der Komplementär- und Alternativmedizin (kurz CAM für *Complementary and Alternative Medicine*) in Portugal, wo Akupunktur erst 2002 als therapeutisches Verfahren zugelassen wurde, während Homöopathie bis dato verboten blieb (Almeida 2012, 13). Die späte Anerkennung von CAM schreibt Almeida dem Einfluss der portugiesischen Ärztekammer zu, die am Schutz des ärztlichen Berufsstandes interessiert sei. Die Abneigung der Ärzteschaft gegenüber der Homöopathie im Speziellen erklärt die Autorin durch ökonomische Interessen des biomedizinischen Establishments, dessen Verbindungen zur Pharmaindustrie durch eine preiswertere Herstellung homöopathischer Pharmazeutika geschwächt werden könne (Almeida 2012, 19). Am Beispiel der Niederlande zeigen Schepers und Hermans (1999) jedoch auf, dass eine rechtliche Legitimierung alternativmedizinisch Praktizierender 1993 kaum die soziale und kulturelle Autorität der Biomedizin und ihrer Vertreter in Frage stellte.

3. Gesellschaftliche Stellung alternativmedizinischer Behandlungsformen in Deutschland

Der Überblick über die Geschichte alternativer Therapieverfahren und Medizinsysteme in Deutschland verweist bereits auf Debatten, die auch heute innerhalb der heterogenen Therapielandschaft in Deutschland Relevanz entfalten – vor allem hinsichtlich einer ‚Krise der Medizin‘, die alternativen Heilmethoden einen großen Zulauf verschaffte. Auch verorten sich rezente Heilphänomene innerhalb der sich im Laufe der Geschichte verschiebenden Konfliktlinien. So konzeptualisiert Naraindas (2011) beispielsweise sein ethnografisches Beispiel eines ayurvedischen Spas in Norddeutschland als Variation der Kur, welche als naturheilkundliche Therapieform bereits seit dem 19. Jahrhundert im deutschen Gesundheitswesen verankert ist. Zuletzt kam es im Zuge einer Professionalisierung unterschiedlicher

Laienbewegungen ab der Mitte des 19. Jahrhunderts zu Tendenzen der Verwissenschaftlichung und Technisierung, was sich heute an einem breiten Spektrum alternativmedizinischer Verfahren zeigt, die von ‚naturgemäßem‘ Heilen bis hin zu Apparaten-gestützter Diagnostik und Therapie reichen.

Nach einer ersten Zusammenschau der entsprechenden Studien seit den 1970er Jahren soll in diesem Abschnitt der aktuellen Popularität alternativen medizinischer Behandlungsformen in der deutschen Gesellschaft unter Einbeziehung repräsentativer Nutzerbefragungen nachgegangen werden. Eine wachsende Relevanz und Akzeptanz alternativer Medizin in Deutschland lässt sich dabei nach Stange (2010) anhand von drei Kriterien

aufzeigen: (1) am Interesse an und der Anwendung von Alternativmedizin innerhalb der Bevölkerung, (2) an Marktdaten zur Finanzierung von Behandlungen und Naturheilmitteln sowie (3) an Zusatzqualifikationen von Ärzten und deren Behandlungspraxis (Stange 2010, 37). Die wenigen repräsentativen Umfragen, die sich dem Thema

in Deutschland widmen, konzentrieren sich dabei hauptsächlich auf das erste Kriterium. Zudem soll darauf hingewiesen werden, dass sich unterschiedliche Verteilungen in den gesichteten Studien zum einen durch Variationen in den Erhebungszeitpunkten, den Grundgesamtheiten für die Stichprobenauswahl und den statistischen

Tabelle 2: Gegenüberstellung der abgefragten alternativmedizinischen Verfahren und ihrer Kategorisierung in zwei repräsentativen Studien

Härtel und Volger (2004)	Linde et al. (2013)
Klassische Naturheilverfahren	Naturheilverfahren
Bewegungstherapie Heilpflanzentherapie (Phytotherapie) Hydrotherapie Medizinische Massagen Thermotherapie Ernährungstherapie Balneotherapie Ordnungstherapie	Bewegungstherapie Phytotherapie Hydrotherapie Ernährungstherapie Ordnungstherapie
Weitere Naturheilverfahren	(Entspannungstechniken)
Spezielle Entspannungstechniken Manuelle Therapie/Chirotherapie Akupunktur/Akupressur Lichttherapie Atemtherapie Klimatherapie Therapeutisches Fasten Ausleitende Verfahren Neuraltherapie	Entspannungstechniken Chiropraktik und Osteopathie Akupunktur
Eigenständige medizinische Richtungen	Komplementäre und alternative Medizin
Homöopathie Traditionelle Chinesische Medizin Anthroposophische Medizin Ayurvedische Medizin	Homöopathische Medizin

Auswertungsverfahren, zum anderen aber vor allem durch eine Uneinheitlichkeit in der Definition und Bezeichnung alternativmedizinischer Praktiken ergeben. (vgl. Tabelle 2, S. 13)

3.1 Nutzung alternativer Medizin in der Bevölkerung

Vor allem in den 1970er und 80er Jahren verzeichneten Studien⁷ einen Anstieg in der Nutzung

⁷ Marstedt und Moebus (2002) stützen ihre Analyse hauptsächlich auf publizierte Zahlen gesetzlicher Krankenkassen und öffentlicher Verbände sowie auf Umfragedaten des Instituts für Demoskopie Allensbach.

und Intensität der Inanspruchnahme von Naturheilmitteln, sodass zum Ende der 1990er Jahre 73 Prozent der deutschen⁸ Bevölkerung ab 16 Jahren angaben, Erfahrungen mit alternativer Medizin zu haben (Marstedt und Moebus 2002, 13). Die weite Verbreitung von Alternativmedizin hielt auch nach der Jahrtausendwende an, erfuhr jedoch einen leichten Rückgang auf 63 Prozent in der Gesamtbevölkerung (erwachsene Deutsche) in 2012 (Linde et al. 2013, 133). Vor allem in den Jahren 2005 und 2006 lässt sich dieser Rückgang nach Linde et al. (2013, 130–31) durch den Finanzierungsstopp für Naturheilmittel erklären. Gleichzeitig verzeichnen die Autoren jedoch im gleichen Zeitraum auch einen leichten Rückgang bei der Anwendung von Naturheilverfahren und Akupunktur, wohingegen die Nutzung von Entspannungstechniken leicht anstieg. Aufgeschlüsselt nach Verfahren, die in den 12 Monaten vor der Befragung Anwendung fanden, wurden bei Härtel und Volger (2004, 329–30) vor allem Bewegungstherapie (29%), Heilpflanzentherapie (27%) und Hydrotherapie (21%) genutzt. Bei der Studie von Linde et al. (2013, 121) wiederum gaben die Befragten an, in den 12 Monaten vor der Studie hauptsächlich Naturheilmittel (27%), homöopathische Medizin (17%) und Naturheilverfahren (14%) genutzt zu haben.

Die Inanspruchnahme alternativer Medizin verteilt sich dabei keinesfalls gleichmäßig in der deutschen Bevölkerung. Während die different verlaufenden Geschichten alternativer Medizin in den ‚alten‘ und ‚neuen‘ Bundesländern keine Berücksichtigung in den Studien finden, werden vor allem Homöopathie und Naturheilmittel deutlich stärker von Frauen als von Männern genutzt (zur Homöopathie vgl. Tabelle 3, S. 17).

Des Weiteren stellen Härtel und Volger allgemein den starken Einfluss von Geschlecht, Bildungs- und Familienstand auf die Anwendung alternativer Verfahren heraus:

„Frauen, Verheiratete und Personen mit höherem Schulabschluss hatten signifikant häufiger Naturheilverfahren in Anspruch genommen als Männer, nicht

Verheiratete oder Personen mit niedrigerem Schulabschluss als Abitur oder Fachabitur.“ (Härtel und Volger 2004, 331).

Linde et al. beschreiben eine ähnliche gesellschaftliche Verortung der alternativmedizinischen „Vielnutzer[in]“: Sie ist zwischen 40 und 59 Jahre alt, gehört „höheren sozialen Schichten“ (gemessen an Bildungsstand, Einkommen und Beruf) an und gibt häufiger an, einen schlechten oder weniger guten Gesundheitszustand und ein höheres Gesundheitsbewusstsein zu haben (Linde et al. 2013, 123). Diese soziodemografische Verteilung, in der Frauen mit höherem Bildungsstand und sozioökonomischem Status zu den stärksten Nutzerinnen alternativmedizinischer Verfahren zählen, bestätigt sich auch im europäischen Vergleich (Kemppainen, Laura M. et al. 2018, 451). Aus welchen konkreten Gründen Frauen jedoch alternativmedizinische Verfahren vermehrt nutzen, ist hierbei nicht abschließend geklärt. Zwei mögliche Erklärungen sind, dass Frauen in einer traditionellen Aufteilung der Geschlechterrollen mit der Sorge um die Kinder betraut sind, für die ‚sanfte‘ Therapieformen bevorzugt werden, oder dass Frauen aufgrund ihrer durchschnittlich längeren Lebensdauer häufiger an chronischen Erkrankungen leiden (Degele 1998, 197). Des Weiteren kann die Zugehörigkeit dieses Nutzerkreises zu ‚höheren sozialen Schichten‘ mit einer größeren Sorge um den eigenen Körper und der Inanspruchnahme entsprechender, teils kostenpflichtiger Therapien korrelieren.

Die allgemeinen Motive für die Inanspruchnahme von Alternativmedizin in repräsentativen Studien waren chronische Erkrankungen und als erfolglos erlebte schulmedizinische Interventionen, Angst vor Nebenwirkungen bei medikamentösen Therapien sowie die als positiv empfundene persönliche Beziehung mit Alternativtherapeuten (Marstedt und Moebus 2002, 22–23). Der konkrete Zweck der Anwendung alternativer Verfahren war hierbei am häufigsten die Linderung leichter Beschwerden (70% der männlichen und 72% der weiblichen Befragten). Deutlich seltener, und zwar nur bei zwischen 10 und 18 Prozent der

⁸ Die gesichteten repräsentativen Studien unterscheiden in ihrer Analyse der Nutzung alternativer Behandlungsformen nicht zwischen ‚alten‘ und ‚neuen‘ Bundesländern.

Anwendungen, wurden Verfahren zur Vorbeugung oder zur Behandlung einer Krankheit herangezogen (Härtel und Volger 2004, 330–31). Dabei fanden unterschiedliche Verfahren für unterschiedliche Beschwerden Anwendung. Naturheilmittel und homöopathische Mittel wurden besonders häufig bei vorübergehenden Erkrankungen, Akupunktur und Chirotherapie/Osteopathie hingegen bei chronischen Erkrankungen, und Entspannungstechniken bei allgemeinen Beschwerden sowie zur Vorbeugung genutzt (Linde et al. 2013, 125).



Angst vor Nebenwirkungen von Medikamenten ist ein Faktor bei der Entscheidung für Alternativmedizin ©

Die Therapieeffekte wurden durch die Befragten im Allgemeinen sehr gut eingeschätzt. Bei allen Therapieformen lag die Einschätzung, dass die Behandlung „gut geholfen“ habe, bei 40 Prozent oder mehr. Dabei wurde die Chiropraktik mit 61 Prozent als besonders wirksam eingeschätzt, wohingegen vergleichsweise viele Befragte (20%) angaben, dass die Akkupunktur „nicht geholfen“ habe. Verschlechterungen wurden bei allen Therapieformen nur in unter einem Prozent der Fälle konstatiert (Linde et al. 2013, 129). Zudem stellen Härtel und Volger fest, dass die Befragten den Wunsch äußerten, besser über den Nutzen von Naturheilverfahren durch die behandelnden

Ärzte informiert zu werden und diese auch verordnet zu bekommen. Damit ging die Forderung nach einer besseren Finanzierung von Naturheilverfahren durch die gesetzlichen Krankenkassen einher (Härtel und Volger 2004, 334), sowie die Schlussfolgerung einschlägiger Studien,

„dass die Anwendung von CAM-Verfahren [...] einen festen Platz in der deutschen Bevölkerung einnimmt und zumindest subjektiv in der Regel als wirksam bewertet wird“ (Linde et al. 2013, 134).

Im internationalen Vergleich

Im europäischen Vergleich zeigt sich zudem, dass Deutschland die Liste zur bevölkerungsweiten Nutzung alternativmedizinischer Verfahren anführt (Kemppainen, Laura M. et al. 2018, 451). Der Anteil der Befragten in Deutschland, die in den 12 Monaten vor der Umfrage mindestens eine Form von CAM nutzten, liegt hierbei bei 39,5 Prozent. Zusammen mit einer bevölkerungsweiten Nutzung von 39,4 Prozent in der Schweiz und 35,5 Prozent in Österreich ist damit die Inanspruchnahme alternativmedizinischer Verfahren im DACH-Raum⁹ im europäischen Vergleich am höchsten. Am seltensten nutzen Menschen in Ungarn (9,5%), Polen (12,9%) und Portugal (14,1%) alternativmedizinische Behandlungsformen. Unterschieden nach Behandlungsformen zeigten sich länderspezifische Nutzungspräferenzen (Kemppainen, Laura M. et al. 2018, 452–53): Traditionelle Asiatische Medizinsysteme (z.B. TCM, Akupunktur) wurden vermehrt in Dänemark, der Schweiz und Israel genutzt, wohingegen Litauen bei der Inanspruchnahme alternativer Medizinsysteme (z.B. Pflanzenheilkunde, Homöopathie) herausstach. Manuelle körperbasierte Therapien (z.B. Chiropraktik, Osteopathie) wurden am stärksten in Finnland, Österreich, der Schweiz und Deutschland genutzt, während die Bevölkerungen in Dänemark, Irland, Slowenien und Litauen das stärkste Interesse an Geist-Körper-Therapien (z.B. Hypnose, Geistheilung) hatten. Zudem weisen die Autoren darauf hin, dass Frankreich, Spanien und Deutschland ähnliche Muster

⁹ Das Akronym bezeichnet den Sprach- und Wirtschaftsraum, bestehend aus Deutschland (D), Österreich (A) und der Schweiz (CH).

in der Nutzung der unterschiedenen Therapieformen aufweisen (Kemppainen, Laura M. et al. 2018, 453).

3.2 Finanzierung alternativer Arzneimittel und ärztliche Behandlungspraxis

In einem der ersten Überblicke über repräsentative Studien zur Alternativmedizin in Deutschland belegen Marstedt und Moebus die wachsende Relevanz alternativer Verfahren anhand von Gesundheitsausgaben:

„Für den Gesamtbereich ‚alternativer Diagnose- und Therapieformen‘ ist [...] davon auszugehen, dass diese im Jahre 2000 mit grob geschätzt 4 Milliarden DM [Deutsche Mark] etwa ein Zehntel der Gesamtausgaben für ambulante Versorgung in der GKV [Gesetzliche Krankenversicherung] ausmachten“ (Marstedt und Moebus 2002, 11).

Zudem zahlen Patienten für alternativmedizinische Verfahren auch aus eigener Tasche, wenn diese nicht von den Krankenkassen übernommen werden: So betragen die Ausgaben von Bundesbürgern für Behandlungen durch Heilpraktiker und für alternativmedizinische Medikamente 2007 ca. 1,8 Milliarden Euro, und damit 0,3 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben dieses Jahres (Stange 2010, 40). Die Kostenübernahme für alternative Therapieformen durch die Krankenkassen schwankt hierbei stark je nach Verfahren – wobei die Kosten für Chirotherapie und Osteopathie in 62 Prozent, für Akupunktur in 57 Prozent, für Naturheilverfahren in 55 Prozent und für Entspannungstechniken in 38 Prozent der Fälle übernommen wurden (Linde et al. 2013, 126). Naturheilmittel (11 %) und homöopathische Medizin¹⁰ (16 %) wurden hingegen nur selten finanziert. Diese geringe Finanzierung und folglich

auch eine Abnahme in der Verschreibung von Naturheilmitteln erklärt Stange durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2003, wodurch rezeptfreie Arzneimittel (z.B. Homöopathika und Naturheilmittel) nur noch in Ausnahmefällen von den Krankenkassen übernommen werden (Stange 2010, 40).¹¹ Zudem habe dieser Rückgang einen deutlichen Einfluss auf den Gesamtanteil der finanzierten alternativmedizinischen Verfahren seit 2004 gehabt (Linde et al. 2013, 130).

In ihrer Überblicksstudie bekunden Marstedt und Moebus (2002, 7) zudem, dass im Jahr 2000 knapp zehn Prozent der Ärzte in Deutschland eine Zusatzbezeichnung der Landesärztekammern aus dem CAM-Bereich führten, wobei „Naturheilverfahren“ die häufigste darstellte. Ende 2005 führten bereits 15 Prozent der Ärzte eine Zusatzbezeichnung im Bereich der alternativmedizinischen Verfahren und 51 Prozent der Befragten wiesen eine positive Grundeinstellung gegenüber der Alternativmedizin auf (Stange, Amhof und Moebus 2006, 212–16). Die strukturelle Qualifizierung der deutschen Ärzteschaft hielt auch 2012 an, insofern 17.000, und damit 5 Prozent aller Ärzte, die Zusatzqualifikation „Naturheilverfahren“ vorwiesen. Zudem waren im selben Jahr 7.000 Ärzte mit der Zusatzausbildung „Homöopathie“, 13.000 mit „Akupunktur“ und 20.000 mit „Manueller Medizin/Chirotherapie“ registriert (Linde et al. 2013, 126–28).

Stange führt aus, dass sich diese strukturelle Qualifikation in alternativen Verfahren auch in der Behandlungspraxis widerspiegelt. Einer repräsentativen Umfrage des Autors zufolge hatten rund 67 Prozent der befragten Kassenärzte in den 12 Monaten vor seiner Studie pflanzliche Heilmittel und ein gleichgroßer Anteil Bewegungstherapie ver-

¹⁰ Hier unterschieden Linde et al. nicht eindeutig zwischen der Finanzierung von Homöopathika und homöopathischen Behandlungsweisen, sondern fassen diese als „homöopathische Medizin“ zusammen (vgl. Tabelle 4, S.23). Die geringe Kostenübernahme durch die Krankenkasse deutet jedoch darauf hin, dass es sich hierbei hauptsächlich um die stark eingeschränkte Finanzierung der Arzneimittel handelt.

¹¹ Der Markt an rezeptfreien Arzneimitteln ist, laut dem Marktforschungsunternehmen Insight Health, in den letzten Jahren stetig gewachsen und erreichte 2017 einen Jahresumsatz von rund 10,4 Milliarden Euro. Dabei gehörten homöopathische und anthroposophische Medikamente mit einem Umsatz von 52,8 Millionen Euro zu den Top-3 Marktsegmenten bei Versandapotheken (Insight Health 17.01.2018, 8–10). Diese Zahlen suggerieren, dass mit einer reduzierten Finanzierung biomedizinischer Pharmazeutika (z.B. für Erkältungsmittel) auch alternativmedizinische Arzneimittel aufgrund ihres geringeren Preises einen erneuten Anstieg erfahren.

ordnet (Stange 2010, 40). Einen ähnlichen Anwendungsanteil alternativmedizinischer Verfahren benennen auch Thanner, Nagel und Loss (2014, 717): 63 Prozent der befragten Ärzte setzten vor allem Akupunktur, Phytotherapie, Homöopathie und Neuraltherapie ein oder empfahlen ihren Patienten die Anwendung dieser Verfahren. Die Relevanz alternativer Medizin in der ärztlichen Behandlungspraxis zeigt sich zudem in Befragungen zur Initiierung der Inanspruchnahme alternativer Verfahren. Vor allem „Naturheilverfahren“, „Akupunktur“ und „Chirotherapie/Osteopathie“ wurden in rund 2 von 3 Anwendungsfällen von Ärzten angeregt (Linde et al. 2013, 124). Bei Härtel und Volger liegen die ärztlichen

Empfehlungsraten für „Medizinische Massagen“, „Manuelle Therapie/Chirotherapie“ und „Bewegungstherapie“ mit einem Anteil von 72 bis 81 Prozent sogar noch höher (Härtel und Volger 2004, 329–31). Eigeninitiiert beansprucht wurden hingegen vor allem „Naturheilmittel“ (in 55% der Anwendungsfälle) und „Entspannungstechniken“ (65%) (Linde et al. 2013, 124), bzw. „Heilpflanzen-therapie“ (63%) und „Wasseranwendungen“ (76%) (Härtel und Volger 2004, 329–31). Beide gesichteten Studien bekunden, dass Heilpraktiker, trotz geringerer absoluter Zahlen (deutschlandweit 35.000, laut Statistischem Bundesamt; DeStatis 30.01.2013), ihren Patienten vor allem die Anwendung von Homöopathie empfahlen.

Tabelle 3: Kriterien zur Erhebung der gesellschaftlichen Stellung alternativmedizinischer Verfahren am Beispiel der Homöopathie, Einteilung nach Stange (2010)

Nutzung	
Nutzung in den letzten 12 Monaten vor der Befragung	<ul style="list-style-type: none"> • 17% der Befragten (Linde et al. 2013, 121) • 14,8% der Befragten (Härtel und Volger 2004, 330)
Nutzung in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht	<ul style="list-style-type: none"> • Männer: 9,8 % (bezogen auf Gesamtgruppe der Männer) • Frauen: 19,9% (Härtel und Volger 2004, 330)
Nutzungsgründe	<ul style="list-style-type: none"> • Chronische Erkrankungen: 24% der Befragten • Vorübergehende Erkrankungen: 55% • Akute Erkrankungen: 17% • Vorbeugung: 17% (Linde et al. 2013, 125)
Einschätzung der Therapieeffekte	<ul style="list-style-type: none"> • „Hat gut geholfen“: 50% der Befragten • „Hat etwas geholfen“: 35% • „Hat nicht geholfen“: 9% • Verschlechterung: 1% (Linde et al. 2013, 129)
Finanzierung	
Kostenübernahme für Verfahren	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstfinanziert: 79% der Anwendungsfälle • Krankenkasse: 16% (Linde et al. 2013, 126)
Strukturelle Qualifizierung, Behandlungspraxis	
Zusatzqualifikation	<ul style="list-style-type: none"> • Zusatzqualifikation „Homöopathie“: 7.000 Ärzte (ca. 2% der Ärzte in Deutschland; Linde et al. 2013, 126–27)
Initiierung der Inanspruchnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Arzt: 34,7% (Härtel und Volger 2004, 331) bzw. 37 % (Linde et al. 2013, 124) der Anwendungsfälle • Heilpraktiker: 25,7% / 16% • Eigeninitiiert: 41,4% / 47%

Die Verankerung der Alternativmedizin in Deutschland reicht demnach nicht nur historisch weit zurück, sondern kann auch anhand von quantitativen Daten zum rezenten Gesundheitsverhalten der deutschen Bevölkerung bestätigt werden. Nach einem konstatierten ‚Boom‘ der Alternativmedizin seit den 1970er Jahren hat sich die Stellung alternativer Praktiken nach der Jahrtausendwende in der gesamtdeutschen Gesellschaft konsolidiert und ist, trotz eines leichten Rückgangs, integraler Bestandteil der deutschen Therapielandschaft. Während die präsentierten Studien dabei einen umfassenden Überblick über den Status quo geben, bieten sie gleichzeitig wenig Erklärungspotential für die große Heterogeni-

tät innerhalb des Gesundheitswesens – sowohl hinsichtlich sozio-kultureller Wandlungsprozesse als auch auf der Ebene der Motivationen einzelner Akteure für die Nutzung alternativmedizinischer Angebote. Im Folgenden sollen zuerst sozialwissenschaftliche Untersuchungen zu Rahmenbedingungen, die die Diversifizierung der deutschen Therapielandschaft vorantreiben, vorgestellt werden, um dann Studien zu konkreten alternativmedizinischen Praktiken sowie zu den Motivationen und Interaktionen der involvierten Akteure darin zu verorten. Zuvor ist es jedoch nötig, in die oft uneinheitliche Verwendung analytischer Begrifflichkeiten zur Beschreibung des Forschungsfeldes einzuführen.

4. Das Feld der Alternativ- und Komplementärmedizin: Analytische Begriffsbestimmungen

Viele der gesichteten Studien thematisieren eine Uneinheitlichkeit in der Bezeichnung des Forschungsgegenstands. ‚Komplementäre und alternative Medizin‘ bzw. *Complementary and Alternative Medicine* (CAM) ist hierbei der meistgenutzte Überbegriff, um ein heterogenes Feld, bestehend aus unterschiedlichen Praktiken und Wissenstraditionen, zu beschreiben. Die Literatur zu alternativer Medizin behandelt diverse Phänomene, wie zum Beispiel: religiös-spirituelle Heilung (Stöckigt et al. 2015b; Teut et al. 2014; Voss 2011; Moos 2002); anthroposophische Medizin (von Garmissen 2015; Gschwendtner, Holmberg und Weis 2016); ‚Asiatische Medizin‘ in Form von Ayurveda und Akupunktur (Frank und Stollberg 2002, 2004b); ayurvedische Spas (Naraindas 2011); sowie Homöopathie und Heilpraktik (Degele 2000; Frank 2002b).

4.1 Positive Gegenstandsdefinition und erste Kategorisierungen

Aufgrund dieser Vielfalt von Praktiken und Gesundheitsvorstellungen innerhalb des Spektrums

der Alternativmedizin ist eine positive Begriffsbestimmung kaum möglich. Einige oft gemeinsame Elemente seien jedoch, laut Frank (2004), der Glaube an eine Einheit von Leib, Seele und der Stellung des Menschen im Kosmos, ein positiv bestimmter Gesundheitsbegriff im Gegensatz zu einer schulmedizinischen Definition von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit¹² sowie eine Vorstellung von Gesundheit, die auf einem Gleichgewicht von Körpersäften, -energien oder -qualitäten begründet ist. Zudem sei der therapeutische Prozess vor allem auf die Aktivierung von Selbstheilungskräften angelegt, bei dem den Patienten eine selbstverantwortliche Rolle in einem mehr oder weniger egalitären Arzt-Patienten-Verhältnis zukomme (Frank 2004, 31). Zuletzt werde auch die Wirksamkeit der Therapien nicht über randomisierte Kontrollstudien, sondern über die individuelle Erfahrung begründet (Jansen 2017, 293).

Diese heterogenen Praktiken lassen sich grob nach ihren Behandlungsweisen einteilen in Therapien, (1) die sowohl somatische als auch ener-

¹² Vgl. hierzu auch die in der Verfassung der WHO gewählte Gesundheitsdefinition als „a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (World Health Organization 22.07.1946, 1).

getisch-metaphysische Dimensionen von Krankheit und Gesundheit berücksichtigen (*body-mind therapies*), (2) die, wie die Osteopathie, hauptsächlich körperfokussiert arbeiten (*body-based therapies*), (3) die, wie beispielsweise bei spiritueller Heilung, ausschließlich auf energetischer Ebene agieren (*energy medicine*) und (4) die sich auf pflanzliche Präparate stützen, wie bei der Misteltherapie (*biological based therapies*). Davon grenzt von Garmissen schließlich Heilverfahren ab, die in „alternative Medizinsysteme“, wie beispielsweise Homöopathie, Ayurveda oder Traditionelle Chinesische Medizin, eingebettet sind (von Garmissen 2015, 288–89).

Eine andere Möglichkeit der Einteilung alternativer Medizinsysteme schlagen Cant und Sharma (1999) vor, indem sie Therapieformen nicht nach den Behandlungsweisen, sondern nach deren Ursprungort, -zeitpunkt und Distributionsweg kategorisieren. So unterscheiden sie alternative Medizin, (1) die sich vor oder zusammen mit der Biomedizin in Europa und Amerika entwickelt hat, wie z.B. die Volksmedizin, Kräuterheilkunde oder Homöopathie, (2) die sich in der Zeit des medizinischen Individualismus in den USA im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert herausgebildet hat, wie z.B. die Chiropraktik und Osteopathie, und (3) die den Spas Zentraleuropas während des 19. Jahrhunderts entsprungen ist, wie z.B. die Naturheilkunde. Davon grenzen die Autorinnen (4) in den Westen ‚importierte‘ Behandlungsformen, vor allem aus Asien, wie z.B. die Akupunktur sowie (5) Medizinformen, die mit Migranten nach Europa kamen (bzw. sich innerhalb des Kontinents verbreiteten), ab (Cant und Sharma 1999, 5–6). Ein migrationsbedingter Pluralismus an rituellen Behandlungsweisen zeigt sich beispielsweise in Portugal an der Präsenz der afrobrasilianischen Religion des Candomblé (vgl. Saraiva 2010) oder ‚traditioneller‘ Heilpraktiken aus Westafrika (vgl. Carvalho 2012).

Während diese ersten Kategorisierungsversuche den Gegenstandsbereich der Alternativmedizin grob umreißen und eine erste Einteilung – entweder historiografisch oder auf Basis der Anwendungsweisen – vornehmen, herrscht weiterhin Uneinigkeit über die Beschreibung der vielfälti-

gen Heilungspraktiken und Gesundheitsvorstellungen, da mit Bezeichnungen wie ‚alternativ‘, ‚komplementär‘, ‚unkonventionell‘, ‚unorthodox‘ oder ‚ganzheitlich‘ auch immer wertende Zuschreibungen einhergehen. Mit der Wahl unterschiedlicher Begrifflichkeiten variieren die gesichteten Studien zudem in der Definition ihres Gegenstandsbereichs. Während die in der Einleitung vorgestellte Frischzellentherapie heute sehr wohl als ‚unkonventionell‘ angesehen werden könnte, würden die meisten wohl diese Zuschreibung nicht für die stärker gesellschaftlich etablierten Achtsamkeitskurse wählen. Deshalb sollen im Folgenden verwendete Begrifflichkeiten und deren Bedeutungsebenen anhand von Grenzziehungen zur etablierten Bio- bzw. Schulmedizin vorgestellt werden.

4.2 ‚Biomedizin‘: Abgrenzung über Krankheitserklärungen und Gesundheitsvorstellungen

Da zum einen die Grenzen alternativer Behandlungsformen fließend sind und zum anderen eine Einteilung nach unterschiedlichen Ursprüngen durch wechselseitig historische Einflussnahmen schwierig ist, bestimmen die gesichteten Studien CAM als Untersuchungsfeld fast ausschließlich negativ, d.h. in Abgrenzung zur einer etablierten Schul- oder Biomedizin. In ihrem Fokus auf Großbritannien beschreiben Cant und Sharma, dass sich die aktuelle Biomedizin durch Kollaborationen einerseits mit dem Staat und andererseits mit den Naturwissenschaften etablieren konnte:

„This eclipse commenced around the time at which organized biomedicine began to draw into a closer alliance with (on the one hand) the state and (on the other) laboratory science, i.e. around the end of the nineteenth century in most western countries.“ (Cant und Sharma 1999, 6).

Das bedeutet, dass eine Abgrenzung der Alternativmedizin sowohl auf der Grundlage der Wissensbasis, nämlich der Erklärung von Krankheit, als auch hinsichtlich der gesellschaftlichen und rechtlichen Stellung vorgenommen werden kann. Für diese beiden Grenzziehungen sollen in diesem Bericht die in der deutschsprachigen Literatur gebräuchlichen Begriffe ‚Biomedizin‘ (für

Krankheitserklärungen und Gesundheitsvorstellungen) und ‚Schulmedizin‘ (für die gesellschaftliche Stellung) verwendet werden.

Biomedizin beschreibt hierbei ein medizinisches Wissenssystem, das auf einem spezifischen biologischen Wirkungsverständnis des menschlichen Körpers und von Krankheitsursachen basiert. Demzufolge lässt sich dem biomedizinischen Verständnis der Pathogenese, „infolgedessen Krankheitssymptome als Funktionsdefizite interpretiert werden“, eine ganzheitlichere Betrachtung von Krankheit und Gesundheit entgegenstellen, bei der „die Symptome als aktive Funktionsäußerung des Organismus gedeutet [werden]“ (Marstedt und Moebus 2002, 5). So nehmen beispielsweise Frank und Stollberg eine inhaltliche Unterscheidung zwischen einem humoralen Fokus in der Asiatischen Medizin (Ayurveda und Akupunktur) auf das Beibehalten einer Balance unterschiedlicher Energien und einem pathogenen Wirkungsverständnis in der Biomedizin vor:

„Health and disease are conceptualized in ways rather strange to biomedicine: in both Indian and Chinese medicine, health is maintained by balancing a set of universal qualities of life.“ (Frank und Stollberg 2004a, 73).

Und auch Voss beschreibt für das mediale Heilen in Deutschland, bestehend aus Praktiken wie beispielsweise Reiki, Schamanismus oder *Channeling*¹³, die Vorstellung, dass sich der Mensch aus einem „System frei fließender Energie“ zusammensetzt. Daraus folgt, dass Krankheit dann entsteht, „wenn dieses energetische System aus dem Gleichgewicht geraten ist und Energie nicht mehr ‚frei fließen‘ kann“ (Voss 2011, 346). Die von Voss unter dem Begriff des ‚medialen Heilens‘ zusammengefassten Praktiken versuchen demnach einen Zustand ursprünglicher Ganzheit, wie er vorwiegend im Kindesalter erlebt wird, wieder herzustellen (Voss 2011, 346–47).

Über die Unterschiede in der Krankheitsätiologie hinaus verweist Voss auf die Divergenz eines indi-

viduellen und eines statistischen Krankheitsbegriffs, welcher jeweils spezifische Herangehensweisen an das Leiden der Patienten nach sich zieht. Die Biomedizin bediene sich hierbei eines Konzepts abstrahierter Krankheit, „die sich aus der physiologischen Abweichung von einer mittels statistischer Durchschnittsberechnungen generierten Norm einer Bevölkerung ergibt“ (Voss 2011, 347). Nach der Diagnose dieser ‚Abweichung‘ im Körper der Patienten werde deren Leiden meist durch hoch-technologisierte und damit als vom Menschen ‚entfremdete‘ Methoden behandelt. Dem entgegen stehe ein individualisierter Krankheitsbegriff, „der von dem Leiden der Patienten ausgeht und eine Linderung sucht, ohne den Grund und die Berechtigung der Leiden durch eine Diagnose zu überprüfen“ (Voss 2011, 347–48).



Die Akupunktur zielt auf das Beibehalten einer Balance unterschiedlicher Energien ab

Basierend auf diesen Vorstellungen von Gesundheit als Gleichgewicht und Krankheit als individuell empfundenen Leiden tritt die Biomedizin mit einem spezifischen Wirkungsverständnis körperlicher und psychischer Krankheit und Gesundheit als Gegenstück zu CAM in Erscheinung. Diese unterschiedlichen Konzeptualisierungen von Krankheit beeinflussen sodann auch maßgeblich die Behandlungspraxis der Praktizierenden (vgl. Abschnitt 6.1, S.32).

¹³ Abgeleitet vom englischen Wort für ‚kanalisieren‘ oder ‚übermitteln‘ bezeichneten viele der medialen Heiler in Voss‘ Studie ihre Tätigkeit, Kontakte zur Geisterwelt oder zu spirituellen Energien herzustellen, als *Channeling* (Voss 2011, 42).

4.3 ‚Schulmedizin‘: Die gesellschaftliche Stellung unterschiedlicher Wissenssysteme

Eine andere Möglichkeit der Grenzziehung ist ein Fokus auf die gesellschaftliche Stellung unterschiedlicher Medizinsysteme. Hierbei wird weniger eine inhaltliche Unterscheidung medizinischen Wissens vorgenommen, sondern die gesellschaftliche Akzeptanz verschiedener Medizintraditionen tritt in den Fokus. Damit kann von ‚Schulmedizin‘ gesprochen werden, wenn die gesellschaftliche Vormachtstellung der in Deutschland etablierten Medizin thematisiert wird. So definiert Frank beispielsweise alternativmedizinische Behandlungsweisen auf Basis der ihr zuteilwerdenden Ablehnung durch die etablierte Schulmedizin:

„[Heterodoxe Heilverfahren] stehen in einem mehr oder weniger starken Widerspruch zu Theorien und Praktiken der Schulmedizin und werden von dieser nur bedingt oder gar nicht anerkannt.“ (Frank 2004, 31).

Diese Hegemonie der Schulmedizin spiegelt sich beispielweise in universitären Kurricula wider oder zeigt sich darin, welches Wissen durch welche Methoden als wissenschaftlich legitimiert angesehen wird. Hierbei verweist Jansen darauf, dass Wirkungsnachweise durch randomisierte und reproduzierbare Kontrollstudien nicht mit dem Paradigma personalisierter Heilungsmethoden vereinbar seien, weshalb alternativmedizinische Verfahren nicht nach wissenschaftlichen Standards ‚bewiesen‘ werden können (Jansen 2017, 293).

In beiden Versuchen, nicht-biomedizinische und nicht-schulmedizinische Heilungsmethoden negativ, d.h. in Abgrenzung, zu definieren, scheint die Schul- bzw. Biomedizin weitestgehend unhinterfragt als homogenes Wissenssystem bestehen zu bleiben. Hier bildet die Studie von Naraindas (2011) eine Ausnahme, indem er die historische Situiertheit der Kur und die Stellung von Heilpraktikern innerhalb der deutschen Schulmedizin zum Anlass nimmt, um die scheinbar homogene und rein naturwissenschaftlich legitimierte Domäne der Schulmedizin zu hinterfragen:

„This in turn may have an important bearing on conceptualising the boundary between ‚medicine‘ on the

one hand and ‚alternative‘, ‚wellness‘ and ‚tourism‘ on the other, and generally between ‚medicine‘ and ‚alternative medicine‘.“ (Naraindas 2011, 73).

Aufgrund dieser Entgrenzung in der alltäglichen Praxis besteht der Versuch von sozialwissenschaftlicher Seite, im Anwendungskontext eine zunehmende Heterogenität sowohl bio- als auch alternativmedizinischer Verfahren analytisch zu erfassen. Hierbei schlägt Naraindas (2011, 68) den Begriff der „poly-therapeutics“ vor, um das vielfältige Angebot und die Kombination unterschiedlicher diagnostischer und therapeutischer Verfahren durch Heilpraktiker zu beschreiben. In ähnlicher Weise verwendet Stollberg (2002) in Anlehnung an Bourdieu den Begriff „heterodoxe Medizin“, um die Vermischung und wechselseitige Beeinflussung unterschiedlicher medizinischer Lehrgebäude zu beschreiben. Dieses „plurale Geflecht medizinischen Wissens und medizinischer Praktiken“ (Stollberg 2002, 144) grenzt er von der „orthodoxen“ Biomedizin als (idealtypisch) einheitliches und auf biologischen Prinzipien basierendes Lehrgebäude ab. Frank und Stollberg nutzen die Unterscheidung zwischen ‚orthodoxer‘ und ‚heterodoxer‘ Medizin, um so die Begriffe ‚alternative‘ und ‚komplementäre‘ Medizin zu vermeiden. Denn ‚Alternativmedizin‘ impliziere ein antagonistisches Verhältnis zur Biomedizin, während ‚Komplementärmedizin‘ eine Makroperspektive einnehme und dabei von einer funktionalen Integration und Arbeitsteilung im Gesundheitssystem ausgehe:

„[Heterodox medicine] appears as a useful umbrella term for all medical strategies outside the biomedical realm while still leaving room for the multitude of ideas, techniques, institutions, as well as different forms of utilisation by patients and practitioners – an invaluable aspect in such a heterogeneous field of sociological study.“ (Frank 2002b, 817).

Hierbei ist jedoch anzumerken, dass die Bezeichnung ‚Schulmedizin‘ für die etablierte Medizin in Deutschland keineswegs implizieren soll, dass sich alternative Medizinformen *nicht* durch ein kohärentes Wissenssystem, welches in Institutionen weitergegeben wird, auszeichnen. Vielmehr stelle der Begriff der ‚heterodoxen Medizin‘ laut Stollberg klar, „daß dieses Wissen seine eigenen

Lehren hat, denen sich die Biomedizin widersetzt“ (Stollberg 2000, 110). Auf diese gesellschaftliche Marginalisierung verweist auch Voss (2011) und betont unter Rückbezug auf Bourdieu Heterodoxiebegriff den Zweifachausschluss, den die von ihm untersuchten Praktiken des medialen Heilens durch gesetzgebende staatliche sowie kirchliche Institutionen erfahren. Damit werden alternative Heilformen und deren Anhänger durch definitionsmächtige Institutionen, wie z.B. das gesetzliche Krankenkassensystem aber auch die christliche Kirche, als deviante Positionen inszeniert, da sie nicht dem gesellschaftlich und staatlich anerkannten Verständnis von Krankheit und Heilung (die ‚Doxa‘ eines sozialen Feldes in Bourdieus Sprachgebrauch) entsprechen (Voss 2011, 286).

4.4 ‚Volksmedizin‘: Laienpraxis versus professionalisierte Medizin

Zuletzt sei hier auf den Begriff der ‚Volksmedizin‘ verwiesen, der in der akademischen Volkskunde (heute meist: Europäische Ethnologie) lange Zeit Anwendung fand. Vor allem im Kontext der Schweiz geläufig, wurde mit Volksmedizin ein Fokus auf Brauchtum hinsichtlich der in der Bevölkerung tradierten Heilmethoden und Krankheitsvorstellungen verbunden. Der Begriff der Volksmedizin erfuhr jedoch vermehrt Kritik, da eine Betrachtung von ‚volkstümlichem Aberglaube‘ den Anschein eines klar umrissenen, d.h. ‚authentischen‘ und in sich geschlossenen, sowie statischen, d.h. ahistorischen und von sozialen Wandlungsprozessen ausgeschlossenen, Forschungsgegenstandes gebe. Diese Vorstellung einer geschlossenen und unveränderlichen Medizinkultur stelle zudem die von der Volksmedizin abgegrenzte Schulmedizin als einheitliches Lehrgebäude dar (vgl. Müske 2015).

Angesichts dieser Kritik wendet sich Wolff von einem konkret umrissenen Gegenstandsbereich der ‚Volksmedizin‘ ab und schlägt stattdessen eine Verortung medizinischer Praktiken und Vorstellungen anhand des Professionalisierungsgrades vor:

„‚Volksmedizin‘ könnte [...] als idealtypischer Terminus verstanden werden, anhand dessen der Standort (volkskundlich)-gesundheitlicher Phänomene in einem

tendenziell stufenlosen Kontinuum zwischen den Extremen ‚Volksmedizin‘ und einer ebenso idealtypisch verstandenen ‚Schulmedizin‘ verortet werden können.“ (Wolff 1998, 234).

Dabei schlägt er „medikale Laienkultur“ als mögliche Alternative zum veralteten Begriff der ‚Volksmedizin‘ vor.

Die in der schweizerischen Volkskunde geführte Begriffsdiskussion zeigt nochmals auf, dass eine substanzielle Begriffsdefinition aufgrund der vorzufindenden Vielfalt an Praktiken und Vorstellungen nur schwer umsetzbar ist und stattdessen die akademische Auseinandersetzung mit dem Feld der Alternativmedizin vor allem Grenzziehungen basierend auf *Krankheitserklärungen* („Biomedizin“), der *gesellschaftlichen Stellung* („Schulmedizin“) oder des *Professionalisierungsgrades* („medikale Laienkultur“ versus professionalisierte Medizin) des jeweiligen Medizinsystems vornimmt. Dabei ist jedoch anzumerken, dass sich die Kriterien zur Unterscheidung jener Medizinsysteme wechselseitig bedingen und nicht abgelöst voneinander denkbar sind. In unserer Sichtung der sozialwissenschaftlichen Literatur werden wir uns daher weitestgehend an den in den Studien selbst verwendeten Termini orientieren. Allgemein verwenden wir den Begriff der Biomedizin in Abgrenzung zum Gegenstandsbereich der Komplementär- und Alternativmedizin. Dabei sind wir uns bewusst, dass dies eine *analytische* Trennung darstellt, die sich in der empirischen Wirklichkeit deutlich komplexer gestaltet.

Zudem sei auf Basis der hier vorgestellten Begriffsdiskussionen darauf verwiesen, dass eine umfassende Systematisierung des heterogenen Feldes der Alternativmedizin in Deutschland fehlt, was sich in einer Asymmetrie der erforschten Heilpraktiken und Medizinsysteme zeigt. So erhalten auf der einen Seite einige medizinische Verfahren und Wissenssysteme erhebliche akademische Aufmerksamkeit wie zum Beispiel die anthroposophische Misteltherapie durch ihre Praxisrelevanz in der Krebsbehandlung, unterschiedliche Asiatische Medizinformen durch ihre steigende gesellschaftliche Popularität oder die Homöopathie durch ihre historische Verankerung

in Deutschland.¹⁴ Auf der anderen Seite erfahren andere Praktiken wie zum Beispiel Formen der religiös-spirituellen Heilung nur geringe sozialwis-

senschaftliche Beachtung, weshalb sich in diesen Fällen unsere Darstellung auf wenige Quellen stützen muss.

Tabelle 4: Gegenüberstellung analytischer Begrifflichkeiten

<p>Biomedizin & Schulmedizin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negativ bestimmter Gesundheitsbegriff: Abwesenheit von Krankheit • Ätiologie: Pathogenese, biologische Erklärung von Krankheit • Statistischer Krankheitsbegriff: physiologische Abweichung von der ‚Norm‘ • Nachweis der Wirksamkeit: wissenschaftliche Legitimierung • Gesellschaftliche Vormachtstellung • Universitäre Kurrikula 	<p>Komplementär- und Alternativmedizin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positiv bestimmter Gesundheitsbegriff: Gleichgewicht von Körpersäften, -energien oder -qualitäten ebenso wie Umfeldfaktoren, Vorstellung der Einheit von Leib, Seele und der Stellung des Menschen im Kosmos • Ätiologie: Ungleichgewicht zwischen den o.g. Faktoren • Individueller Krankheitsbegriff: an empfundenem Leiden des Patienten orientiert • Nachweis der Wirksamkeit: subjektive Erfahrung • Arzt-Patienten-Verhältnis: aktive und selbstverantwortliche Patientenrolle • Therapeutischer Prozess: Aktivierung von Selbstheilungskräften
<p>Orthodoxe Medizin</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Idealtypisch) einheitliches und auf biologischen Prinzipien basierendes Lehrgebäude • Durch definitionsmächtige Institutionen legitimiert 	<p>Heterodoxe Medizin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermischung und wechselseitige Beeinflussung unterschiedlicher medizinischer Lehrgebäude • Hybridisierte medizinische Praxis (<i>polytherapeutics</i>) • Keine funktionelle Zuschreibung als ‚alternativ‘ (antagonistisch) oder ‚komplementär‘ (ergänzend) zu Bio-/Schulmedizin • Marginalisierung durch staatliche Institutionen
<p>[Schulmedizin / professionalisierte Medizin]</p>	<p>Volksmedizin / medikale Laienkultur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fokus auf in der Bevölkerung tradierte Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen • Laienpraxis

¹⁴ Das Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung setzt sich besonders in dessen Jahrbuch *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* mit der historischen Konstitution der Homöopathie auseinander. Das Institut wurde im Jahr 1980 in Stuttgart gegründet (<http://www.igm-bosch.de>) und erfüllt, laut Institutsleiter Robert Jütte, „den Willen und ausdrücklichen Wunsch des Stifters [...], der an der Geschichte der biologischen Heilweisen besonders interessiert war“ (Jütte 1996, 10).

5. Situierung der deutschen Therapielandschaft in sozio-kulturellen Wandlungsprozessen

Um die vorgestellten Ergebnisse repräsentativer Befragungen zur Nutzung alternativer Behandlungsformen erklären zu können, muss die Akzeptanz alternativer Medizin sowie die Emergenz neuer Behandlungsformen nicht nur historisch situiert, sondern auch vor dem Hintergrund rezenter sozio-kultureller Wandlungsprozesse besprochen werden. Deshalb sollen hier überblicksartig die in den gesichteten Studien genannten Kontextfaktoren, die zur Ausgestaltung der Alternativmedizin in Deutschland beitragen und innerhalb derer unterschiedliche Akteursgruppen navigieren, vorgestellt werden.

5.1 Krankheitspanorama und Gesundheitsgesellschaft

In seiner medizinhistorischen Analyse der Alternativmedizin schlägt Jütte (2010) den Begriff des „Krankheitspanoramas“ vor, um darauf hinzuweisen, dass gesamtgesellschaftliche Morbidität einem langfristigen Wandel unterliegt. Durch Erkenntnisse und Fortschritte in den Naturwissenschaften, allen voran der Infektiologie, aber auch aufgrund demografischer und soziokultureller Entwicklungen (s.u.) haben sich krankheitsbezogene Problematiken gerade in den Industrienationen deutlich verschoben:

„Nicht mehr die Infektionskrankheiten bestimmen das Krankheitspanorama, sondern die chronischen Krankheiten alter Menschen zusammen mit den sogenannten ‚Zivilisationskrankheiten‘ (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) und der ‚neuen Morbidität‘ (Depression, ‚Burn-out‘-Syndrom‘ [sic]).“ (Jütte 2010, 27).

Die beschränkten Erfolgsaussichten auf eine vollständige Heilung dieser ‚neuen‘ Krankheiten durch die Biomedizin eröffnen ein Anwendungsfeld für alternativmedizinische Verfahren. Diese Annahme deckt sich mit den zuvor besprochenen Befragungen, denen zufolge Patienten vor allem bei chronischen Erkrankungen und leichten Beschwerden zur Alternativmedizin greifen.

Während Jütte einen Zeitraum von über 150 Jahren betrachtet, fokussiert Wolff (2010) rezentere

Entwicklungen, die eine gestiegene Relevanz und Akzeptanz der Alternativmedizin in Deutschland seit den 1980er Jahren erklären können. Wolff bekundet, dass das heutige Gesundheitswesen durch „das zunehmende Verschwimmen von Grenzen zwischen Alternativmedizin und Nicht-Alternativmedizin ebenso wie eine unschärfere Rollenverteilung etwa zwischen Ärzten und Patienten“ (Wolff 2010, 177) gekennzeichnet sei. Dies sei gesamtgesellschaftlichen Trends hin zu gesundheitsbezogenen Lebensweisen geschuldet, die in der Popularität von Fitness-Studios, biologischer Ernährung und Antiraucherkampagnen zum Ausdruck kommen:

„Dahinter versteckt sich ein sehr langfristiger Prozess der Entwicklung von Gesundheit in der Moderne zu einem primären, sich selbst legitimierenden Wert unserer Gesellschaft.“ (Wolff 2010, 180).

Gesundheit als allgemeingesellschaftliches Gut lasse damit auch die Grenzen zwischen (alternativ-)medizinischen Behandlungen und gesundheitsorientierten Lebensstilen verschwimmen, was sich beispielsweise in der zu Beginn dieses Berichts dargestellten Popularität von Achtsamkeitskursen zeigt oder auch darin, dass die zuvor präsentierten Befragungen „Entspannungstechniken“ und „Ernährungstherapie“ zum Spektrum alternativmedizinischer Praktiken zählen (vgl. Tabelle 2, S.13). Die Feststellung, dass der Körper und die eigene Gesundheit immer mehr zu einem Projekt werden, deckt sich hierbei mit der gesellschaftlichen Verortung von alternativen Therapieformen als Mittelschichtphänomen (vgl. Abschnitt 3.1, S. 13).

Die Herausbildung einer „Gesundheitsgesellschaft“ beschreibt hierbei sowohl eine ökonomische Ausweitung des Gesundheitsmarktes als auch die kulturelle Popularität gesundheitsbezogener Themen. Als entscheidende Faktoren nennt Wolff neben wachsenden Investitionen in Gesundheitsprodukte eine zunehmende Deregulierung des Gesundheitsmarktes, was zu einem

einfacheren Marktzugang für Alternativmedizinen führe.¹⁵ Diese zunehmende „Marktförmigkeit des Gesundheitswesens“ (Wolff 2010, 180) ändere auch die Patientenrolle hin zu aktiven Konsumenten mit stärkerem Mitsprache- und Selbstbestimmungsrecht hinsichtlich der präferierten Behandlungsweisen. Einer gestiegenen Nachfrage der Patienten nach alternativmedizinischen Verfahren, die stärker als die Biomedizin eine aktive und selbständige Arbeit an der eigenen Gesundheit und dem eigenen Körper ermöglichen, müsse in einem marktorientierten Gesundheitswesen demnach Folge geleistet werden (Wolff 2010, 179–80).



Ernährungstherapie wird teilweise zum Spektrum alternativmedizinischer Praktiken gezählt

Jütte und Wolff beschreiben gesamtgesellschaftliche Trends, die eine erste Erklärung für die Akzeptanz der Alternativmedizin im Allgemeinen herbeiführen können. Faktoren, für die alternativmedizinische Verfahren eine Antwort bereitstellen, sind hierbei: die Verschiebung der gesellschaftlichen Morbidität hin zu chronischen und psychologischen Erkrankungen, ein gesteigertes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung und eine Konsumenten- bzw. Klientenrolle der Patienten, die ihnen mehr Mitsprache in der Behandlungspraxis einräumt.

5.2 Sinnsuche in spirituell-religiöser Heilung

Ethnografische Arbeiten zu unterschiedlichen Praktiken innerhalb des Spektrums der spirituell-religiösen Heilung in Deutschland besprechen, wie prekäre Lebenslagen und das Erleben von Fremdheit die Nutzung alternativer Heilungspraktiken bedingen und transformieren. Dabei fokussiert vor allem der von Uhlig, Simon und Lefeldt (2015a) herausgegebene Sammelband,

„wie aus der Sicht von Betroffenen und Akteuren in krisenhaften Situationen des menschlichen Daseins sinnvolle Handlungsentwürfe entstehen, gesellschaftlich bedingt verhandelt und umgesetzt werden“ (Uhlig, Simon und Lefeldt 2015b, 8).

Unterschiedliche Heilpraktiken werden demnach vor allem funktional als sinnstiftende Interpretationsschemata zur Bewältigung persönlicher Krise verstanden. Am Beispiel des Gegenwartsschamanismus in der Eifel fragt Uhlig zum Beispiel,

„ob und inwiefern Bürger von Industrie- und Dienstleistungsgesellschaften etwaige als schamanisch ausgewiesene deutungs- sowie handlungsleitende Modelle im Stile biografisch stimmiger Interpretamente nutzen“ (Uhlig 2015, 67).

Er kommt zu dem Ergebnis, dass eine Beschäftigung mit schamanischen Konzepten vor allem in prekären Lebenslagen und in akuten Krankheits-situationen Anklang finden. Diese Sinnsuche setzt er in den größeren gesellschaftlichen Kontext, indem er Prekarität als Symptom einer „spätmoderne[n] Ratlosigkeit“ (Heimerdinger, Simon & Voges in Uhlig 2015, 76) versteht. In ähnlicher Weise legt auch Hänel (2015) in ihrer Betrachtung von Marienverehrungen nahe, dass religiöse Konzepte vor allem in als prekär erlebten Situationen, nämlich bei Unfällen, Naturkatastrophen und Erkrankungen, als Strategie dienen, um Handlungsmacht zurückzugewinnen. Religiosität lasse sich damit als „Ausdruck einer medikalen Handlung, als Reaktion auf eine Krankheitserfahrung“ (Hänel 2015, 186) deuten. Auch sie setzt diese

¹⁵ Der wachsende Markt für Alternativmedizin bei gleichzeitigen Restriktionen in der Finanzierung durch die Krankenkassen, wie sie zuvor dargestellt wurden, legt nahe, dass mehr Behandlungen eigenfinanziert beansprucht werden. Wie genau rechtliche Regulierungen die Dynamisierung des (alternativ-)medizinischen Heilungsmarkts in Deutschland beeinflussen, bedarf hierbei weiterer Untersuchungen.

prekären Lebenslagen in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext, der sich durch das Wegfallen klarer Deutungs- und Handlungsschemata auszeichnet. Hänel diagnostiziert,

„dass in kulturellen Kontexten, die durch Pluralität, beschleunigte Veränderungsprozesse, Medialität und Auflösung sozialer Strukturen gekennzeichnet sind, Krisenerfahrungen und Verunsicherungen der einzelnen Individuen steigen“ (Hänel 2015, 189).

Ähnlich zum Verständnis einer wachsenden Prekarisierung in spätmodernen Industrie- und Dienstleistungsgesellschaften konzeptualisiert Voss das Erleben „radikaler Fremdheit“ (Voss 2011, 323–29). Das Fremde zeige sich hierbei oft „als ein unverfügbares Fremdes, das nach Erklärung verlangt, aber nicht selten die Grenzen der Interpretierbarkeit sprengt“ (Voss 2011, 326). Konkret werde dies beispielsweise in den Biografien medialer Heiler, wenn sie von außergewöhnlichen körperlichen Symptomen oder Wahrnehmungen berichten. Voss konzeptualisiert mediale Heilungspraktiken als Reaktion auf die „Ausgeliefertheit an ein ständiges Ringen um Souveränität des Subjekts“ (Voss 2011, 359), indem sie das Erleben von Fremdheit erklär- und berechenbar machen und somit bis zu einem gewissen Grad normalisieren.

Die konkrete Wahl einer sinnstiftenden Heilungsform stellt Hänel dabei als zweitrangig dar, da unterschiedliche Kosmologien prinzipiell dieselbe sinnstiftende Funktion erfüllen (Hänel 2015, 190). Gleichzeitig misst sie den Medien eine entscheidende Rolle bei der Popularisierung religiös-spirituelle Heilformen bei und verweist exemplarisch auf Talkshows, in denen Hape Kerkeling über seine Pilgerfahrt berichtet, oder auf astrologische Beratungen im Fernsehprogramm. Sie legt nahe,

„dass die medialen Argumente des wiederholenden Zitats und der Autorisierung durch Prominente wirksame Vermittlungsstrategien von religiösen Bildern und Konzepten darstellen“ (Hänel 2015, 190).

Beim Umgang mit prekären Lebenslagen und erlebter Fremdheit in Form von Lebenskrisen und Krankheit erfüllen alternative Heilformen somit eine sinnstiftende Funktion für die Betroffenen. Damit zeigt sich auch, dass seelisches Heil und körperliche Heilung oft in der Krisenbewältigung

zusammenfallen und so die Grenzen zwischen Medizin und Religion als gesellschaftliche Ordnungssysteme in spirituell-religiösen Heilpraktiken zunehmend verschwimmen (Voss 2011, 347).

5.3 Globalisierung ‚Asiatischer Medizin‘

Vor allem zu Ayurveda und der Traditionellen Chinesischen Medizin finden sich sozialwissenschaftliche Untersuchungen, die den Aspekt der Globalisierung als Faktor zur Diversifizierung der deutschen Therapielandschaft thematisieren. Ots (1987) zeigt hierbei auf, dass die TCM vor allem in der Form von Akupunktur in Europa seit dem 17. Jahrhundert phasenweise Popularität erfuhr – abhängig von den zur jeweiligen Zeit diskursprägenden konzeptuellen Rahmen, die eine Annahme oder Ablehnung bedingten. Trotzdem sei das öffentliche Interesse an TCM in Deutschland erst Anfang der 1970er Jahre deutlich gestiegen. Indem er das Ansehen der Traditionellen Chinesischen Medizin in Deutschland mit chinesischen Originalquellen vergleicht, diagnostiziert Ots eine „Fehlrezeption“ im Prozess der Aneignung der Akupunktur in Deutschland – vor allem hinsichtlich eines der TCM unterstellten ganzheitlichen Ansatzes („Der Mythos von der Ganzheitlichkeit“; Ots 1987, 180–84).

Gründe für diese ‚Fehlinterpretation‘ seien, dass auch von alternativmedizinisch Praktizierenden die Akupunktur in ein naturwissenschaftliches Denken integriert werde, ohne dabei zu beachten, dass diese Behandlungsweise originär in ein sozio-kulturelles Verständnis von Krankheit und Gesundheit in China eingebettet ist. Indem Akupunktur allein schriftbasiert rezipiert werde, ohne die örtliche Behandlungspraxis zu beachten, würde TCM zu einem idealtypischen Medizinsystem ohne innere Widersprüche verklärt (Ots 1987, 188–90). Damit kommt Ots zu folgendem Schluss:

„Die Fehlrezeption traditioneller chinesischer Medizin im Westen ist [...] Folge der Tatsache, daß alternative Wunschvorstellungen über eine ‚ideale‘ Medizin auf China projiziert werden.“ (Ots 1987, 190).

Die Aneignung von TCM als alternative Therapieform sei damit unweigerlich mit einer von dem

Autor als inhaltlich und konzeptuell falsch beurteilten Umdeutung verbunden.

Ohne einen solchen normativen Anspruch an Authentizität untersuchen auch Frank und Stollberg (2004a) die lokale Aneignung ‚Asiatischer Medizin‘, unter der sie Ayurveda und Akupunktur (als Teil der TCM) fassen. Während Ots einer Transformation globalisierten medizinischen Wissens kritisch gegenübersteht, deuten diese Autoren mit dem Konzept der „Glokalisierung“ (vgl. Robertson 1995) lokale Aneignungsprozesse als integralen Bestandteil einer Ausbreitung von Medizinformen:

„Zumeist werden globale Elemente nicht einfach importiert, sondern kontextualisiert, indem ihre Bedeutung in lokale Wertemuster eingebettet und so transformiert wird.“ (Frank 2004, 14).

Die Diffusion Asiatischer Medizin führe also weder zu einer Homogenisierung, d.h. einer Vereinnahmung des gesamten Medizinsystems, noch zu einer Polarisierung globalisierter und lokaler Medizinkulturen. Vielmehr beobachten die Autoren eine Hybridisierung verschiedener Behandlungspraktiken durch die Inkorporierung Asiatischer Medizin im deutschen Gesundheitswesen. Diesen Prozess der Rekontextualisierung einzelner Elemente in einer lokalen (Medizin-)Kultur unterteilen die Autoren in zwei Modi: (1) eine transformative und (2) eine kontextuale Hybridisierung. Während bei ersterer die diffundierten Elemente an lokale Kontexte adaptiert werden, werden bei letzterer die Elemente selbst nicht modifiziert, sondern lediglich in neue Bedeutungs- oder Nutzungsmuster eingebettet (Frank und Stollberg 2004a, 76). Damit können die Autoren unterschiedliche Grade der Hybridisierung in der Behandlungspraxis heterodox praktizierender Ärzte typologisieren (vgl. Abschnitt 7.1, S. 39).

5.4 Migration und Gesundheit

Frank schließt in seiner Untersuchung zur Ausbreitung von Ayurveda und Homöopathie zwischen Indien und Deutschland,

„dass zentrale Motive der Globalisierungstheorie seltsam unbedeutend erscheinen: Die modernste relevante Informationstechnologie ist nicht etwa das Inter-

net, sondern das Buch und die Bedeutung von Migration ist marginal“ (Frank 2004, 272).

Diese Beobachtung ist instruktiv bezüglich der gesichteten Literatur zu alternativen Gesundheitsvorstellungen, insofern als der Frage, ob und wie Menschen in migratorischen Kontexten zur Diffusion und Transformation von gesundheitsbezogenem Wissen beitragen, im Literaturkörper zu CAM nur wenig Beachtung widerfährt. Bemerkenswert ist zudem, dass auch in der Literatur zu Gesundheit und Migration dem Aspekt alternativer Gesundheitsvorstellungen und -praktiken von migrierten Menschen nur marginal Aufmerksamkeit zuteil wird. Eine Ausnahme bildet hierbei beispielsweise Kottes (2010) Untersuchung zu Wochenbeterfahrung chinesischer Mütter in Deutschland, in der sie deren ‚abweichendes‘ Verhalten unter anderem auf eine humorale Körperkonzeption und Ernährungslehre in China zurückführt (Kotte 2010, 127–28).

Größtenteils widmen sich anthropologische und soziologische Arbeiten zum Themenkomplex Migration und Gesundheit jedoch strukturellen Ausschlüssen des deutschen Gesundheitswesens sowie den Strategien von Migranten, um durch diese Strukturen zu navigieren (Stülb 2011; vgl. Scott 2014). Dabei wird auch untersucht, in welchem Zusammenhang Migrationserfahrungen mit empfundenem psychischen und physischen Leiden stehen (Weiss 2003; vgl. Verwey 2003). So konzentriert sich beispielsweise Huschke (2013) auf das wechselseitige Verhältnis zwischen der Exklusion aus gesellschaftlichen Versorgungssystemen und den subjektiven Krankheitserfahrungen undokumentierter Lateinamerikaner in Berlin. Alternativen Behandlungsweisen, wie z.B. von in Lateinamerika üblichen Heilpflanzen oder traditionellen Heilern, kommt dabei nur eine geringe Relevanz zu (Huschke 2013, 286–88). Andere, hauptsächlich gesundheitswissenschaftliche Arbeiten hingegen fokussieren den Aspekt der interkulturellen Kommunikation in der Behandlung von Migranten, Geflüchteten und Menschen mit Migrationshintergrund mit dem Ziel, sprach- und kulturbedingte Probleme wie z.B. bei der Diagnostikstellung durch Ärzte, der Patientenbetreuung durch Pflegepersonal und der Therapieeinholung durch Patienten zu identifizieren und mögliche

Lösungsansätze vorzuschlagen (Dreißig 2005; Stübli und Adam 2009; vgl. Albrecht und Borde 2005).

Vorbeugung von ‚kulturalisierenden‘ Forschungsdesigns

Knipper (2011) merkt zu Studien zum Themenkomplex ‚Migration und Gesundheit‘ kritisch an, dass Faktoren wie Bildung und Beruf einen deutlich größeren Einfluss auf divergierende Gesundheitsvorstellungen haben können als das Herkunftsland oder die Ethnizität einer Person und kritisiert „holzschnittartige Gegenüberstellungen von ‚Migranten‘ und ‚Nicht-Migranten‘ sowie die Tendenz zu Pauschalaussagen über nach ‚Herkunft‘, einen ‚Kulturkreis‘ oder ihre Religionszugehörigkeit identifizierten Bevölkerungsgruppen“ (Knipper 2011, 20). Um eine Kulturalisierung, d.h. eine monokausale Rückführung von Phänomenen auf ‚die Kultur‘ einer Personengruppe, zu vermeiden, fordert Knipper die Berücksichtigung der Lebenswelten und biografischen Hintergründe durch qualitative Studien, um einer Heterogenität von Lebenswirklichkeiten, Denkmustern und Verhaltensweisen in Bezug auf Krankheit und Heilung gerecht zu werden (Knipper 2011, 26–31).¹⁶

Im Sinne solcher Forderungen untersuchen Obrist und Büchi (2008) die Situation von Migranten aus afrikanischen Ländern mit sicherem Aufenthaltsstatus in der Schweiz und nutzen dabei einen „lebensweltorientierten“ Ansatz, der das Erleben von Gesundheit und gesundheitsfördernden Faktoren aus Sicht der Betroffenen identifiziert (Obrist und Büchi 2008, 257). Dabei zeigen die Autorinnen auf, dass sich Migranten „Stress“ als (westliche) Krankheitsmetapher zum Ausdruck und zur Erklärung ihres erlebten Unwohlseins (durch strukturelle Ausschlüsse, Diskriminierungserfahrungen oder Distanz zur Familie) angeeignet haben. Dieser Aneignungsprozess kann eine Ressource darstellen, um soziale Zugehörigkeit zur schweizerischen Gesellschaft zu fördern und einen Zugang zum Gesundheitswesen durch den Rückgriff auf eine geteilte Krankheitssprache zu

erleichtern (Obrist und Büchi 2008, 258–60). Damit weisen die Autorinnen auf Aneignungsprozesse in der *Benennung* und *Interpretation* migrationsbedingten Leidens auf.

Mit Fokus auf die konkrete *Behandlungspraxis* von Menschen mit Migrationshintergrund findet sich bei Dilger et al. (2013) ein weiteres Beispiel, wie qualitative Studien einer Kulturalisierung von Patientengruppen vorbeugen können. Die Autorinnen fragen nach sozialen, religiösen und kulturspezifischen Determinanten zur Erklärung der mangelnden Therapieadhärenz türkischstämmiger Patienten in Deutschland mit Mukopolysaccharidose (MPS) des Typs IV, einer sehr seltenen Stoffwechselkrankheit. Sie kommen dabei zu dem Ergebnis, dass es weniger migrations- oder kulturspezifische Komponenten sind, die den Umgang türkischstämmiger Patienten mit ihrer Krankheit beeinflussen, sondern vielmehr die Therapiebedingungen (Dauer, Häufigkeit und Wirkung), strukturelle Faktoren der Gesundheitsversorgung (Aufbau der medizinischen Einrichtung und Arzt-Patienten-Kommunikation), das sozio-familiäre Netzwerk und das Patientenwissen über MPS (Dilger et al. 2013, 8–9).

Medizinische Mobilitäten in transnationalen Therapienetzwerken

Auch Krause (2008) wendet sich gegen kulturalisierende Annahmen zu Gesundheit in Migrationskontexten, wenn sie konstatiert, dass die Therapiewahl abhängig ist von „factors other than the cultural beliefs people supposedly carry around in their heads“ (Krause 2008, 249). Mit einer ethnografischen Studie zu in London lebenden Migranten aus Ghana konzentriert sie sich auf den transnationalen Charakter migrantischer Gesundheitspraktiken. Hierfür schlägt sie den Begriff der „transnationalen Therapienetzwerke“ (*transnational therapy networks*) vor, die sich in gesundheitsbezogenen Aktivitäten, wie der grenzüberschreitenden Übermittlung von medizinischen Ratschlägen, finanzieller Unterstützung und Medikamenten zwischen Europa und Afrika sowie innerhalb Europas, konstituieren (Krause 2008,

¹⁶ Vgl. hierzu auch Kehrs (2010) Betrachtung zur diskursiven Konstruktion von Tuberkulose als „Migrantenkrankheit“ in Deutschland.

236). Die sozialen Netzwerke ghanaischer Migranten beeinflussen dementsprechend einen Pluralismus von lokalen Behandlungspraktiken, der sich aus Kräutermedizin, islamischer und evangelikaler Geisterheilung sowie Biomedizin zusammensetzt. Krause setzt sich damit weniger mit der Aneignung von Krankheitsmetaphern oder der Behandlung von Migranten im Gesundheitswesen auseinander, sondern konzentriert sich darauf, welche Formen deren *Gesundheits- und Heilungsbestrebungen* in der Praxis annehmen.

Im Zusammenhang ‚medizinischer Mobilitäten‘ sei auch auf den von Dilger, Kane und Langwick (2012) herausgegebenen Sammelband zu transnationalen Konfigurationen von Medizin und Heilung mit Fokus auf die afrikanischen Diasporas verwiesen. Darin beschreiben unterschiedliche Beiträge multidirektionale Bewegungen, wobei oft Biomedizin (in Form von Wissen, Gesundheitspersonal und Pharmazeutika) von Migranten in ihr Heimatland geschickt oder gebracht wird, während traditionelle Medizin (in Form von Kräuterarznei, Talismanen, Gebeten oder Heilern) in transnationalen Netzwerken nach Europa gelangt. Kane (2012), Tiilikainen (2012) und Carvalho (2012) stellen in ihren jeweiligen Beiträgen fest, dass das *Verhältnis zum jeweiligen biomedizinischen Gesundheitswesen* des Gastlandes ein ambivalentes ist. So sei die Einstellung wohlhabender senegalesischer Patienten zum französischen Gesundheitswesen durch ein in (post-)kolonialen Beziehungen geprägtes Misstrauen gekennzeichnet (Kane 2012, 197). Zusätzlich konstatieren Tiilikainen (2012) und Carvalho (2012), dass – anders als bei den von Obrist und Büchi (2008) beschriebenen Aneignungsprozessen – psychisches Leiden in unterschiedlichen kulturellen Bedeutungssystemen interpretiert wird. Bei guineischen Migranten in Portugal könne beispielsweise eine Berufung zum Heiler durch das biomedizinisch ausgebildete Gesundheitspersonal als psychische Erkrankung gedeutet werden:

„The search for dialogue is limited by the need felt by the medical professionals to classify standards of behavior that they see as deviating from nosological categories“ (Carvalho 2012, 331).

Tiilikainen (2012, 205) wiederum weist auf mögliche Konflikte im finnischen Gesundheitswesen z.B. bei der Arzneimitteleinnahme hin, wenn somalische Geflüchtete bei diagnostizierten psychischen Erkrankungen traditionelle Heiler zur Behandlung von Hexerei oder Geisterbesessenheit im Heimatland konsultieren.

Zusammengenommen betonen diese Beiträge eine gezielte Nutzung unterschiedlicher Medizinformen durch Migranten, abhängig davon, ob dem spezifischen Leiden physiologische oder metaphysische Ursachen zugesprochen werden. Damit weisen die Beiträge auf kreative Anpassungsleistungen in migrantischen Kontexten hin, bei denen zwischen unterschiedlichen Bedeutungssystemen übersetzt oder vermittelt wird – zum Beispiel, wenn Carvalho die Position traditioneller Heiler in Portugal als „transcultural brokers and creators circulating a variety of cultural practices and symbolic interpretations“ (Carvalho 2012, 332) herausstellt. Und auch Tiilikainen betont, dass sowohl virtuelle als auch physische Konsultationen mit Heilern in Somalia identitätsstiftende Funktionen für Geflüchtete erfüllen und damit heilsame Wirkungen zusätzlich zu einer medikamentösen Behandlung entfalten können: „healing may be a meaningful acculturation process for Somali patients who have lived for years in the diaspora“ (Tiilikainen 2012, 205).

Damit betrachten medizinanthropologische Studien mit Fokus auf transnationale Konfigurationen von Medizin nicht nur die Mobilitäten von Patienten, Gesundheitspersonal, Heilern, Medikamenten, Ideen und Wissen, sondern verstehen Gesundheit und Heilung als soziales und kulturelles Phänomen, das innerhalb dieser Bewegungen und Netzwerke, aber auch durch konkrete Anpassungs- und Übersetzungsleistungen der involvierten Akteure angestrebt wird (Schnepf 2017; vgl. Dilger und Hadolt 2010). Hierbei legen die vorgestellten Studien unterschiedliche Schwerpunkte: (1) die Aneignungsprozesse oder Konflikte in der *Interpretation* von Leiden, (2) mögliche kultur- oder migrationsspezifische Faktoren, die die *Behandlungspraxis* beeinflussen können, (3) *Einstellungen* gegenüber einem Gesundheitssystem und dessen medizinischer Wissenstradition und (4) den transnationalen und hybriden Charakter von

Gesundheits- und Heilungspraktiken in Migrationskontexten.

Fallbeispiele aus Deutschland

Mit diesem Blick werden nun Fallbeispiele migrantischer Gesundheitspraktiken in Deutschland vorgestellt, die die Heterogenität des deutschen Gesundheitswesens verdeutlichen. Die Reihe „Healing Landscapes in Berlin“ des *Blog Medizine ethnologie* (Dilger, Petersen und Werkstatt Ethnologie 2018) stellt in ethnografischen Filmportraits sieben hauptsächlich nach Deutschland immigrierte Heiler und ihre Behandlungsmethoden vor.



Die Reihe „Healing Landscapes in Berlin“ stellt Heiler und ihre Behandlungsmethoden vor

Dabei zeigt sich, dass es migrationsbedingt zu wechselseitigen Beeinflussungen unterschiedlicher gesundheitsbezogener Vorstellungen und Praktiken kommt. Beispielsweise hat Aleksej Zasuhin seine Ausbildung zum Physiotherapeuten in Deutschland abgeschlossen, um so eine Praxis eröffnen zu können, in der er nun seine Patienten mithilfe von tibetanischer Medizin und Physiotherapie behandelt. Die lizenzierte Heilpraktikerin Khloud Zaher-Iraqi, die sich selbst als arabisches Energieheilerin bezeichnet, kombiniert unterschiedliche Gesundheitsvorstellungen, wenn sie darauf hinweist, dass die Bewegungsabläufe des von ihr erlernten Qigong auf denselben energetischen Prinzipien beruhen wie das muslimische Gebet. Zusätzlich zeigt Selim (2015) in ihrer Auseinandersetzung mit Sufi-Praktiken in Berlin, dass sich Heilung nicht zwangsläufig auf individuelle Körper beziehen muss, sondern räumliche und kollektive Dimensionen annehmen kann. So nutzen Sufi-Netzwerke Heilgebete, um in der städtischen Landschaft archivierte Traumata zu kurieren: „healing becomes simultaneously a

bodily-sensory, emplaced, historicized practice directed at traces of collective suffering and contemporary imagination“ (Selim 2015).

Auch die Publikation *Hausmittel aus aller Welt* (Kerckhoff und Contentin El Masri 2016) versteht Heilungspraktiken als ständigen Wandlungsprozessen unterliegend, besonders durch Migrationsbewegungen und eine hybride Therapienutzung durch Migranten. Ziel der Rezeptsammlung ist es, eine Momentaufnahme des naturheilkundlichen Wissens von Migrantinnen in Deutschland aus 15 Länder wie beispielsweise Ägypten, Lettland, Thailand und Burkina Faso zu präsentieren, das in Workshops zusammengetragen wurde. In ihrem Beitrag beschreibt Kerckhoff (2016, 10) Frauen als „Trägerinnen von Gesundheitswissen und Gesundheitskultur“ im Migrationszusammenhang, insofern als das Wissen über Heilmittel zwischen den Generationen weiblicher Familienmitglieder tradiert und dabei aber auch verändert und angepasst wird. Die Anwendung von Küchenarznei zur Einnahme oder für Bäder und Einreibungen bildet dabei eine Schnittstelle zwischen Heilung, Ernährung und Körperpflege und verbindet damit unterschiedliche soziale Sphären.

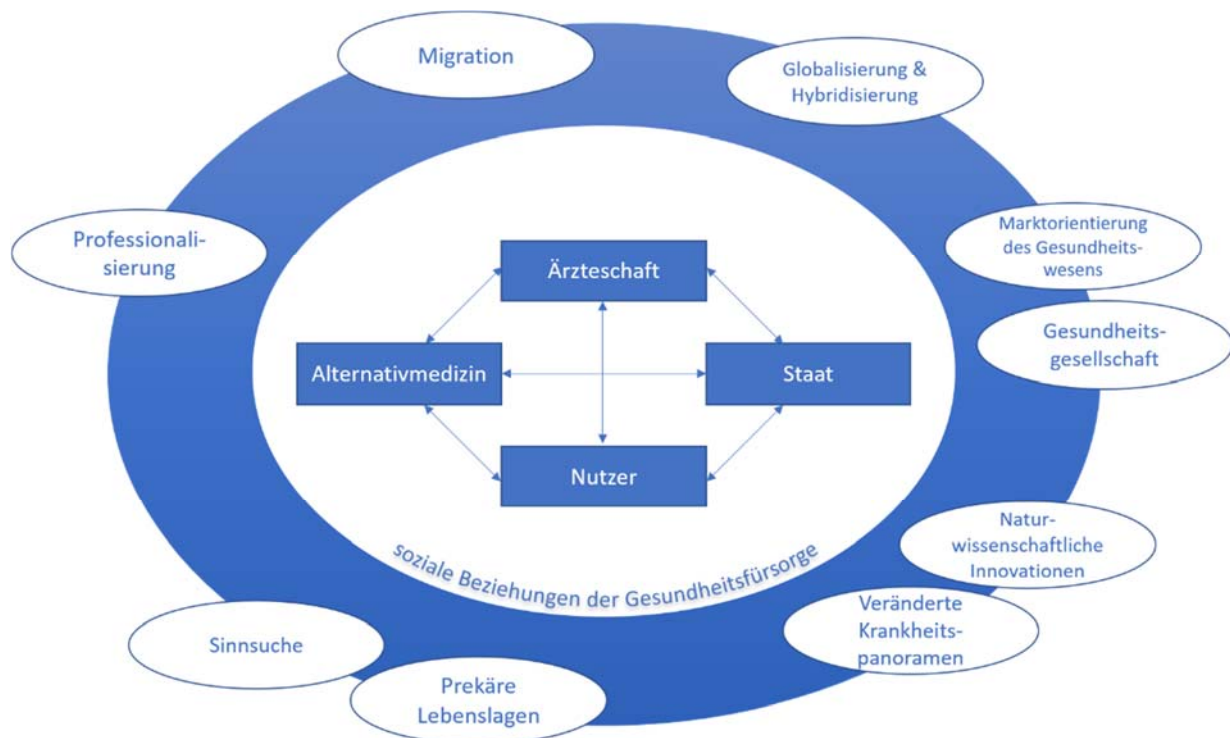
Perspektiven: Migration und CAM

Das Themenfeld der Migration nahm in diesem letzten Abschnitt des Kapitels eine besondere Stellung ein, da die sozialwissenschaftliche Auseinandersetzung mit Alternativmedizin im deutschen Gesundheitswesen weitgehend abgelöst von interkulturellen Begegnungen in der Behandlungspraxis besprochen wird. Ob die von Frank zu Beginn dieses Abschnitts diagnostizierte Irrelevanz der Migration für die Globalisierung alternativer Medizin und die damit einhergehende analytische Trennung zwischen migrierten Menschen als Patienten einerseits und diffundierendem Wissen in der Behandlungspraxis andererseits tatsächlich standhält, bedarf weiterer empirischer Untersuchungen. Anhand der präsentierten Studien zu medizinischen Mobilitäten in transnationalen Therapienetzwerken kann jedoch aufgezeigt werden, dass unterschiedliche Einstellungen zum biomedizinischen Gesundheitswesen, divergierende Interpretationen von Leiden und den

Vorstellungen davon, wie diese Leiden zu behandeln ist, sowie hybride Heilungsbestrebungen verhältnismäßig neue Dynamiken für die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen mit sich bringen. Dabei spielen nicht nur migrierte Patienten inner-

halb des deutschen Gesundheitswesens eine Rolle, sondern auch traditionelle Heiler, die entweder in Deutschland praktizieren oder aus der Ferne von in Deutschland lebenden Menschen konsultiert werden.

Abbildung 1: Alternativmedizin innerhalb von sozio-kulturellen Wandlungsprozessen, in Anlehnung an Cant und Sharma (1999, 19)



Abschließend zeigen die für Deutschland vorgestellten Fallbeispiele, dass medizinisches Wissen in Migrationskontexten eine hybridisierte Neuauslegung erfährt und so die therapeutische Landschaft weiter verändert und diversifiziert – mit deutlichen Folgen für alternativmedizinische Heilungsmethoden im Speziellen wie die besprochenen Filmportraits veranschaulichen. Hierbei ist es jedoch entscheidend, migrantische Gesundheitspraktiken nicht zu kulturalisieren und stattdessen kreative Aneignungsprozesse und Übersetzungsleistungen zwischen unterschiedlichen

kulturellen Bedeutungssystem anzuerkennen und den Einfluss anderer, beispielsweise sozialer und struktureller Faktoren bei der Erklärung von Krankheitsphänomenen miteinzubeziehen. Damit wird deutlich, dass Migration als integraler Bestandteil der zuvor besprochenen sozio-kulturellen Wandlungsprozesse (vgl. Abbildung 1, S.31) in die Betrachtung zur Pluralisierung des deutschen Gesundheitswesens und spezifisch des alternativmedizinischen Sektors stärker einbezogen werden muss, statt den Komplex ‚Migration und Gesundheit‘ separat zu behandeln.

6. Alternativmedizinische Patienten: Motive, Erleben, Verhalten

Im Folgenden soll, basierend auf den bisher präsentierten historischen, rechtlichen und soziokulturellen Rahmenbedingungen, dargestellt werden, wie Patienten, Heiler und alternativmedizinisch praktizierende Ärzte die heterogene Therapielandschaft in Deutschland navigieren und sich darin positionieren. Auf der Seite der Patienten, die alternative Heilungsmethoden nutzen, stellen sozialwissenschaftliche Studien hierbei unterschiedliche Fragen, die sich grob in drei Bereiche unterteilen lassen: (1) die Nutzungsmotive, welche eng verknüpft sind mit (2) dem Erleben alternativmedizinischer Therapien und ihrer Effekte, sowie (3) das tatsächliche Nutzungsverhalten der Patienten.

6.1 Nutzungsmotive: Push-Faktoren der Biomedizin

Zunächst stellt sich die Frage, *warum* Patienten alternative Therapieformen in einem biomedizinisch dominierten Gesundheitswesen in Anspruch nehmen – besonders, wenn diese Nutzung mit zusätzlichen Kosten verbunden ist. Hierbei wird in der Literatur auf Unzulänglichkeiten der Biomedizin und der biomedizinischen Gesundheitsversorgung hingewiesen, auf die alternative Behandlungsformen aus Sicht der Patienten eine Antwort bieten. Diese negative Einschätzung führt Naraindas (2011, 79) auf eine „epistemische Sackgasse im Herzen der Schulmedizin“ zurück, wenn er die Motive der Klienten für die Inanspruchnahme eines ayurvedischen Spas in einem norddeutschen Dorf beschreibt:

„[W]hat brought them there was often deep seated and long-standing issues with their being for which they had not found a solution with the Schulmedizin doctors, who divided their being into soma and psyche and further compounded this by parcelling out the somatic into different body parts and different disciplines leading often to an irreparable cognitive breakdown between practitioner and patient and thus propelling them in other directions.“ (Naraindas 2011, 78).

Damit verweist Naraindas bereits auf unterschiedliche Gründe für eine (teilweise) Abkehr

von der Biomedizin („Push-Faktoren“) und Hinwendung zu alternativen Behandlungsformen („Pull-Faktoren“; vgl. Porter und Diefenbach 2009). Das Aufsuchen von Therapiealternativen kann zuallererst im Krankheitsverlauf selbst begründet sein, wofür die Biomedizin keine oder nur teilweise eine Besserung verspricht bzw. bietet. Unter den somatischen Beschwerden nennen repräsentative Umfragen häufig chronische Erkrankungen als Anlass für die Inanspruchnahme von Alternativmedizin. Auch das Konzept eines sich verschiebenden „Krankheitspanoramas“ in der deutschen Gesellschaft (Jütte 2010) bekräftigt die Annahme, dass Patienten die Biomedizin als unzureichend bei der Behandlung chronischer und psychosomatischer Konditionen ansehen. So beobachtet Moos bei Klienten unterschiedlicher spirituell-religiöser Heilpraktiker in Österreich (in schamanischer und christlicher Tradition), dass „nicht die radikale Ablehnung der Schulmedizin, sondern die Erkenntnis, daß diese im jeweiligen persönlichen Fall an ihre Grenzen stößt“ (Moos 2002, 80), für die Inanspruchnahme ausschlaggebend sei. Zu einer ähnlichen Erkenntnis gelangt Habermann in ihrer ethnografischen Feldforschung bei einer spirituellen Heilerin in Süddeutschland. Das typische Krankheitsbild sei demnach durch die Klienten als „Störung“ mit uneindeutigen Ursachen und als bedrohlich empfundenem Verlauf beschrieben worden (Habermann 1994, 202). Bei der Inanspruchnahme der Misteltherapie zur Krebsbehandlung zeigt sich hingegen, dass nicht die biomedizinische Behandlung an sich als unzureichend erachtet wird, sondern dass alternativmedizinische Verfahren vor allem zur Milderung der Nebenwirkungen bei einer Chemotherapie sowie zur zusätzlichen Unterstützung des Immunsystems genutzt werden (Gschwendtner, Holmberg und Weis 2016, 218; vgl. von Garmissen 2015).

Alternative Behandlungsformen werden folglich besonders aufgesucht, weil sie einen Ausweg aus der zweiten von Naraindas beschriebenen ‚Sackgasse der Schulmedizin‘ bieten: der spezifischen Konzeptualisierung von Körper und Krankheit der

Ärzte. Eine pathogene Ätiologie, die die Ursachen von Krankheit allein durch biologische Prozesse erklärt und in einem materiellen Körper lokalisiert, sei vielen alternativmedizinischen Patienten nicht ganzheitlich genug. Deshalb kommt von Garmissen (2015) bei ihrer Studie zu Brustkrebspatientinnen in Deutschland, die die anthroposophische Misteltherapie in Anspruch nehmen, zu der Feststellung, dass der Alternativmedizin eine wichtige Rolle bei der Rekonzeptualisierung von Krankheit zukomme, indem sie „ein gesellschaftliches Bedürfnis nach körper- und seelenbezogenen Deutungsmustern von Krankheit“ (von Garmissen 2015, 287) befriedige. Viele ihrer Studienteilnehmerinnen sehen demnach in ihrer Krebserkrankung „die körperliche Manifestation einer Problematik auf geistig-seelischer Ebene“ (von Garmissen 2015, 286), welche die Biomedizin allein nicht im Stande sei zu heilen. Oft bekunden alternativmedizinisch aufgeschlossene Patienten und deren Behandelnde, dass die Biomedizin lediglich die Symptome, nicht aber die tieferliegenden geistigen, seelischen oder spirituellen Ursachen von Krankheit behandeln könne (Moos 2002, 151). Damit kommt alternativen Behandlungsmethoden eine sinnstiftende Funktion zu, indem sie körperliche oder psychische Leiden in einer ganzheitlichen Sicht auf den Menschen und dessen Stellung im Kosmos in größere Bedeutungszusammenhänge stellen und damit erklärbar machen (vgl. Abschnitt 5.2, S. 25).

Zuletzt benennt Naraindas in dem oben stehenden Zitat die persönlichen Beziehungen zwischen Arzt und Patient, die – aufgrund oft ‚unvereinbarer‘ Unterschiede zwischen bio- und alternativmedizinischen Behandlungspraktiken – nicht selten scheitern. Häufig empfinden Patienten die Begegnung mit ihren Ärzten als unpersönlich und die biochemischen Prozeduren als hochtechnisiert und damit vom eigenen Leiden entfremdet. So beschreibt eine Klientin von Geistheilern die ‚Push-Faktoren‘ der Biomedizin mit folgenden Worten:

„Aber in der Onkologie bin ich mir dann vorgekommen wie ein Versuchskaninchen oder eine Versuchskatze, die irgendwo angeschlossen ist an chemische Dinge. Es war so, daß bei jeder Behandlung ein anderer Arzt da war, der mich nicht gekannt hat.“ (Moos 2002, 84).

Auch Frank und Stollberg (2002) verorten die Gründe von Patienten für die Inanspruchnahme ayurvedischer Behandlungsweisen in Übereinstimmung mit den zuvor genannten Punkten. Vor allem negative Erfahrungen mit biomedizinischen Ärzten und deren zu enge Fokussierung auf Symptome, ohne die zugrundeliegenden Ursachen zu betrachten, eine unpersönliche ärztliche Beratung und die Angst vor medikamentösen Nebenwirkungen veranlassten Patienten, ayurvedische Praktizierende aufzusuchen. Im Vergleich zu biomedizinischen Therapien würden Ayurveda aufgrund der längeren Behandlungsdauer und des persönlichen Charakters als angenehm empfunden. Patienten fühlten sich in ihren Bedürfnissen wahrgenommen und hätten den Eindruck, dass ihre Perspektiven in der Beratung und Behandlung ernst genommen werden (Frank und Stollberg 2002, 234–35).

Die Beweggründe für die Inanspruchnahme alternativer Verfahren lässt sich demnach als eine Dynamik von ‚Push‘- und ‚Pull-Faktoren‘ zwischen Bio- und Alternativmedizin darstellen, welche sich auf *pragmatischer Ebene* (Behandlung chronischer Erkrankungen und von Nebenwirkungen), auf *konzeptueller Ebene* (Krankheitserklärung) und auf *interpersoneller Ebene* (Arzt-Patient-Interaktion) ansiedeln lassen (vgl. Tabelle 5, S.35).

6.2 Erleben der Behandlung: Pull-Faktoren alternativmedizinischer Therapieformen

Das Erleben der Therapie und ihrer Wirksamkeit wird in Studien als entscheidender Faktor für eine große Adhärenz bei alternativen Verfahren herausgestellt. Hierbei zeigen Stöckigt et al. (2015b) auf, dass vor allem die persönliche Bindung zu – in ihrem Fall – spirituellen Heilern von den Klienten als positiv empfunden wird, da die Heiler als einführend und empathisch auftreten. Die Autoren stellen fest, dass Heiler und Klienten oft biografische Ähnlichkeiten hinsichtlich der Erfahrung von Leid aufweisen und argumentieren, dass der Rückgriff auf eigene durchlebte Lebenskrisen den Heilern ermöglicht, eine Position „radikaler Empathie“ (vgl. Koss-Chioino 2006) einzunehmen:

„Healer and client share the experience of crises and attribute a common meaning to these experiences (the

necessity for a change in life and a spiritual search). Because they share this same world view/construction of reality, healers and clients can easily work together, because they speak the same language and understand each other.“ (Stöckigt et al. 2015a, 185).

In dieser persönlichen Heilbeziehung fühlen sich die Klienten in ihrem Leiden wahr- und ernstgenommen, insofern als ihre Erwartungen und Erklärungen aktiv in den Heilungsprozess miteinbezogen werden. Damit aktiviere die als partnerschaftlich beschriebene Beziehung zu Heilern und die vermittelte Verbindung zu einer transzendentalen Kraft Ressourcen in den Klienten, um eine positive Haltung gegenüber ihrer Genesung einzunehmen. Im Gegensatz hierzu stellt Frank (2002a) eine angeblich rein harmonische und egalitäre Interaktion in Frage und weist bei der Beziehung zwischen homöopathischen Ärzten und Patienten auf mögliche Konflikte bezüglich der Wahl des Arzneimittels, der zu kurzen Therapiedauer (im kassenärztlichen Bereich) und der zu hohen Behandlungskosten (im privatärztlichen Bereich) hin. Diese divergierenden Beobachtungen zu interpersonellen Aspekten der Therapie lassen sich durch strukturelle Unterschiede in der rechtlichen und finanziellen Stellung von Homöopathie als ärztliche Zusatzleistung und spirituell-religiöser Geistesheilung erklären (vgl. Abschnitt 7, S. 39).

Doch nicht nur auf zwischenmenschlicher Ebene werden alternativmedizinische Behandlungen als positiv erlebt. Teut et al. (2014) beschreiben, dass Klienten von Geistesheilern bei sich eine Verbesserung ihrer Krankheitssymptome beobachten und darüber hinaus auch von Wahrnehmungsänderungen und einem Wertewandel aufgrund der Heilungsbegegnung berichten:

„Clients participating in healing treatments start to construct new (e.g. religious or spiritual) meanings, frequently adopt the healers’ spiritual suggestions and thus reframe their individual understanding of situations.“ (Teut et al. 2014, 246).

Diese Neuinterpretation des Leidens durch die Aneignung der spirituellen Erklärungsmodelle des Heilers fördere in den Klienten ein „Kohärenzgefühl“ (vgl. Antonovsky 1987), durch welches die Krankheitserfahrung nicht nur „verständlich“

werde, sondern mit der Hilfe des Heilers und dessen Verbindung zu einer spirituellen Kraft auch „handhabbar“ und durch den Einbezug der Patientenerwartungen „sinnhaft“ (Teut et al. 2014, 247). Damit fühlen sich die Patienten ermutigt, aktiv an ihrem Genesungsprozess teilzuhaben, indem sie einen Wandel ihrer zuvor ‚ungesunden‘ Einstellungen, Lebensstile und Verhaltensweisen vornehmen.



Globuli sind eine Verabreichungsform homöopathischer Medikamente

In ihrer symbolischen Analyse erklärt Habermann (1994) die Wirkung des Heilrituals einer süddeutschen Heilerin in ähnlicher Weise, wenn sie sich auf die „Dramatisierung des Fremden als Gestaltungselement“ (Habermann 1994, 209) konzentriert. Besagte Heilerin evoziere ein Gefühl von Befremdung in den Klienten, indem sie im Ritual Symbole unterschiedlicher Religionen kombiniert, die Klienten auffordert, sich zu entkleiden, und sich in der Interaktion mit den Klienten ungewöhnlich verhält. In der Überwindung dieser anfänglichen Fremdheit durch die Klienten, d.h. in der Aneignung des Fremden, liege dabei der therapeutische Prozess des Heilrituals begründet:

„Die gelungene Eingliederung der individuellen, krankheitsbezogenen Narration in das spezifische ‚Idiom‘ der Heilform wird von den Klienten als Besserung oder Heilung erlebt.“ (Habermann 1994, 213).

Einen gegensätzlichen Mechanismus in der Wirkungserklärung beschreiben Frank und Stollberg (2002, 2004b) bei Patienten, die Ayurveda oder Akupunktur beanspruchen. Die Patienten erklären sich die wahrgenommenen Effekte der Behandlung, indem sie die Wirkung in biomedizinische oder naturheilkundliche Erklärungsmodelle

integrieren. Hinsichtlich des Erlebens von alternativmedizinischen Therapieformen lassen sich damit stärker körperfokussierte Verfahren von Behandlungen, die primär auf energetischer Ebene agieren, unterscheiden. So stellen spirituell-religiöse Heilformen das Leiden der Patienten in neue Sinnzusammenhänge (vgl. Abschnitt 5.2, S.25), während Patienten von stärker körperfokussierten Verfahren positive körperliche und sozioemotionale Effekte betonen, wie beispielsweise bei der Nutzung von Qigong zur Behandlung chronischer Nackenschmerzen (Holmberg, Farahani und Witt 2016). Beiden alternativmedizinischen Therapieformen ist jedoch ein intensives und persönliches Betreuungsverhältnis gemein, in dem die Patienten mit ihren Krankheitserklärungen und biografischen Besonderheiten Beachtung finden. So folgert beispielsweise auch Degele für homöopathische Behandlungsweisen: „Die Homöopathie als paradigmatische Alternativmedizin füllt die von der herrschenden Medizin unbefriedigten

Bedürfnisse nach langfristiger, individueller und sinnstiftender Zuwendung.“ (Degele 1998, 204).

Damit werden im Erleben alternativer Behandlungen Lösungen für die unterschiedlichen zuvor dargestellten ‚Push-Faktoren‘ der Biomedizin angeboten. Erstens wird die Therapie als wirksam empfunden und löst damit Beschwerden, für die die Biomedizin nur teilweise oder keine Heilung verspricht (*pragmatische Gründe*). Zweitens betten alternativmedizinische Therapien das Leiden der Patienten in Wirkungskonzepte ein, die über eine rein physiologische Erklärung von Krankheit hinausgehen, sodass dieses handhabbar, verstehbar und sinnhaft wird (*konzeptuelle Gründe*). Und zuletzt fühlen sich die Patienten durch eine persönliche Bindung zu ihren Praktizierenden in ihrem Leiden wahr- und in ihren Krankheitserklärungen ernstgenommen, was ihnen ermöglicht, eine aktive Rolle bei der Krankheitsbekämpfung einzunehmen (*interpersonelle Gründe*).

Tabelle 5: Push- und Pull-Faktoren zur Erklärung der Abkehr von der Biomedizin und Inanspruchnahme alternativmedizinischer Verfahren

	Push: Biomedizinische Gesundheitsversorgung	Pull: Alternativmedizinische Verfahren
Pragmatisch	<ul style="list-style-type: none"> • Chronische und psychosomatische Erkrankungen • Medikamentöse Nebenwirkungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wahrgenommene körperliche und sozioemotionale Verbesserungen
Konzeptuell	<ul style="list-style-type: none"> • Pathogene Ätiologie • Trennung von Körper und Geist • Fokus auf physiologische Prozesse in einem materiellen Körper 	<ul style="list-style-type: none"> • Einordnung des Leidens in größere Sinnzusammenhänge • Ganzheitliche Betrachtung der Patienten in ihrer Biografie und Lebenswelt • Behandlung tieferliegender Ursachen auf geistiger, seelischer und spiritueller Ebene
Interpersonell	<ul style="list-style-type: none"> • Unpersönliches und paternalistisches Arzt-Patienten-Verhältnis • Entfremdung von ‚hochtechnisierter‘ Biomedizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Einfühlende Haltung der Praktizierenden • Gefühl, ernstgenommen zu werden • Mitspracherecht in der Therapiegestaltung • Aktive Patientenrolle im Heilungsprozess

6.3 Nutzungsverhalten: Kontaktwege, Patientenrolle und komplementäre Therapie

Wie auch die Studien zu Gesundheitspraktiken in migrantischen Kontexten stimmen die gesichteten Untersuchungen zur Alternativmedizin dahingehend überein, dass vor allem das persönliche Netzwerk die Therapieentscheidung beeinflusst. Pauli und Brandner (2010) untersuchen hierbei die Entscheidung von Eltern gegen die Impfung ihres Kindes.¹⁷ Bei der Entscheidungsfindung werden unterschiedliche Akteure konsultiert, wobei vor allem den Kinderärzten als medizinischen Experten und den Müttern als Vertrauten in Fragen der Kindeserziehung Autorität zugesprochen wird. Medial erworbenen Informationen (über das Internet, Ratgeber, Broschüren oder Zeitschriften) standen die Befragten hingegen eher kritisch gegenüber und nutzten diese deshalb hauptsächlich zur Bestärkung und Absicherung ihrer bereits in interpersonellen Beziehungen gefestigten Einstellungen (Pauli und Brandner 2010, 83).¹⁸

Während die Ablehnung von Impfungen nicht zwangsweise mit einer Zuwendung zu alternativen Verfahren einhergeht, zeigen Studien jedoch, dass auch die Konsultation mit alternativmedizinisch Praktizierenden durch persönliche Kontakte begünstigt wird. So betonen Frank und Stollberg (2002), dass bei „ayurvedischen Patienten“ weniger die Therapieform selbst, sondern vor allem die Empfehlung eines spezifischen Praktizierenden dieser Heiltradition durch einen Bekannten ausschlaggebend für die Therapieentscheidung ist. Damit wird die erste Kontaktaufnahme zu einem alternativmedizinisch Praktizierenden –

auch im Falle der spirituell-religiösen Heilung (Habermann 1994, 208; Moos 2002, 81) – meist durch das persönliche Umfeld wie die Arbeit oder Kirche sowie die Überzeugungsleistungen von Freunden und Verwandten initiiert. Ausschlaggebend für die Wahl eines spezifischen Praktizierenden ist zudem auch seine Persönlichkeit, die den Patienten als vertrauenswürdig und sympathisch erscheinen muss, um eine längerfristige Beziehung aufzubauen (Moos 2002, 81; vgl. Stöckigt et al. 2015a). Bei dem als Behandlungsergänzung stärker anerkannten und institutionell etablierten Verfahren der anthroposophischen Misteltherapie spielen hingegen die Empfehlungen des medizinischen Fachpersonals (Ärzte und Heilpraktiker) eine maßgebliche Rolle bei der Entscheidungsfindung (Gschwendtner, Holmberg und Weis 2016, 219). Das heißt, der Kontakt zur Misteltherapie, aber auch deren Ablehnung verlaufen hauptsächlich „über Institutionen und Akteure des konventionellen medizinischen Feldes“ (von Garmissen 2015, 293). Damit zeigt sich, dass allgemein das persönliche Netzwerk und, je nach Institutionalierungsgrad des Verfahrens, auch das Gesundheitspersonal die größten Einflüsse bei der ersten Kontaktaufnahme zu alternativmedizinischen Behandlungsformen sind.

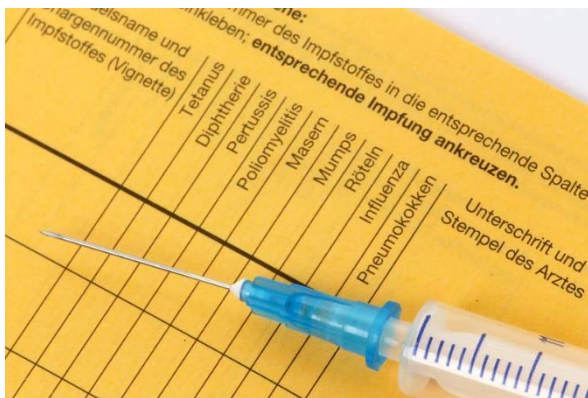
Ist der Kontakt zu alternativmedizinisch Praktizierenden hergestellt, stellt sich die Frage, *wie genau* Patienten deren Dienste beanspruchen. Auch hier sind sich die meisten Studien einig, dass eine Zuwendung zur Alternativmedizin nicht einer kompletten Abkehr von der Biomedizin und dem biomedizinischen Gesundheitswesen gleichkommt.¹⁹ Vielmehr zeigen die gesichteten Stu-

¹⁷ Hierbei zeigt sich auch, dass bei den mittelständischen Eltern in Pauli und Brandners Studie die Auseinandersetzung mit der Gesundheit des Kindes eine Hinwendung zu alternativmedizinischen Behandlungsoptionen, die als weniger invasiv und damit als ‚sanft‘ angesehen werden, bedingen kann. Dies deckt sich mit repräsentativen Umfragen, die die Nutzung von Alternativmedizin vor allem in wohlhabenderen gesellschaftlichen Milieus verorten (vgl. Abschnitt 3.1, S. 13).

¹⁸ Trotz kontrovers geführter öffentlicher Debatten finden sich relativ wenige sozialwissenschaftliche Studien zu Impfskeptikern und -gegnern im deutschen Kontext. Laut Meyer und Reiter (2004, 1185) können 3 bis 5 Prozent der deutschen Bevölkerung als Impfgegner identifiziert werden. Ihre Einstellung ist entweder religiös bzw. ideologisch oder esoterisch bzw. alternativmedizinisch begründet.

¹⁹ Voss (2010) zeigt jedoch auf, dass es insbesondere bei alternativmedizinisch orientierten Patienten in Einzelfällen zur Abkehr vom Krankenversicherungssystem kommen kann, indem eine privat organisierte und auf

dien unterschiedliche Nutzungsmuster auf, in denen entweder der Biomedizin oder alternativmedizinischen Verfahren eine komplementäre Rolle zukommt. So sprechen Frank und Stollberg von einem Dualismus zwischen chronischen und akuten Erkrankungen in der Weise, wie ‚ayurvedische Patienten‘ die Wahl ihrer Gesundheitsversorgung strukturieren (Frank und Stollberg 2002, 239); in diesem Fall kommt der Biomedizin selbst eine komplementäre Rolle zu, insofern sie nur in Notfällen oder für Operationen genutzt wird. Und auch Habermann stellt fest, dass die Klienten einer süddeutschen Heilerin die Biomedizin zur Diagnosestellung wertschätzen und auch biomedizinische Behandlungen wählen, wenn das Krankheitsbild und die Erfolgchancen der Behandlung eindeutig sind – d.h. bei Krankheiten, „deren Ätiologie, Therapie und Prognose klare Konturen hatten“ (Habermann 1994, 202).



Bei der Impfscheidung spielt das soziale Netzwerk eine entscheidende Rolle ©

Auch die Misteltherapie wird in den seltensten Fällen als alleinige Behandlungsoption genutzt. Stattdessen wird sie als „Möglichkeit den Körper während der Krankheit und in der Zeit der [biomedizinischen] Therapien zu unterstützen“ angesehen und nimmt dementsprechend eine „supplementäre und supportive Funktion im Heilungsgeschehen“ ein (von Garmissen 2015, 294) – vor allem zur Milderung der durch die Chemotherapie hervorgerufenen Nebenwirkungen sowie zur Stärkung des körperlichen Wohlbefindens und der psychischen Stabilität. Damit zeichnet sich ein

differenzierteres Bild vom alternativmedizinischen Patienten als das von „credulous victims of medical charlatans“ (Frank und Stollberg 2002, 232), insofern als sich Patienten sehr bewusst für einen Praktizierenden zur Behandlung eines spezifischen Leidens entscheiden und so die Alternativmedizin *pragmatisch* nutzen:

„Most patients in our study assessed the efficacy of biomedical treatment and that of heterodox treatment on the basis of disease categories. It is a clearly pragmatic and complementary approach to medical pluralism in Germany.“ (Frank und Stollberg 2004b, 362).

Im internationalen Vergleich

Diese Erkenntnis, dass Patienten Alternativ- und Biomedizin für unterschiedliche Beschwerden nutzen, formulieren auch Cant und Sharma (1999) in ihrer Studie zum medizinischen Pluralismus in Großbritannien. Basierend auf einer qualitativen Studie zu Nutzern und Praktizierenden alternativer Heilmethoden identifiziert Sharma (1992) drei Nutzertypen: „Earnest seekers“ wenden sich an unterschiedliche Heiltradition aufgrund eines spezifischen Leidens, „stable users“ unterhalten eine beständige Beziehung zu einem spezifischen Praktizierenden und konsultieren diesen regelmäßig, und „eclectic users“ zeichnen sich durch vielfältige Beschwerden aus, für die sie unterschiedliche Praktizierende ausprobieren (Cant und Sharma 1999, 33). Hinsichtlich der letzten beiden Nutzertypen stellen die Autorinnen eine Entwicklung hin zu aktiven und informierten Klienten in einer sich diversifizierenden Therapielandschaft fest:

„[T]he patients revealed high degrees of knowledgeability and control over their health and were able to envisage situations where they would see their doctor and when it would be more appropriate to use their practitioner“ (Cant und Sharma 1999, 33).

Auch für den deutschen Kontext tragen Studien zur Nutzung von Alternativmedizin zu Diskussionen um die Patientenrolle im Gesundheitswesen einerseits und in der konkreten Arzt-Patienten-Interaktion andererseits bei, da angenommen wird, dass sich Klienten alternativer Heiler *aktiv* gegen

dem Prinzip der Gemeinschaftlichkeit beruhende nichtstaatliche Gesundheitsvorsorge in sogenannten ‚Artabana‘-Organisationen bevorzugt wird.

eine biomedizinische Behandlung entschieden haben und damit ein sehr bewusstes Gesundheitsverhalten praktizieren. Die in der Medizinsoziologie kontrovers geführte Debatte um die Patientenrolle in der Interaktion mit biomedizinischen Ärzten geht auf Parsons' (1951) Konzeptualisierung einer asymmetrischen Rollenverteilung zwischen dominantem Arzt und passivem, hilfesuchendem Patienten zurück. Im Vergleich zu diesem „modernen“ Arzt-Patienten-Verhältnis sei, so Stollberg (2000, 107–8), ein „postmodernes“ durch eine stärkere Patientenorientierung gekennzeichnet, insofern Patienten auf die medizinische Expertise Einfluss nehmen können und ihnen bei der Therapieentscheidung ein Mitspracherecht eingeräumt wird. Zeichnen sich Patienten, die alternativmedizinische Angebote nutzen, durch eine größere Unabhängigkeit und einen höheren Grad an Informiertheit aufgrund ihrer kritischeren Haltung gegenüber der Biomedizin aus und verkörpern sie damit den paradigmatischen ‚postmodernen‘ Konsumenten in einem therapeutischen Pluralismus?

In Studien zum Nutzungsverhalten von Patienten, die entweder Ayurveda oder Akupunktur beanspruchen, kommen Frank und Stollberg (2002, 2004b) zu dem Schluss, dass es sich hierbei nur sehr bedingt um eine aktive „Konsumentenwahl“ handelt (vgl. Kelner und Wellman 1997). Abgesehen von der initialen Entscheidung für ein alternatives Verfahren und einen spezifischen Praktizierenden, diagnostizieren die Autoren ein klassisch ‚modernes‘ Arzt-Patient-Verhältnis, in dem die Patienten dem Praktizierenden die Gestaltung des Therapieverlaufs überlassen. Lediglich in die Entscheidung, ob alternativ- oder biomedizinische Verfahren zum Einsatz kommen sollen, waren die Patienten von Akupunkteuren aktiv involviert, da diese meist auch gleichzeitig als Ärzte tätig waren (Frank und Stollberg 2004b, 365). Dass es sich bei den Patienten von Ayurveda und Akupunktur nicht um aktive Konsumenten handelt, zeige zudem der geringe Grad an Informiertheit der Patienten über Ayurveda oder TCM und deren Wirkungskonzepte. Stattdessen stellen Patienten die subjektiv wahrgenommene Wirksamkeit der Therapie in den Vordergrund und vertrauen auf die Expertise des Praktizierenden.

Bei ‚ayurvedischen Patienten‘ zeige sich teilweise eine stärker aktive Rolle in ihrem Alltag, insofern als sie einige Umstände auf sich nehmen, um Arzneimittel zu beschaffen, Diäten wie beispielsweise den Verzicht auf Fleisch und scharfe Gerichte einzuhalten und täglich Ölbehandlungen durchzuführen (Frank und Stollberg 2002, 235–36). Eine in der Studie genannte Erklärung hierfür ist, dass ayurvedische Behandlungen im Gegensatz zur Akupunktur nicht von den Krankenkassen übernommen werden und deshalb Patienten, die sich für diese kostspieligere Behandlungsmethode entscheiden, auch eine größere Hingabe in der Umgestaltung ihres Alltags aufweisen.

Aufgrund dieser ambivalenten Patientenrolle beschreiben Frank und Stollberger das Verhältnis zwischen Praktizierenden und Patienten Asiatischer Medizinformen sowohl als patientenorientiert als auch paternalistisch (Frank und Stollberg 2002, 240) bzw. als ‚modernes‘ Arzt-Patienten-Verhältnis in einem zunehmend ‚postmodernen‘ Gesundheitswesen, das sich durch die Wahlmöglichkeit zwischen pluralen Behandlungsoptionen auszeichnet:

„The patients' approaches correspond to classical modernity, including strong trust in medical experts and little patient involvement in decision-making. However, while we did not observe postmodern patients, the increasing popularity of heterodox medicine represents a move towards the postmodernisation of healthcare on a more structural level of (medical) pluralism.“ (Frank und Stollberg 2004b, 369).

Patienten, die stärker dem Ideal informierter Konsumenten entsprechen, findet Rajtar (2016) bei den Zeugen Jehovas in Deutschland. Aufgrund ihrer religiösen Überzeugungen lehnen diese Bluttransfusionen ab und nehmen durch die Verweigerung dieses für operative Eingriffe essenziellen Verfahrens eine Außenseiterposition ein.

Trotzdem stellen nicht-biomedizinische Behandlungsformen aufgrund ihrer meist akuten Beschwerden keine wirkliche Alternative für Zeugen Jehovas dar. Deshalb praktizieren sie ein aktives Patientenverhalten innerhalb der biomedizinischen Gesundheitsversorgung, um unkonventionellere biomedizinische Behandlungen zu erhalten, die mit ihrem Glauben vereinbar sind. Diese

aktive Haltung zeige sich darin, dass Zeugen Jehovas untereinander sowohl deutschlandweit als auch mit der Zentraleitung in den USA gut vernetzt sind, sich über medizinische Möglichkeiten ‚blutloser‘ Verfahren informieren und die dafür geeigneten Arzt ausfindig machen (Rajtar 2016, 183).



Zeugen Jehovas praktizieren aktives Patientenverhalten um Bluttransfusionen zu vermeiden (CC)

Zusammenfassend kann für dieses Kapitel festgehalten werden, dass analytisch bei der Darstellung der Nutzungsmotive relativ eindeutig die

Vor- und Nachteile der Alternativ- und Biomedizin auch durch die Patienten selbst identifiziert werden können. In der praktischen *Inanspruchnahme* unterschiedlicher Verfahren ist diese Trennung jedoch weniger präsent: Oft durch das persönliche Netzwerk initiiert, beanspruchen Patienten alternative Behandlungsformen entweder ergänzend zu biomedizinischen Therapien oder für unterschiedliche Beschwerden. Damit stellt das Aufsuchen alternativmedizinischer Praktizierender nur in den seltensten Fällen eine Abkehr von der biomedizinischen Gesundheitsversorgung dar. Zudem zeigen die gesichteten Studien auf, dass sich alternativmedizinische Patienten trotz einer aktiven Entscheidung gegen ein biomedizinisches Verfahren bzw. für eine ergänzende alternativmedizinische Behandlung nur eingeschränkt als aktive und informierte Klienten auszeichnen. Vielmehr gleiche die Interaktion zwischen Praktizierenden und Behandelten einem ‚modernen‘ Arzt-Patienten-Verhältnis in einem zunehmend ‚postmodernen‘ medizinischen Pluralismus.

7. Alternativmedizinisch Praktizierende: Zwischen Professionalisierung und Abgrenzung

Die gesichteten Studien kategorisieren Gesundheitsexperten anhand ihrer Ausbildung und rechtlichen Situation in (1) biomedizinisch ausgebildete Ärzte, die zusätzlich alternativmedizinische Verfahren anbieten, (2) lizenzierte Heilpraktiker und (3) (spirituelle) Heiler ohne anerkannte Ausbildung.²⁰ Aufgrund der divergierenden rechtlichen und gesellschaftlichen Stellung der Berufsgruppen ergeben sich unterschiedliche Fragestellungen zur Behandlungspraxis, den Beweggründen für das spezifische Angebot sowie der Legitimation ihrer professionellen Autorität. Hierbei finden auch institutionelle Einschränkungen bzw.

Förderungen hinsichtlich der Finanzierung durch gesetzliche Krankenkassen Berücksichtigung.

7.1 Ärzte: Heterodoxe Behandlungspraxis und strukturelle Zwänge

Repräsentative Studien zu alternativmedizinischen Zusatzqualifikationen sowie dem Angebot komplementärer Verfahren durch approbierte Ärzte weisen auf eine zunehmende Popularität alternativer Heilmethoden im ärztlichen Angebot hin (Stange, Amhof und Moebus 2006). Thanner (2010) identifiziert hierbei mögliche Beweggründe der Ärzte für diese Entwicklung: Ähnlich

²⁰ Diese analytische Dreiteilung der Berufsgruppen weist bereits auf Lücken in der Erforschung des alternativmedizinischen Angebots hin, insofern als weiteren Professionen der Gesundheitsfürsorge kaum Beachtung zuteilwird. So weist beispielsweise Thanner (2010, 190) darauf hin, dass es kaum Studien zur Anwendung oder Empfehlung alternativmedizinischer Verfahren durch Physiotherapeuten, Hebammen oder Masseur gibt.

zu den Nutzungsmotiven der Patienten seien auch viele Ärzte von der Wirksamkeit und den geringen Nebenwirkungen alternativmedizinischer Verfahren überzeugt. Zudem verweist die Autorin auf die Vorteile der interpersonellen Nähe zwischen Ärzten und Patienten und argumentiert,

„dass alternative Verfahren es dem Arzt ermöglichen, eine idealisierte zwischenmenschliche Konsultationsebene wiederzuerlangen, die durch Strukturzwänge immer stärker bedroht wird“ (Thanner 2010, 192).

Auch wenn nur sechs Prozent der alternativmedizinisch praktizierenden Ärzte in einer repräsentativen Umfrage finanzielle Anreize als Motiv angaben (Thanner, Nagel und Loss 2014, 718), sei nicht auszuschließen, dass das ärztliche Angebot auch einer ökonomischen Rationalität folge, insofern als sich Ärzte an den Patientenwünschen nach alternativmedizinischen Behandlungsformen orientieren. Damit würden Ärzte von dem wachsenden Interesse an gesundheitserhaltenden, präventiven Maßnahmen profitieren, da alternativmedizinische Verfahren meist als Selbstzahlerleistungen verrechnet werden (Thanner 2010, 192–93).

Auch Degele (2000, 1998) weist auf die finanziellen Vorteile einer alternativmedizinischen Zusatzbezeichnung hin – insbesondere vor dem Hintergrund der zuvor dargestellten Push-Faktoren der Biomedizin, die Degele als „medizinisch-industriellen Komplex“ bezeichnet (Degele 2000, 54). Eine „interaktiv praktizierte Individualmedizin“ mit einem „ganzheitlichen, integrativen und damit auch soziale Bindungen stiftenden Ansatz“, wie sie durch die Homöopathie vertreten wird, könne hingegen Patientenwünschen besser entgegenkommen (Degele 2000, 55–56). Trotzdem sei die Integration homöopathischer Behandlungsweisen in die an Kosteneffizienz ausgerichtete kassenärztliche Gesundheitsversorgung kaum möglich, da diese ein langfristiges und individuelles Betreuungsverhältnis erfordern. Damit prognostiziert die Autorin einen Entscheidungszwang für homöopathisch praktizierende Ärzte zwischen Anpassung an jenes Gesundheitssystem und einem Ausstieg in den privatärztlichen Sektor (Degele 2000, 57).

Entgegen dieser Prognose einer disjunktiven Entscheidung untersuchen Frank und Stollberg, wie approbierte Ärzte in ihrer alltäglichen Behandlungspraxis Elemente aus unterschiedlichen Medizinsystemen trotz sich widersprechender Behandlungslogiken und Wirkungskonzepte kombinieren. Hierbei beschreibt Frank (2002b) unterschiedliche Handlungsmuster homöopathischer Ärzte: Auf der einen Seite des Kontinuums verortet er ärztliche Behandlungspraktiken, die durch eine Vormachtstellung der Biomedizin gekennzeichnet sind. Homöopathie werde hierbei nur ergänzend, vor allem bei chronischen und psychosomatischen Erkrankungen, angewandt. Die konträre Position hierzu bildet eine Zurückweisung der Biomedizin, insbesondere von Medikation, durch Homöopathen, die nur in Notfällen auf biomedizinische Verfahren zurückgreifen. Dazwischen findet sich die Mehrzahl der ‚nicht-dogmatischen‘ Praktizierenden, die heterodox arbeiten, jedoch biomedizinische Elemente integrieren:

„To be ‚non-dogmatic‘ is at the core of these physicians‘ professional identity. They do not reject either of the two medical modalities, but describe homeopathy – particularly in respect of therapeutics – as far superior. Yet physicians of this type have not completely turned their back on biomedicine, but continue to use its potential.“ (Frank 2002b, 805).

Zusätzlich zur Dominanz entweder biomedizinischer oder heterodoxer Diagnose- und Therapiemethoden lasse sich auch der Grad der Hybridisierung unterschiedlicher Elemente unterscheiden, wodurch die Autoren vier Handlungstypen identifizieren (Frank und Stollberg 2004a, 78–82, 2004b, 357–60). In Typ 1, der „biomedizinisch-dominierten Koexistenz“, würden konzeptuelle Spannungen nicht gelöst, sondern Ärzte nutzten alternativmedizinische Verfahren in klar definierten Anwendungsbereichen – Akupunktur bei chronischen (Rücken-)Schmerzen und Migräne und Ayurveda bei chronisch-degenerativen Erkrankungen. Bei der „Koexistenz mit heterodoxer Dominanz“ (Typ 2) nehme die Biomedizin eine untergeordnete Rolle ein, werde jedoch in Notfällen oder bei akuten Erkrankungen beansprucht. Die Autoren merken an, dass dieser Typ der Hyb-

ridisierung kaum mit dem gesetzlichen Versicherungssystem zu vereinbaren sei, was sich daran zeige, dass in der Studie alle Praktizierenden dieses zweiten Typs privatärztlich tätig waren. Eine Erklärung der Wirkungsweise alternativmedizinischer Verfahren innerhalb des naturwissenschaftlichen Interpretationsrahmens, wie sie die „biomedizinische Inkorporierung von Asiatischer Medizin/Akupunktur“ (Typ 3) vorsieht, war überraschenderweise nur bei einem Befragten zu beobachten. Obwohl dieser Typ oft in der soziologischen Literatur angenommen und von Berufsorganisationen propagiert wird, hatte die wissenschaftliche Legitimierung alternativer Heilmethoden für die Befragten in der klinischen Praxis kaum Relevanz. In Typ 4, dem „großen Schmelztiegel“, beobachteten die Autoren die praktische und konzeptuelle Kombination von bis zu zehn unterschiedlichen Heiltraditionen durch die Praktizierenden. Auch innerhalb dieses Typs waren Praktizierende ausschließlich privatärztlich tätig.

Mit Blick auf die medizinische Praxis zeichnen Frank und Stolberg damit ein differenzierteres Bild alternativmedizinisch tätiger Ärzte, das über einen klaren Entscheidungszwang zwischen Anpassung an oder Austritt aus dem öffentlichen Gesundheitssektor hinausgeht. Auch sie stellen fest, dass trotz hybridisierender Tendenzen in der Behandlungspraxis die Biomedizin hinsichtlich Diagnostik und wissenschaftlicher Wirkungsnachweise die Vormachtstellung innehat. Diese Hegemonie werde durch institutionelle Rahmenbedingungen in Form von kassenärztlichen Förderungsleistungen fortgeführt.²¹ Dies schließt eine heterodoxe Behandlungsweise zwar nicht aus, lässt sie aber gleichzeitig nur bis zu einem gewissen Grad zu, nämlich solange biomedizinische Verfahren und Erklärungen die vorrangige Stellung einnehmen. Die Typologisierung zeigt dementsprechend auf, dass eine Dominanz heterodoxer Medizin in der Behandlungspraxis nur schwer mit dem kassenärztlichen Gesundheitssektor vereinbar ist, wohingegen eine undogmatische Nutzung alternativmedizinischer

Verfahren für klar definierte therapeutische Anwendungsbereiche durch die Finanzierung der Krankenkassen sogar begünstigt wird.

7.2 Heilpraktiker: Therapeutischer Pluralismus und Professionalisierungstendenzen

Auf die Besonderheit der deutschen Institution der Heilpraktiker wird aufgrund ihrer rechtlich legitimierte Sonderstellung als nicht-medizinisch ausgebildete Praktizierende alternativer Heilverfahren in der Literatur mehrfach hingewiesen. Diese historisch begründete Legitimierung sowie die Kombination einer großen Anzahl unterschiedlicher Heiltraditionen unterscheidet deutsche Heilpraktiker auch im internationalen Vergleich zu anderen Laienheilern (Ernst, Edzard 1996). Trotzdem finden sich nur wenige Studien, die sich explizit mit der Behandlungspraxis und den Patienteninteraktionen dieser Berufsgruppe auseinandersetzen.

Naraindas verweist in seiner Untersuchung eines ayurvedischen Spas unter der Leitung eines Heilpraktikers auf dessen Kombination unterschiedlicher therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen (*poly-therapeutics*). So bietet dieser Heilpraktiker beispielsweise Ferndiagnosen und -behandlungen von Haarsträhnen oder Blut mittels einer technischen Apparatur an. Dieser diagnostische und therapeutische Pluralismus ergebe sich, laut Naraindas, aus dem rechtlichen Ausschluss der Heilpraktiker aus dem Tätigkeitsbereich approbierter Ärzte:

„Since they are excluded from the portals of Schulmedizin, they willy-nilly fill this null set largely with a host of ‚alternative‘ therapeutic possibilities as this is the training that is available to them.“ (Naraindas 2011, 75).

Demnach erweitern Heilpraktiker kontinuierlich ihr therapeutisches Repertoire durch Wochenendkurse nicht nur aus finanziellen Interessen, sondern auch, um den Bedürfnissen ihrer Patienten

²¹ Als weitere Erklärungsfaktoren für unterschiedliche Grade der Hybridisierung bei homöopathischen Ärzten nennt Frank den Zeitpunkt und die Bedingungen für deren Einstieg in die Homöopathie (Frank 2002b, 814–15).

ten nach sinnstiftenden Handlungsoptionen gerecht zu werden (Naraindas 2011, 79). Ein Methodenpluralismus ist folglich die Reaktion auf die empfundenen Unzulänglichkeiten einer biomedizinischen Gesundheitsversorgung (vgl. Abschnitt 6.1, S.32).

Es ist anzunehmen, dass Heilpraktiker eine größere Freiheit als approbierte Ärzte in ihrem Angebot und der Behandlungsgestaltung genießen, da sie nicht an kassenärztliche Vorschriften gebunden sind und Patienten ihre Behandlung selbst finanzieren. Trotzdem diagnostiziert Degele im Bereich der Homöopathie Professionalisierungs- und Standardisierungstendenzen in der „Durchsetzung einer theoretischen und durch Prüfungen zertifizierten Ausbildung“ (Degele 1998, 207). Diese Professionalisierung führe jedoch nicht zwangsläufig zu einer größeren Legitimierung im Gesundheitswesen, sondern kann, wie Cant und Sharma (1995) am Beispiel Großbritanniens aufzeigen, durch das Einbüßen an Flexibilität und Unabhängigkeit auch zu einem Identitätsverlust beitragen. Demnach kann eine Standardisierung heilpraktischer Tätigkeitsfelder und damit eine Annäherung an professionalisierte Heilberufe den gegenteiligen Effekt haben, dass Heilpraktiker genau das Alleinstellungsmerkmal einbüßen, aufgrund dessen von der Biomedizin enttäuschte Patienten sie aufsuchen: einen therapeutischen Pluralismus, der auf die individuellen Belange der Patienten eingehen kann.

7.3 Geistheiler: Konstituierung charismatischer Heilerpersönlichkeiten

Im Vergleich zu Heilpraktikern genießen andere, hauptsächlich religiös-spirituelle Heiler abgesehen von dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2004 keine rechtliche Sonderstellung im deutschen Gesundheitswesen (vgl. Abschnitt 2.2, S. 9). Vor diesem Hintergrund fragen Studien, wie Geistheiler trotz fehlender Institutionalisierungen durch beispielsweise Ausbildungen oder einheitliche Lehrgebäude ihre professionelle Autorität in der Therapielandschaft legitimieren und eine breite Klientel anziehen können. Hierbei zeigen Stöckigt et al. (2015a) auf, dass die spirituellen Heiler ihre Autorität hauptsächlich biografisch begründen. Im wiederkehrenden Narrativ des

„wounded healer“ (vgl. Kirmayer 2003) wird von lebensverändernden Krisen und Traumata berichtet, die die Heiler dazu veranlassten, sich einer transzendentalen Kraft zuzuwenden und ihre entweder erworbenen oder angeborenen Heilungsfähigkeiten in der Bekämpfung der eigenen Krankheit zu entdecken. In ähnlicher Weise stellte bei der Heilerin in Habermanns Studie deren Krebserkrankung einen Wendepunkt in ihrem Leben dar, der sie zur Heilertätigkeit führte (Habermann 1994, 202–3). Und auch Uhlig beschreibt dieselbe Dynamik bei der Berufung einer schamanischen Heilerin und weist darauf hin, dass dabei klare Grenzziehungen zwischen Heiler und Heilsuchenden verschwimmen (Uhlig 2015, 72–75). Und so schließt Voss in seiner Betrachtung zur Berufung zum Medium:

„Als besonders häufige Einschnitte werden die Konfrontation mit Krankheit und Tod genannt, die als etwas – im Falle von Krankheit zumindest phasenweise – Unverfügbares in das Leben treten, denen man ausgeliefert ist, die sich der Kontrolle entziehen und zum Teil die eigene Unversehrtheit bedrohen [...]“ (Voss 2011, 328).

Die sich im Anschluss an diese Erfahrung ereignende plötzliche und unerklärliche Heilung bildet, laut Voss, eine Hauptkomponente zur Etablierung einer charismatischen Persönlichkeit (vgl. Weber 1980). Dabei betonen die Heiler ihre Auserwähltheit, d.h. ihre außergewöhnlichen Fähigkeiten, die nicht einfach durch die Weitergabe von Techniken erlernt werden können, sondern bereits in einer Person angelegt sind und lediglich ‚geweckt‘ werden müssen. Zudem werde das Charisma bestärkt, indem Heiler ihre Einweihungslinie auf bekannte Persönlichkeiten zurückführten, z.B. auf den Dalai-Lama oder den in den Nachkriegsjahren tätigen Heiler Bruno Gröning (Voss 2011, 304–5). Wie auch von Habermann als die „Dramatisierung des Fremden“ (Habermann 1994, 209) beschrieben, sei auch die Inszenierung des Kontakts zur Geisterwelt im Heilritual, z.B. durch veränderte Gesichtszüge und Stimmen, ein Element zur Ausgestaltung des Heilercharismas.

Des Weiteren begründen mediale Heiler ihre Glaubwürdigkeit laut Voss durch die Orientierung an wissenschaftlichen Wirkungsnachweisen so-

wie durch die Abgrenzung von einer Mehrheitsgesellschaft und dem damit einhergehenden Selbstentwurf als „elitäre Minderheit“:

„Der Widerspruch, der durch die Orientierung an der herrschenden Norm mittels der Inanspruchnahme von Wissenschaftlichkeit für die eigene Tätigkeit und einer gleichzeitigen Anerkennung der Devianz entsteht, wird aufgelöst, indem man sich selbst als elitäre Minderheit entwirft, die als einzige die Normen der Mehrheitsgesellschaft tatsächlich erfüllt.“ (Voss 2011, 356).



Das Charisma von Heilern wird gestärkt durch die Bezugnahme auf zum Beispiel den Dalai-Lama

In dieser Dynamik zwischen Normorientierung und Abgrenzung ist auch die in der Kultur des medialen Heilens geführte Debatte um Profitorientierung zu verorten. Auf der einen Seite beschreibt Voss, dass sich die Glaubwürdigkeit medialer Heiler über eine „Wirtschaftsfremdheit“ einstelle – hauptsächlich, da sich das Feld des medialen Heilens sehr schnell dem Vorwurf der ‚Scharlatanerie‘ ausgesetzt sieht. Auf der anderen Seite werde argumentiert, dass gerade die Bezahlung von Leistungen im Gegensatz zum Erhalten von Gefälligkeiten der Klienten eine professionelle Identität zum Ausdruck bringe (Voss 2011, 313–14). Damit zeigt sich, dass sich auch Geistheiler zwischen der Anpassung an und Abgrenzung von gesellschaftlichen Normen zur Wissenschaftlichkeit und Profitorientierung bewegen. Nichtsdestoweniger offenbaren sich hier auch deutliche Unterschiede in der Legitimierung ihrer professionellen Autorität, die nicht an institutionalisierte

Titel und Ausbildungswege geknüpft, sondern stark durch die individuelle Biografie und die Etablierung einer charismatischen Persönlichkeit begründet ist. Dies lässt auch den Schluss zu, dass im Feld der religiös-spirituellen Heilung die Persönlichkeit des Heilers sowie die persönliche Beziehung zu diesem noch stärker für die Therapiewahl und -adhärenz von Bedeutung sind als in anderen alternativmedizinischen Bereichen (vgl. Stöckigt et al. 2015a, 2015b).

Die Betrachtung unterschiedlicher Berufsgruppen im Bereich alternativer Heilverfahren zeigt zusammenfassend, dass strukturelle Bedingungen des deutschen Gesundheitswesens sowohl Möglichkeiten hinsichtlich der Finanzierung bieten als auch Einschränkungen aufgrund dessen ökonomischer Rationalität auferlegen. Insbesondere Ärzte, die im öffentlichen Gesundheitssektor tätig sind, müssen abwägen, wie stark alternative Behandlungslogiken sowohl aus rechtlicher als auch finanzieller Sicht ihren Praxisalltag bestimmen können. Heilpraktiker und Ärzte im privaten Gesundheitssektor genießen die privilegierte Position, in der sie rechtlich legitimiert praktizieren, während die Patienten für alternativmedizinische Anwendungen teilweise selbst aufkommen. Dies gibt ihnen die Möglichkeit, sich intensiv mit den Patienten und deren Beschwerden auseinanderzusetzen – sofern diese bereit sind, für die Verfahren zu bezahlen. Folglich ergeben sich unterschiedliche Konfliktlinien zwischen Patienten und Praktizierenden der jeweiligen Gruppen: Während im kassenärztlichen Sektor Patienten die unpersönliche ‚Abwicklung‘ aufgrund ökonomischer Erwägungen auf Seiten der Ärzte beklagen, können sich im privatärztlichen Bereich Konflikte über die Preise der Behandlungen und deren Notwendigkeit herausbilden (vgl. Frank 2002a). Trotz rechtlicher Zugeständnisse sind spirituell-religiöse Heiler weitestgehend außerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens zu verorten und binden ihre Anhängerschaft durch die Konstituierung charismatischer Heilerpersönlichkeiten.

8. Fazit: Implikationen für das deutsche Gesundheitswesen

„*Alternativmedizin‘ ist damit ein integralerer Bestandteil unseres aktuellen Gesundheitswesens, als es häufig bewusst ist, egal, ob man diesen Umstand begrüßt oder beklagt. Es könnte sich als recht ertragreich herausstellen, wenn konkrete Analysen dieser Thematik einmal umfassender und systematischer nachgehen würden.*“ (Wolff 2010, 182).

Der vorliegende Bericht befasst sich mit alternativen Gesundheitsvorstellungen und Heilungspraktiken innerhalb und am Rande des deutschen Gesundheitswesens. Hierfür wurden zuerst rechtliche, historische und institutionelle Rahmenbedingungen der heterogenen deutschen Therapielandschaft besprochen, wobei die Geschichte der Alternativmedizin, gesundheitspolitischer Konstituierungs- und sozio-kultureller Wandlungsprozesse besondere Berücksichtigung fanden. In der Sichtung der sozialwissenschaftlichen Literatur lag der Fokus auf den Gruppen der Patienten und alternativmedizinisch praktizierenden Gesundheitsexperten mit ihren jeweiligen Überzeugungen, Handlungsmotiven und Strategien, um Beschränkungen und Freiheiten des Gesundheitswesens zu navigieren. Dieser Überblick über die sozialwissenschaftliche Literatur zeigt, dass Krank-sein als komplexes gesellschaftliches Phänomen vor allem im Feld der Medizinanthropologie und -soziologie aufgegriffen wird. Der Blick auf Erfahrungen und Praktiken außerhalb des biomedizinischen Mainstreams ermöglicht es hierbei, Normsetzungen im Gesundheitssystem sowie die daraus resultierenden Ausschlüsse und Konflikte, aber auch Möglichkeiten der Ergänzung und wechselseitigen Beeinflussung, aufzuzeigen.

Erkenntnisse

Als erste Erkenntnis sowohl aus repräsentativen Umfragen als auch qualitativen Studien zu spezifischen Heilungsphänomenen lässt sich formulieren, dass *alternativmedizinische Behandlungsformen schon lange kein Randphänomen mehr darstellen, sondern in der Mitte der Gesellschaft angekommen sind* (siehe das einleitende Zitat von Wolff). Durch die große Verbreitung gesundheitsbezogener Aktivitäten in der Gesellschaft sowie

das Verlangen, Leiden in größere Bedeutungszusammenhänge einzuordnen und erklärbar zu machen, wird es damit zunehmend schwerer, den Gegenstandsbereich ‚Alternativmedizin‘ klar einzugrenzen, da in bestimmten Fällen die Bereiche Lifestyle und Medizin wie bei der Ernährungsumstellungen, bzw. Religion und Medizin wie bei spirituell-religiösen Praktiken verschwimmen oder sich überlappen. Dieser generelle Trend zu körperlichem und seelisch-geistigem Wohlergehen, wie er auch in den in der Einleitung erwähnten Achtsamkeitskursen zum Tragen kommt, verdeutlicht, dass Alternativmedizin nicht einfach als weiterer Sektor neben anderen in einem Medizinpluralismus verstanden werden kann, sondern in sozio-kulturelle Wandlungsprozesse eingebettet ist, die eine Diversifizierung der deutschen Therapielandschaft insgesamt mit sich bringen. Gleichzeitig unterscheiden sich trotz allgemeingesellschaftlicher Entwicklungen hin zu einer diverseren Therapielandschaft in Deutschland die unter dem Überbegriff der ‚Alternativmedizin‘ vorgestellten Gesundheitsvorstellungen und -praktiken untereinander deutlich.

Die Erkenntnisse zur Nutzung alternativmedizinischer Behandlungsformen durch Patienten sind innerhalb dieser gesamtgesellschaftlichen Wandlungsprozesse zu verorten. Hier zeigen qualitative Studien zu Nutzungsmotiven und -verhalten, dass *die Entscheidung für alternative Verfahren keineswegs irrational ist, sondern auf erlebten Unzulänglichkeiten der biomedizinischen Gesundheitsversorgung beruht, worauf alternative Verfahren durch eine persönliche und ganzheitliche Herangehensweise eine Antwort bieten*. Insbesondere im Bereich der spirituell-religiösen Heilung wird hierbei deutlich, dass eine individuelle Bindung an den jeweiligen Praktizierenden von großer Bedeutung ist – manchmal mehr als die angewandte Therapieform an sich. Zusätzlich lassen jene Studien den Schluss zu, dass alternative Verfahren nur in seltenen Fällen im direkten Konflikt mit der Biomedizin stehen, da sie für unterschiedliche Beschwerden, tieferliegende Ursachen oder ergänzend zu biomedizinischen Therapien angewandt

werden. Für die Patientenrolle im Gesundheitswesen suggerieren die gesichteten Studien, dass eine erlebte Marginalisierung durch die hegemonial gestellte Biomedizin alternativmedizinische Patienten dazu veranlasst, ein aktiveres Gesundheitsverhalten zu praktizieren und abzuwägen, für welche Beschwerden sie welche Praktizierenden aufsuchen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sie sich in der konkreten Interaktion mit Praktizierenden ‚automatisch‘ durch einen hohen Grad an Informiertheit auszeichnen. Wie auch biomedizinische Patienten vertrauen sie in die klare Anleitung durch den jeweiligen Gesundheitsexperten.

Zuletzt zeigen Studien zum Angebot alternativmedizinischer Methoden durch Praktizierende, dass das duale Krankenkassensystem in Deutschland einen großen Einfluss auf Behandlungspraktiken hat. Ein ökonomisch strukturiertes Gesundheitswesen insbesondere im kassenärztlichen Bereich erlaubt nur bis zu einem gewissen Maße die Integration alternativmedizinischer Behandlungslogiken, welche sich im Idealfall durch eine intensive Auseinandersetzung mit den Patienten, ihren Krankheitsklärungen und individuellen Therapie Wünschen auszeichnen. Der privatärztliche Sektor sowie die selbstfinanzierte Konsultation von Heilpraktikern eröffnen dabei sowohl Praktizierenden als auch Behandelten eine größere Freiheit in der Kombination unterschiedlicher Medizintraditionen und Behandlungsoptionen. Diese etablierte Zweiteilung, bei der alternativmedizinische Praktiken stärker im privaten Gesundheitssektor vertreten sind, ist eine mögliche Erklärung für die Verortung der Alternativmedizin in einer wohlhabenderen Gesellschaftsschicht. Darüber hinaus zeigt die Sichtung repräsentativer Studien, dass alternativmedizinische Verfahren insbesondere von Frauen mittleren Alters mit einem hohen Gesundheitsbewusstsein genutzt werden, wobei Deutschland auch im europäischen Vergleich durch die große Verbreitung von CAM heraussticht.

Implikationen

Aus diesen der Literatur entnommenen Erkenntnissen lassen sich Implikationen für bzw. Fragestellungen an das deutsche Gesundheitswesen ableiten. Zuerst scheint eine polemische Konfrontation, wie sie durch den ‚Münsteraner

Kreis‘ und teilweise auch die Medien praktiziert wird, aufgrund der breiten gesellschaftlichen Akzeptanz alternativmedizinischer Verfahren und Konzepte nur wenig zielführend zu sein. Vielmehr können die Gründe für eine teilweise Abkehr von der biomedizinischen Gesundheitsversorgung nützliche Impulse für das Gesundheitswesen *insgesamt* darstellen. Wie anhand von unterschiedlichen Studien zur Impfverweigerung (Pauli und Brandner 2010) und zur Inanspruchnahme einer Vielzahl unterschiedlicher alternativmedizinischer Behandlungsweisen wie der Homöopathie (Degele 2000), Akupunktur (Frank und Stollberg 2004b), Ayurveda (Frank und Stollberg 2002) und der spirituell-religiösen Heilung (Moos 2002; Stöckigt et al. 2015b) aufgezeigt wurde, wünschen sich Patienten vor allem, in ihrem Leiden und ihren Krankheitserklärungen ernstgenommen sowie aktiv in die Therapieentscheidung und Heilung einbezogen zu werden. So versuchen beispielsweise Forschungsprojekte der Charité Berlin innerhalb des Projektbereichs ‚Komplementäre und Integrative Medizin‘, die Potentiale unterschiedlicher Behandlungsweisen für den klinischen Alltag nutzbar zu machen. Ein Beispiel hierfür ist die Auseinandersetzung mit anthroposophischen Behandlungsprinzipien, die sehr stark mit körperlicher Berührung arbeiten, um ein integratives Pflege- und Therapiekonzept in der Kinderonkologie zu erstellen (Seifert et al. 2016).

Gleichzeitig sind alternativmedizinische Behandlungsformen oft mit einer zeit- und kostenintensiven Interaktion zwischen Arzt und Patient verbunden, welche das aktuelle Gesundheitssystem, wenn überhaupt, nur im privatärztlichen Sektor oder in experimentellen Settings leisten kann. Wenn man jedoch den Studienergebnissen vertraut, die aufzeigen, wie Patienten ein aktiveres Gesundheitsverhalten praktizieren, indem sie alternativmedizinische Methoden meist unterstützend oder für andere Beschwerden anwenden, stellt sich die Frage, ob alle Aspekte einer integrativen Medizin in die biomedizinische Gesundheitsvorsorge integriert werden müssen. Oder, um es zugespitzt zu formulieren: Könnte eine Aufgabenteilung, in der alternativmedizinisch Praktizierende sich um eine ganzheitliche Betrachtung

der Patienten kümmern und tieferliegende Ursachen behandeln, nicht sogar begrüßenswert sein? Bei dieser Zielsetzung eines komplementären Verhältnisses zwischen Bio- und Alternativmedizin verschiebt sich die Problematik von einem ‚Zurückgewinnen‘ von Patienten aus dem alternativmedizinischen Sektor hin zu der Fragestellung, wie eine bessere Zusammenarbeit und Kommunikation mit alternativmedizinisch Praktizierenden ermöglicht werden kann. Zum Beispiel gibt es international unterschiedliche Pilotprojekte, die versuchen, schamanische Heiler in die klinische Behandlung (Fischermann, 23. Januar 2019) oder traditionelle Geburtshelferinnen bei der Schwangerschaftsbegleitung und Entbindung zu involvieren (Tingira 2016) – gerade in ländlichen Regionen des globalen Südens mit schlecht ausgebauter biomedizinischer Gesundheitsversorgung. Eine Integration alternativmedizinisch Praktizierender auch im deutschen Gesundheitswesen bietet zusätzlich die Möglichkeit, einen besseren Überblick über das diverse Feld der Alternativmedizin zu bekommen und so Patienten vor einer Ausbeutung durch oft beschworene ‚Scharlatane‘ zu schützen.

Die Erkenntnis einer hauptsächlich komplementären Nutzung weist schließlich darauf hin, dass Alternativmedizin erst dann zu einem Problem für das Gesundheitswesen wird, wenn sich Patienten komplett von der biomedizinischen Gesundheitsversorgung abwenden und auch im Notfall keinen Arzt oder kein Krankenhaus aufsuchen würden. Hier weisen die gesichteten Studien darauf hin, dass es unter den Patienten ein großes Bedürfnis an einer Aufklärung auch über alternativmedizinische Optionen gibt (vgl. Gschwendtner et al. 2014). Diese Informationen werden jedoch oft nicht von biomedizinisch orientierten Ärzten bereitgestellt, weshalb sich Patienten anderweitig informieren. Eine Bereitstellung umfassender und ausgewogener Informationen ist demnach eine weitere Implikation, die verspricht, Patienten von der Konsultation unseriöser Quellen oder der kompletten Abkehr von der Biomedizin abzuhalten.

Forschungslücken und Ausblick

Allgemein lässt sich auf Basis der gesichteten sozialwissenschaftlichen Literatur eine starke Diversifizierung und Pluralisierung der deutschen Therapielandschaft diagnostizieren. Gleichzeitig müssen die hinsichtlich ihrer rechtlichen Stellung, gesellschaftlichen Verortung und praktischen Anwendung deutlich differierenden Gesundheitsvorstellungen und -praktiken in ihrer Spezifität sowohl gesundheitspolitisch als auch in der akademischen Auseinandersetzung anerkannt und in dieser Weise untersucht werden. Hierfür bedarf es weiterer qualitativer Untersuchungen mittels ethnografischer Methoden, um die Perspektiven und Erfahrungen von Nutzern und Praktizierenden spezifischer Heilungsmethoden in ihrer Verortung innerhalb der deutschen Therapielandschaft umfassend darzustellen.

In Bezug auf die Beschaffung von Informationen betonen die gesichteten Studien die hohe Bedeutung persönlicher Kontakte und Netzwerke bei der Entscheidung für einen spezifischen alternativmedizinisch Praktizierenden. Wenngleich hierbei die eher sekundäre Stellung medial erworbener Informationen betont wird, setzen sich die Studien kaum mit den Folgen einer zunehmenden Digitalisierung großer Teile des gesellschaftlichen Zusammenlebens auseinander. Es lässt sich deshalb vermuten, dass durch Entwicklungen im Bereich der digitalen Gesundheit, z.B. durch die Nutzung von Apps, die deutsche Therapielandschaft und das Feld der Alternativmedizin im Spezifischen in Zukunft starke Veränderungen erfahren werden, indem bestehende Tendenzen verstärkt und neue Möglichkeiten geschaffen werden. Denkbar sind hierbei Fernbehandlungen und -diagnosen durch Praktizierende mittels neuer Informationstechnologien, Eigendiagnosen durch im Internet verfügbare Informationen, und Eigenbehandlungen durch den Erwerb von Medikamenten auf Onlineportalen. Auch der Zusammenschluss von Menschen mit ähnlichen Symptomen und alternativmedizinischen Interessen kann durch Onlinechats und -gruppen begünstigt werden. Diese möglichen Veränderungsprozesse stellen keineswegs nur negative Aussichten dar, sondern neue Möglichkeiten für die Umgestal-

tung des Gesundheitswesens. Hierfür muss jedoch mit der Digitalisierung kompetent umgegangen werden, indem Patienten über Risiken und Vorteile informiert werden, damit sie besser einschätzen können, wann es nötig ist, auf das etablierte Gesundheitswesen zurückzugreifen.

In allen diesen Bereichen – die auch die oben skizzierten Erkenntnisse und Implikationen für das Gesundheitssystem umfassen – ist es notwendig, eine systematischere Verbindung zu Aspekten und Dynamiken von Migration herzustellen. Eine zentrale Erkenntnis dieser Literaturrecherche ist, dass in der Forschung zu alternativen Krankheitsvorstellungen und Heilungspraktiken im Gesundheitswesen analytisch bislang eine Trennung zwischen CAM und Migration als Untersuchungsfelder aufrechterhalten wird. Diese gilt es, durch einen integrativeren Blick aufzulösen, beziehungsweise zu erweitern, um so migrationspezifische Krankheitsvorstellungen und Heilungspraktiken

in das Spektrum alternativer Praktiken zu integrieren. Dabei muss der Fokus auf migrierte Patienten und deren Umgang mit strukturellen Ausschlüssen durch eine umfassende Betrachtung migrierter Praktizierender, sowohl in der Biomedizin als auch im alternativmedizinischen Feld, und der Frage, wie diese zur Pluralisierung der alternativmedizinischen Landschaft beitragen, ergänzt werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, mögliche Probleme und Konflikte nicht zu kulturalisieren, sondern strukturelle Ausgrenzungsmechanismen weiterhin miteinzubeziehen und Aneignungs- und Übersetzungsleistungen in migratorischen Kontexten anzuerkennen. Nur mit einem solchen integrativen Blick können wir zu einem umfassenden Verständnis der historisch verankerten, und aktuell sukzessive weiter zunehmenden, Vielfalt in unserem Gesundheitswesen, insbesondere hinsichtlich alternativer Gesundheitsvorstellungen und -praktiken, gelangen.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Konsolidierung der deutschen Therapielandschaft, Phaseneinteilung nach Jütte (1996)	11
Tabelle 2: Gegenüberstellung der abgefragten alternativmedizinischen Verfahren und ihrer Kategorisierung in zwei repräsentativen Studien	13
Tabelle 3: Kriterien zur Erhebung der gesellschaftlichen Stellung alternativmedizinischer Verfahren am Beispiel der Homöopathie, Einteilung nach Stange (2010)	17
Tabelle 4: Gegenüberstellung analytischer Begrifflichkeiten	23
Tabelle 5: Push- und Pull-Faktoren zur Erklärung der Abkehr von der Biomedizin und Inanspruchnahme alternativmedizinischer Verfahren	35

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Alternativmedizin innerhalb von sozio-kulturellen Wandlungsprozessen, in Anlehnung an Cant und Sharma (1999, 19)	31
--	-----------

Bildquellenverzeichnis

Titelblatt:

Oben von detcos, lizenzfrei

<https://pixabay.com/de/photos/hom%C3%B6opathie-k%C3%BCgelchen-globuli-962079/>

Links von Magicbowls, lizenzfrei

<https://www.pexels.com/photo/healing-music-3543711/>

Rechts von andreas160578, lizenzfrei

<https://pixabay.com/de/photos/physiotherapie-fu%C3%9Fmassage-massage-2133286/>

Unten von PhotoMIX Ltd., lizenzfrei

<https://www.pexels.com/photo/alternative-background-color-cooking-105028/>

Bild S. 5 von LinkedIn Sales Navigator, lizenzfrei

<https://www.pexels.com/photo/doctor-pointing-x-ray-result-beside-man-wearing-black-suit-2182972/>

Bild S. 8 La bildo estas kopiita de pl:wikipedia:Grafika:Kneippkur.jpg. La originala priskribo estas: Kuracja metodą Księdza Kneippa, Ilustracja pochodzi z de.wikipedia.org i udostępnił ją wikipedysta Summi. Ilustracja jest z publikacji wydanej w 1894 roku a książka nie posiada nr ISBN, Drozdp 14:49, 3 wrz 2005 (CEST), CC BY-SA 3.0, (<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=629471>), <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Kneippkur.jpg>

Bild S. 10 von mohamed_hassan, lizenzfrei

<https://pixabay.com/de/illustrations/energieheilung-heilende-h%C3%A4nde-3182787/>

Bild S. 15 von Markus Würfel: „Tabletten“, CC BY SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/>), <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/5f/Tabletten.JPG>

Bild S. 20 von massagenerds, lizenzfrei

<https://pixabay.com/de/photos/akupunktur-asiatische-medizin-nadeln-2277444/>

Bild S. 25 von dbreen, lizenzfrei

<https://pixabay.com/de/photos/gem%C3%BCse-karotte-lebensmittel-gesund-1085063/>

Bild S. 30 von Miriam Tamayo: „Berlin Healing Landscapes“

https://i1.wp.com/www.medizinethnologie.net/wp-content/uploads/2018/10/sammler-blog_neu.png

Bild S. 34 von detcos, lizenzfrei

<https://pixabay.com/de/photos/hom%C3%B6opathie-k%C3%BCgelchen-globuli-962079/>

Bild S. 37 von Tim Reckmann: „Impfung“, CC BY 2.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/de/legalcode>), https://www.flickr.com/photos/foto_db/47416522331/in/photolist-BVto3g-24ZhQbH-qd3Bxo-axxbBN-78SLX3-Pp5Zar-24z8kue-4Y2BRr-4AEP8o-2ff3586-8B7Spy-Rh9s4b-F763zX-f84LLS-8j2Hae-91zSuq-4vpQcd-cEqXCJ-91zSvJ-91zSwC-a2333m-SpwGUD-82xsFb-cqY4YA-RrYLP1-B6fqQC-FkYzmZ-DH8taT-5gRkV8-Pp5P44-jtDm7E-Tdw3Rw-RtEneR-XUvWCS-WKRhoU-S2kX9m-21P7Ynm-24eQCD2-Rh9s8j-QW789u-RvycKZ-2h6ArrZ-9tfYQn-2xYRtu-5gVGFb-4iWaae-3Q3Uxv-EvMBAc-2cFd8dH-abrCnj

Bild S. 39 von Vegasjon: “Own work”, CC BY-SA 4.0(<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode>), <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=35666577>

Bild S. 43 von Janeb13, lizenzfrei

<https://pixabay.com/de/photos/dalai-lama-portr%C3%A4t-diskussion-1166021/>

Literaturverzeichnis

- Albrecht, Niels-Jens und Theda Borde, Hg. 2005. *Sprach- und Kulturmittlung: Ein neuer Weg zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und MigrantInnen*. 2. Aufl. Migration - Gesundheit - Kommunikation 2. Göttingen: Cuvillier.
- Almeida, Joana. 2012. „The differential incorporation of CAM into the medical establishment: The case of acupuncture and homeopathy in Portugal.“ *Health Sociology Review* 21 (1): 5–22. doi:10.5172/hesr.2012.21.1.5.
- Anlauf, Manfred, Norbert Aust, Hans-Werner Bertelsen, Juliane Boscheinen, Edzard Ernst, Daniel R. Friedrich, Natalie Grams et al. 2017. „Münsteraner Memorandum Heilpraktiker: Ein Statement der interdisziplinären Expertengruppe ‚Münsteraner Kreis‘ zu einer Neuregelung des Heilpraktikerwesens.“ Zugriff: 30. November 2018. <http://www.muensteraner-kreis.de/heilpraktiker.html>.
- Anlauf, Manfred, Norbert Aust, Hans-Werner Bertelsen, Juliane Boscheinen, Edzard Ernst, Daniel R. Friedrich, Natalie Grams et al. 2018. „Münsteraner Memorandum Homöopathie: Ein Statement der interdisziplinären Expertengruppe ‚Münsteraner Kreis‘ zur Abschaffung der Zusatzbezeichnung Homöopathie.“ Zugriff: 30. November 2018. <http://www.muensteraner-kreis.de/homoeopathie.html>.
- Antonovsky, Aaron. 1987. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Barker, Kristin K. 2014. „Mindfulness meditation: Do-it-yourself medicalization of every moment.“ *Social Science & Medicine* 106:168–76.
- Berndt, Christina. 2018. „Spahn will gefährliche Heilpraktiker-Methoden verbieten.“ *Süddeutsche Zeitung*, 9. November. Zugriff: 10. November 2018. <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/spahn-frischzellen-therapien-homoeopathie-heilpraktiker-1.4204745>.
- Cant, Sarah und Ursula Sharma. 1995. „The reluctant profession: Homoeopathy and the search for legitimacy.“ *Work, Employment & Society* 9 (4): 743–62. doi:10.1177/0950017095009004007.
- . 1999. *New medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state*. London: Routledge.
- Carvalho, Clara. 2012. „Guinean migrant traditional healers in the global market.“ In *Medicine, mobility, and power in global Africa: Transnational health and healing*, hg. v. Hansjörg Dilger, Abdoulaye Kane und Stacey A. Langwick, 316–36. Bloomington: Indiana University Press.
- Degele, Nina. 1998. „Professionelle Alternativmedizin? Die Homöopathie zwischen Anpassung und Ausstieg.“ *Sociologia Internationalis* 36 (2): 189-217.
- . 2000. „Alternativmedizin zwischen Anpassung und Ausstieg: Das Beispiel Homöopathie.“ *Gesundheitswesen* 62 (2): 53–58. doi:10.1055/s-2000-10416.
- Demling, Joachim. 2002. „Heilpraktiker.“ *Complementary Therapies in Medicine* 10 (4): 192. doi:10.1016/S0965-2299(02)00087-0.
- Dewalt, Darren A. und Theodor Pincus. 2003. „The legacies of Rudolf Virchow: Cellular medicine in the 20th century and social medicine in the 21st century.“ *The Israel Medical Association Journal* 5 (6): 395–97.
- Dilger, Hansjörg und Bernhard Hadolt, Hg. 2010. *Medizin im Kontext: Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*. Frankfurt am Main: Lang.
- Dilger, Hansjörg, Abdoulaye Kane und Stacey A. Langwick, Hg. 2012. *Medicine, mobility, and power in global Africa: Transnational health and healing*. Bloomington: Indiana University Press.
- Dilger, Hansjörg, Linn Leissner, Lenka Bosanska, Christina Lampe und Ursula Plöckinger. 2013. „Illness perception and clinical treatment experiences in patients with M. Maroteaux-Lamy (mucopolysaccharidosis type VI) and a Turkish migration background in Germany.“ *PLoS One* 8 (6): 1-11. doi:10.1371/journal.pone.0066804.
- Dilger, Hansjörg, Kristian Petersen und Werkstatt Ethnologie. 2018. „Healing landscapes in Berlin: Seven film portraits of healers in the city.“ *Blog Medizinethnologie*. <https://www.medizinethnologie.net/healing-landscapes-in-berlin-healer-portraits/>. Zugriff: 12. November 2018.

- Dinges, Martin. 1996. „Einleitung: Für eine neue Geschichte der Homöopathie.“ In *Homöopathie: Patienten, Heilkundige, Institutionen; von den Anfängen bis heute*, hg. v. Martin Dinges, 7–20. Heidelberg: Karl F. Haug.
- Dreißig, Verena. 2005. *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus: Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Kultur und soziale Praxis*. Bielefeld: Transcript.
- Ernst, Edzard. 1996. „Towards quality in complementary health care: Is the German ‚Heilpraktiker‘ a model for complementary practitioners?“. *International Journal for Quality in Health Care* 8 (2): 187–90. doi:10.1093/intqhc/8.2.187.
- . 2001. „‚Neue Deutsche Heilkunde‘: Complementary/alternative Medicine in the Third Reich.“ *Complementary Therapies in Medicine* 9 (1): 49–51. doi:10.1054/ctim.2000.0416.
- . 2018. „Homöopathie ist reine Placebo-Therapie.“ *Süddeutsche Zeitung*, 10. August. Zugriff: 30. Januar 2019. <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/homoeopathie-1.4087111?reduced=true>.
- Ernst, Sarah, Sonja M. Esch und Tobias Esch. 2009. „Die Bedeutung achtsamkeitsbasierter Interventionen in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung.“ *Complementary Medicine Research* 16 (5): 296–303. doi:10.1159/000235795.
- Fischermann, Thomas. 2019. „Dr. med. Schamane.“ *Zeit Online*, 23. Januar. Zugriff: 1. Februar 2019. <https://www.zeit.de/2019/05/schamanismus-medizin-heilmethode-therapie-brasilien>.
- Frank, Robert. 2002a. „Homeopath & patient: A dyad of harmony?“. *Social Science & Medicine* 55 (8): 1285–96. doi:10.1016/S0277-9536(01)00283-0.
- . 2002b. „Integrating homeopathy and biomedicine: Medical practice and knowledge production among German homeopathic physicians.“ *Sociology of Health & Illness* 24 (6): 796–819. doi:10.1111/1467-9566.00319.
- . 2004. *Globalisierung "alternativer" Medizin: Homöopathie und Ayurveda in Deutschland und Indien. Kultur und soziale Praxis*. Bielefeld: Transcript.
- Frank, Robert und Gunnar Stollberg. 2002. „Ayurvedic patients in Germany.“ *Anthropology & Medicine* 9 (3): 223–44. doi:10.1080/13648470216332.
- . 2004a. „Conceptualizing hybridization: On the diffusion of Asian medical knowledge to Germany.“ *International Sociology* 19 (1): 71–88. doi:10.1177/0268580904040921.
- . 2004b. „Medical acupuncture in Germany: Patterns of consumerism among physicians and patients.“ *Sociology of Health & Illness* 26 (3): 351–72. doi:10.1111/j.1467-9566.2004.00394.x.
- Gesler, Wilbert M. 1992. „Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography.“ *Social Science & Medicine* 34 (7): 735–46. doi:10.1016/0277-9536(92)90360-3.
- Gschwendtner, Kathrin M., Christine Holmberg und Joachim Weis. 2016. „Beweggründe von Krebspatienten für und gegen die Inanspruchnahme der Misteltherapie.“ *Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde* 23 (4): 215–22. doi:10.1159/000448745.
- Gschwendtner, Kathrin M., Gudrun Klein, Corina Güthlin, Christine Holmberg, Markus Horneber und Joachim Weis. 2014. „Bedeutung komplementärmedizinischer Verfahren bei Patienten mit Prostatakarzinom.“ *Der Urologe* 53 (11): 1600–1609. doi:10.1007/s00120-014-3613-2.
- Habermann, Monika. 1994. „‚Man muß es halt glauben‘: Magische Heilformen aus Klientenperspektive.“ *Curare* 17 (2): 199–215.
- Hänel, Dagmar. 2015. „‚Maria hat geholfen‘: Heterodoxe Konzepte von Heilung in Kontexten christlicher Religion, Religiosität und Spiritualität.“ In *Sinnentwürfe in prekären Lebenslagen: Interdisziplinäre Blicke auf heterodoxe Phänomene des Heilens und ihre Funktionen im Alltag*, hg. v. Mirko Uhlig, Michael Simon und Johanne Lefeldt, 181–93. Mainzer Beiträge zur Kulturanthropologie, Volkskunde 9. Münster: Waxmann.
- Härtel, Ursula und Eberhard Volger. 2004. „Inanspruchnahme und Akzeptanz klassischer Naturheilverfahren und alternativer Heilmethoden in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie.“ *Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde* 11 (6): 327–34. doi:10.1159/000082814.
- Heyll, Uwe. 2006. *Wasser, Fasten, Luft und Licht: Die Geschichte der Naturheilkunde in Deutschland*. Frankfurt, New York: Campus.

- Holmberg, Christine, Zubin Farahani und Claudia M. Witt. 2016. „How do patients with chronic neck pain experience the effects of Qigong and exercise therapy? A qualitative interview study.“ *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. doi:10.1155/2016/8010891.
- Huschke, Susann. 2013. Kranksein in der Illegalität: Undokumentierte Lateinamerikaner/-innen in Berlin. Eine medizinethnologische Studie. Kultur und soziale Praxis. Bielefeld: Transcript.
- Jansen, Eva. 2017. „The role of complementary and alternative medicine in the healthcare system: A German paradox.“ *Complementary Medicine Research* 24 (5): 290–94. doi:10.1159/000475549.
- Jütte, Robert. 1996. Geschichte der alternativen Medizin: Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute. München: Beck.
- . 2010. „Alternative Medizin: Eine moderne Strömung mit alten Wurzeln.“ In „*Neue Wege in der Medizin: Alternativmedizin - Fluch oder Segen?*“ hg. v. Raymond Becker, Serkan Sertel, Isabel Stassen-Rapp und Ines Walburg, 23–34. Akademiekonferenzen 10. Heidelberg: Winter.
- Kane, Abdoulaye. 2012. „Flows of medicine, healers, health professionals, and patients between home and host countries.“ In Dilger, Kane und Langwick, *Medicine, mobility, and power in global Africa*, 190–212.
- Kehr, Janina. 2010. „Geographien der Gefahr und soziale Risiken: Wie Tuberkulose in Deutschland zu einer Migrantenkrankheit wird.“ In *Medizin im Kontext: Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*, hg. v. Hansjörg Dilger und Bernhard Hadolt, 161–80. Frankfurt am Main: Lang.
- Kelner, Merrijoy und Beverly Wellman. 1997. „Health care and consumer choice: Medical and alternative therapies.“ *Social Science & Medicine* 45 (2): 203–12. doi:10.1016/S0277-9536(96)00334-6.
- Kemppainen, Laura M., Teemu T. Kemppainen, Jutta A. Reippainen, Suvi T. Salmenniemi und Pia H. Vuolanto. 2018. „Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants.“ *Scandinavian Journal of Public Health* 46 (4): 448–55. doi:10.1177/1403494817733869.
- Kerckhoff, Annette. 2016. „Mündlich überlieferte Rezepte von Frauen aus aller Welt: Naturheilkundliche Überlegungen.“ In *Hausmittel aus aller Welt*, hg. v. Annette Kerckhoff und Caroline Contentin El Masri. 2. bearbeitete Auflage, 10–13. Naturheilkunde für Zuhause. Essen: KVC Verlag.
- Kerckhoff, Annette und Caroline Contentin El Masri, Hg. 2016. *Hausmittel aus aller Welt*. 2. bearbeitete Auflage. Naturheilkunde für Zuhause. Essen: KVC Verlag.
- Kiene, Helmut und Hermann Heimpel. 2010. „Was ist seriöses Therapieren? Medizinpluralismus und die Verpflichtung zu Wissenschaftlichkeit erscheinen nur auf den ersten Blick als ein Widerspruch.“ *Deutsches Ärzteblatt* 107 (12): 548–50.
- Kirmayer, Laurence J. 2003. „Asklepian dreams: The ethos of the wounded-healer in the clinical encounter.“ *Transcultural Psychiatry* 40 (2): 248–77. doi:10.1177/1363461503402007.
- Klein, Mechthild. 2018. „Hör mir auf mit Achtsamkeit!“ *Zeit Online*, 11. März. Zugriff: 31.02.2019. <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2018-03/meditation-achtsamkeit-hype-anti-stress-depression-psychologie>.
- Knipper, Michael. 2011. „Medizin, Migration und ethnisch-kulturelle Vielfalt: Perspektiven jenseits von ‚Integration‘ und ‚Zuwanderung‘.“ In *Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration: Wie beeinflussen Migration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter?* hg. v. Matthias David und Theda Borde, 19–37. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Koss-Chioino, Joan D. 2006. „Spiritual transformation, relation and radical empathy: Core components of the ritual healing process.“ *Transcultural Psychiatry* 43 (4): 652–70. doi:10.1177/1363461506070789.
- Kotte, Gudrun. 2010. „Wochenbeterfahrungen chinesischer Migrantinnen in Berliner Krankenhäusern.“ In Dilger und Hadolt, *Medizin im Kontext*, 121–38.
- Krause, Kristine. 2008. „Transnational therapy networks among Ghanaians in London.“ *Journal of Ethnic and Migration Studies* 34 (2): 235–51. doi:10.1080/13691830701823863.
- Linde, Klaus, Martin Buitkamp, Antonius Schneider und Stefanie Joos. 2013. „Naturheilverfahren, komplementäre und alternative Therapien.“ In *Gesundheitsmonitor 2012: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*, hg. v. Jan Böcken, Bernhard Braun und Uwe Reipschläger, 118–35. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

- Marstedt, Gerd und Susanne Moebus. 2002. „Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin.“ hg. v. Robert Koch-Institut, 3–31. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 9.
- Matthiessen, Peter. 2018. „Homöopathie und intellektuelle Redlichkeit: Eine Stellungnahme.“ *Deutsche Zeitschrift für Onkologie* 50 (4): 172–77. doi:10.1055/a-0758-9471.
- Moos, Ute. 2002. „Die Klienten der Geistesheiler: Traditionen, Wege, Ziele.“ In *Die Klienten der Geistesheiler: Vom anderen Umgang mit Krankheit, Krise, Schmerz und Tod*, hg. v. Andreas J. Obrecht, 79–152. Wien: Böhlau.
- Müske, Johannes. 2015. „Volksmedizin als kulturelles Erbe: Populäres Heilwissen zwischen ‚Aberglaube‘ und ‚lebendiger Tradition‘ in der Schweiz.“ In Uhlig, Simon und Lefeldt, *Sinnentwürfe in prekären Lebenslagen*, 89–106.
- Naraindas, Harish. 2011. „Of relics, body parts and laser beams: The German Heilpraktiker and his Ayurvedic spa.“ *Anthropology & Medicine* 18 (1): 67–86. doi:10.1080/13648470.2010.525873.
- Obrist, Brigit und Silvia Büchi. 2008. „Stress as an idiom for resilience: Health and migration among sub-Saharan Africans in Switzerland.“ *Anthropology & Medicine* 15 (3): 251–61. doi:10.1080/13648470802357596.
- Ots, Thomas. 1987. „Aneignung durch Umdeutung: Zur Rezeption der traditionellen chinesischen Medizin in Deutschland.“ *Curare* 10: 169–95.
- Parsons, Talcott. 1951. *The social system*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Pauli, Julia und Susanne Brandner. 2010. „Wem glauben? Eine explorative Studie zu Impfscheidungen von Kölner Eltern zwischen Internet, ärztlicher Autorität und verwandtschaftlichem Vertrauen.“ In Dilger und Hadolt, *Medizin im Kontext*, 73–94.
- Porter, Matthew C. und Michael A. Diefenbach. 2009. „Pushed and pulled: The role of affect and cognition in shaping CAM attitudes and behavior among men treated for prostate cancer.“ *Journal of Health Psychology* 14 (2): 288–96. doi:10.1177/1359105308100213.
- Rajtar, Małgorzata. 2016. „Jehovah’s Witness patients within the German medical landscape.“ *Anthropology & Medicine* 23 (2): 172–87. doi:10.1080/13648470.2016.1180581.
- Robertson, Roland. 1995. „Glocalization: Time-space and homogeneity-heterogeneity.“ In *Global modernities*, hg. v. Mike Featherstone, Scott Lash und Roland Robertson, 25–44. Theory, Culture & Society. London: Sage.
- Schepers, Rita und Herbert Hermans. 1999. „The medical profession and alternative medicine in the Netherlands: Its history and recent developments.“ *Social Science & Medicine* 48 (3): 343–51. doi:10.1016/S0277-9536(98)00349-9.
- Schnepf, Max. 2017. „Transfigurations in/of medical anthropology in Switzerland, Austria, and Germany.“ *Medicine Anthropology Theory*. <http://www.medanthrotheory.org/read/7650/transfigurations-medical-anthropology-switzerland-austria-germany>. Zugriff: 10. Januar 2019.
- Scott, Penelope. 2014. „Black African asylum seekers’ experiences of health care access in an eastern German state.“ *International Journal of Migration, Health and Social Care* 10 (3): 134–47. doi:10.1108/IJMHS-11-2013-0043.
- Seifert, Georg, Britta Rutert, Wiebke Stritter und Christine Holmberg. 2016. „Potenzial Integrativer Medizin in der Pflege: Ein Projekt auf der kinderonkologischen Intensivstation der Charité.“ *zaenmagazin* 4: 14–17.
- Selim, Nasima. 2015. „Healing the city: Sufi prayers in Berlin’s towers.“ *Blog Medizinethnologie*. <https://www.medizinethnologie.net/sufi-prayers-in-berlins-towers/>. Zugriff: 17. November 2018.
- Sharma, Ursula. 1992. *Complementary medicine today: Practitioners and patients*. London: Tavistock/Routledge.
- Spiegel Online*. 2019. „WHO erklärt Impfgegner zur globalen Bedrohung.“ *Spiegel Online*, 19. Januar. Zugriff: 6. Februar 2019. <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/impfen-who-erklaer>.
- Stange, Reiner. 2010. „Naturheilkunde und komplementäre Medizin in der heutigen Gesellschaft: Eine Bestandsaufnahme zu Relevanz und Akzeptanz.“ In Becker, Sertel, Stassen-Rapp und Walburg, „*Neue Wege in der Medizin*, 35–50.
- Stange, Reiner, Robert Amhof und Susanne Moebus. 2006. „Naturheilverfahren, Komplementär- und Alternativmedizin im Bewusstsein und Handeln von niedergelassenen Ärzten.“ In *Gesundheitsmonitor 2006: Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und*

- Ärzten, hg. v. Jan Böcken, Bernhard Braun, Robert Amhof und Melanie Schnee, 208–32. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Stöckigt, Barbara, Florian Besch, Florian Jeserich, Christine Holmberg, Claudia M. Witt und Michael Teut. 2015a. „Biographical similarities between spiritual healers and their clients in Germany: A qualitative study.“ *Anthropology & Medicine* 22 (2): 177–90. doi:10.1080/13648470.2015.1050578.
- . 2015b. „Healing relationships: A qualitative study of healers and their clients in Germany.“ *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1–8. doi:10.1155/2015/145154.
- Stollberg, Gunnar. 2000. „Patienten und Homöopathie: Ein Überblick über die soziologische Literatur.“ In *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*, hg. v. Robert Jütte, 103–18. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung 18. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- . 2002. „Heterodoxe Medizin, Weltgesellschaft und Glokalisierung: Asiatische Medizinformen in Westeuropa.“ In *Krankheit verstehen: Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*, hg. v. Gisela Brünner und Elisabeth Gülich, 143–58. Bielefelder Schriften zu Linguistik und Literaturwissenschaft 18. Bielefeld: Aisthesis.
- Stülb, Magdalena. 2011. „Wie Migrantinnen Netzwerke nutzen: Transkulturelle Beziehungen als Ressourcen in der Schwangerschaft und im Wochenbett.“ In David und Borde, *Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration*, 143–56.
- Stülb, Magdalena und Yvonne Adam. 2009. „Zur Erhebung der Sicht der Patient/innen: Medizinethnologische Ansätze in der interkulturellen Kommunikation im Gesundheitswesen.“ In *Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems*, hg. v. Christiane Falge und Gudrun Zimmermann, 41–55. Baden-Baden: Nomos.
- Taupitz, Jochen. 2010. „Der rechtliche Rahmen für den Einsatz alternativer Heilmethoden.“ In Becker, Sertel, Stassen-Rapp und Walburg, *„Neue“ Wege in der Medizin*, 247–64.
- Taylor, Rex und Annelie Rieger. 1985. „Medicine as social science: Rudolf Virchow on the typhus epidemic in Upper Silesia.“ *International Journal of Health Services* 15 (4): 547–59. doi:10.2190/XX9V-ACD4-KUXD-COE5.
- Teut, Michael, Barbara Stöckigt, Christine Holmberg, Florian Besch, Claudia M. Witt und Florian Jeserich. 2014. „Perceived outcomes of spiritual healing and explanations: A qualitative study on the perspectives of German healers and their clients.“ *BMC Complementary and Alternative Medicine* 14:240–49.
- Thanner, Mirjam. 2010. „Geld oder Glaube? Warum Schulmediziner alternative Heilverfahren anbieten.“ In Becker, Sertel, Stassen-Rapp und Walburg, *„Neue“ Wege in der Medizin*, 187–202.
- Thanner, Mirjam, Eckhard Nagel und Julika Loss. 2014. „Komplementäre und alternative Heilverfahren im vertragsärztlichen Bereich: Ausmaß, Struktur und Gründe des ärztlichen Angebots.“ *Gesundheitswesen* 76 (11): 715–21. doi:10.1055/s-0033-1364013.
- Tiilikainen, Marja. 2012. „It’s just like the internet: Transnational healing practices between Somaliland and the Somali diaspora.“ In Dilger, Kane und Langwick, *Medicine, mobility, and power in global Africa*, 193–209.
- Tingira, Anitha. 2016. „From traditional birth attendants to community health workers: The politics of maternal health in Tanzania.“ *Blog Medizinethnologie*. <https://www.medizinethnologie.net/maternal-health-in-tanzania/>. Zugriff: 1. Februar 2019.
- Uhlig, Mirko. 2015. „Trübe, dunkle Monde? Feldnotizen und Überlegungen zu gegenwartsschamanistischen ‚Ratgebern‘ in der Eifel.“ In Uhlig, Simon und Lefeldt, *Sinnentwürfe in prekären Lebenslagen*, 67–87.
- Uhlig, Mirko, Michael Simon und Johanne Lefeldt, Hg. 2015a. *Sinnentwürfe in prekären Lebenslagen: Interdisziplinäre Blicke auf heterodoxe Phänomene des Heilens und ihre Funktionen im Alltag*. Mainzer Beiträge zur Kulturanthropologie, Volkskunde 9. Münster: Waxmann.
- . 2015b. „Zur Einführung.“ In Uhlig, Simon und Lefeldt, *Sinnentwürfe in prekären Lebenslagen*, 7–8.
- Verwey, Martine. 2003. „Hat die Odyssee Odysseus krank gemacht? Migration, Integration und Gesundheit.“ In *Kulturelle Dimensionen der Medizin: Ethnomedizin - Medizinethnologie - Medical Anthropology*, hg. v. Thomas Lux, 277–307. Berlin: Reimer.

- von Garmissen, Alexandra. 2015. „Was kann ich für mich tun, um zu überleben?‘ Komplementär- und alternativmedizinische Heilmethoden als (Be-)Handlungsoptionen für Frauen mit Brustkrebs.“ In *Sozialisierung des Religiösen: Empirische Studien zum rezenten religiösen Heilungs- und Therapiemarkt*, hg. v. Gritt Klinkhammer und Eva Tolksdorf, 283–300. Veröffentlichungen des Instituts für Religionswissenschaft und Religionspädagogik 7. Bremen: Universität Bremen.
- Voss, Ehler. 2010. „Mit Artabana auf der Suche nach Gesundheit und Gemeinschaft: Möglichkeiten und Grenzen nichtstaatlicher Gesundheitsvorsorge in Deutschland.“ In Dilger und Hadolt, *Medizin im Kontext*, 291–304.
- . 2011. *Mediales Heilen in Deutschland: Eine Ethnographie*. Berlin: Reimer.
- Weber, Max. 1980. *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriss der verstehenden Soziologie*. Studienausgabe, fünfte, revidierte Auflage. Hg. v. Johannes Winkelmann. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).
- Weiss, Regula. 2003. Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Übersicht zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Sozialer Zusammenhalt und kultureller Pluralismus. Zürich: Seismo.
- Williams, Allison. 1998. „Therapeutic landscapes in holistic medicine.“ *Social Science & Medicine* 46 (9): 1193–1203. doi:10.1016/S0277-9536(97)10048-X.
- Winchester, Margaret und Janet McGrath. 2017. „Therapeutic landscapes: Anthropological perspectives on health and place.“ *Medicine Anthropology Theory* 4 (1): i–x. doi:10.17157/mat.4.1.472.
- Wolff, Eberhard. 1998. „Volkmedizin‘ - Abschied auf Raten: Vom definitorischen zum heuristischen Begriffsverständnis.“ *Zeitschrift für Volkskunde* (94): 233–57.
- . 2010. „Alternativmedizin und Gesundheitsgesellschaft: Kulturelle Hintergründe einer anhaltenden Popularität.“ In Becker, Sertel, Stassen-Rapp und Walburg, *„Neue“ Wege in der Medizin*, 177–85.
- World Health Organization. 1946. „Constitution of the World Health Organization.“ Zugriff: 13. Februar 2019. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.

Zusammenfassung der Studie: Erkenntnisse der Sichtung der sozialwissenschaftlichen Literatur

1. Wichtigste Ergebnisse

Ausgangssituation: Alternative Gesundheitsvorstellungen und -praktiken sind ein Thema, das kontrovers diskutiert wird – sowohl in der deutschen Gesellschaft als auch innerhalb der Ärzteschaft. Dies zeigt sich an polarisierenden Medienbeiträgen insbesondere zu Impfgegnern und an einer tendenziellen Frontenbildung zwischen einerseits Ärzten, die sich auf eine „wissenschaftsorientierte Medizin“ berufen, und andererseits denjenigen, die einen Dialog mit der Alternativmedizin anstreben. Dabei entfalten sich Debatten um Evidenz für bzw. gegen die Wirkung alternativmedizinischer Therapien.

Stand der sozialwissenschaftlichen Literatur: Die sozialwissenschaftliche Literatur ist stark fragmentarisch aufgrund uneinheitlicher analytischer Begrifflichkeiten. Eine positive Begriffsbestimmung des Gegenstandsbereichs „Komplementär- und Alternativmedizin“ (kurz CAM für *Complementary and Alternative Medicine*) ist aufgrund der Vielfalt unterschiedlicher Traditionen und Praktiken (wie z.B. Homöopathie, anthroposophische Medizin, Akupunktur, Ayurveda, schamanistische und christliche Geistheilung) kaum praktikabel. Deshalb wird CAM meist negativ definiert, d.h. in Abgrenzung von der Biomedizin über (1) ihre marginalisierte gesellschaftliche Stellung, (2) ihr nicht ausschließlich biologisches Verständnis von Krankheit und Gesundheit oder (3) aufgrund des geringeren Professionalisierungsgrades.

Rahmenbedingungen

Historische Verankerung: Die Alternativmedizin ist kein neues Phänomen, sondern hat sich zusammen mit der Biomedizin seit Beginn des 19. Jahrhunderts herausgebildet. Dabei begründeten sich Homöopathie und Naturheilkunde als Laienbewegungen in Abgrenzung zu einem sich langsam etablierenden Expertentum lizenzierter Ärzte. Unter dem Nationalsozialismus wurde einer Synthese zwischen Bio- und Alternativmedizin angestrebt, was alternativen Medizinformen (v.a. Homöopathie, Naturheilkunde und Pflanzenheilkunde) auch nach 1945 eine anerkannte Stellung innerhalb des deutschen Gesundheitswesens sicherte.

Gesundheitspolitische Legitimation: Eine Reihe gesetzlicher Änderungen legitimierten die Stellung nicht-ärztlicher Heiler innerhalb des (west-)deutschen Gesundheitswesens.

- 1957 änderte das Bundesverfassungsgericht das Heilpraktikergesetz von 1939 dahingehend, dass neue Heilpraktiker in der BRD ausgebildet und zugelassen werden konnten.
- 1976 wurden die Homöopathie, Naturheilkunde und anthroposophische Medizin als „besondere Therapierichtungen“ innerhalb des Arzneimittelgesetzes anerkannt.
- 2004 entschied das Bundesverfassungsgericht, dass Geistheilung auch ohne Heilpraktikererlaubnis ausgeführt werden darf.

Verbreitung: Eine weite Verbreitung alternativmedizinischer Verfahren in Deutschland zeigt sich an den höchsten Nutzungszahlen im europäischen Vergleich von bis zu 39,5 Prozent der Befragten, die in den 12 Monaten vor der Umfrage CAM nutzten. Insbesondere manuelle körperbasierte Therapien (z.B. Chiropraktik, Osteopathie) werden in Deutschland häufig in Anspruch genommen. Zudem werden alternativmedizinische Zusatzqualifikationen von Ärzten und Marktdaten zur Finanzierung von Naturheilmitteln als Indikatoren für die gesellschaftliche Akzeptanz von CAM herangezogen.

Gesellschaftliche Verortung: Frauen mittleren Alters mit einem höheren sozioökonomischen Status (Bildung, Einkommen, Beruf) und einem stärkeren Gesundheitsbewusstsein sowie spezifischen Be-

schwerden gehören zu den Hauptnutzerinnen alternativmedizinischer Behandlungsformen. Die stärkere gesellschaftliche Verortung in der Mittelschicht lässt sich zudem teilweise durch eine größere Präsenz alternativmedizinischer Verfahren im privatärztlichen Sektor erklären.

Sozio-kulturelle Wandlungsprozesse: Der Zuspruch zu Alternativmedizin kann in größeren gesellschaftlichen Entwicklungen verortet werden.

- Krankheitspanorama: Eine Verschiebung der gesellschaftlichen Morbidität hin zu chronischen und psychosomatischen Leiden stellt die Biomedizin vor teilweise ungelöste Herausforderungen.
- Gesundheitsgesellschaft: Gesundheit und der eigene Körper werden zu individuellen Projekten. Gleichzeitig ermöglicht eine Ökonomisierung des Gesundheitswesens, als Konsument aktiv an der persönlichen Gesundheit zu arbeiten.
- Sinnsuche: Durch das partielle Wegbrechen handlungsleitender Strukturen wird persönliches Leiden mithilfe alternativmedizinischer und religiöser Praktiken in größere Bedeutungszusammenhänge eingeordnet.
- Globalisierung: Die Diffusion von medizinischem Wissen, insbesondere aus Asien, und dessen lokale Aneignung in Deutschland führen zu hybriden Neuauslegungen und heterodoxen Heilungspraktiken.
- Migration: Sowohl migrierte Patienten als auch die Mobilität von Pharmazeutika, Ärzten und traditionellen Heilern aus anderen Teilen der Welt führen zu einer Dynamisierung und Pluralisierung des deutschen Gesundheitswesens.

Alternativmedizinische Patienten

Nutzungsmotive: Die Entscheidung für alternative Verfahren ist keineswegs irrational, sondern beruht auf erlebten Unzulänglichkeiten der biomedizinischen Gesundheitsversorgung, worauf alternative Verfahren durch eine persönliche und ganzheitliche Herangehensweise eine Antwort bieten. Die Motive für eine (teilweise) Abkehr von der Biomedizin und eine Hinwendung zur Alternativmedizin kann durch Push- und Pull-Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen erklärt werden:

- Pragmatisch: Patienten erleben körperliche und sozioemotionale Verbesserungen ihrer chronischen und psychosomatischen Leiden, die die Biomedizin nicht oder nur bedingt heilen kann.
- Konzeptuell: Statt die Ursachen von Krankheit ausschließlich auf physiologische Prozesse zurückzuführen, betrachten alternativmedizinisch Praktizierende die Biografie und Lebenswelt ihrer Patienten und behandeln tieferliegende Ursachen.
- Interpersonell: Im Gegensatz zu einem als paternalistisch und unpersönlich empfundenen Arzt-Patienten-Verhältnis in der Biomedizin, beschreiben Patienten eine einführende Haltung alternativmedizinisch Praktizierender. So fühlen sich Patienten in ihrem Leiden ernstgenommen und können eine aktive Rolle im Therapieverlauf einnehmen.

Kontaktwege: Das persönliche Netzwerk und bei stärker institutionalisierten Verfahren auch das Gesundheitspersonal (Ärzte, Heilpraktiker) haben einen großen Einfluss auf die Therapieentscheidung. Medial erworbene Informationen werden eher zur Meinungsbestätigung herangezogen.

Patientenrolle: Alternativmedizinische Patienten nehmen eine aktive Konsumentenrolle innerhalb des medizinischen Pluralismus ein. Die konkrete Interaktion mit den Praktizierenden gleicht hingegen einem ‚klassischen‘ Arzt-Patienten-Verhältnis, insofern als sich Patienten durch einen geringen Informiertheitsgrad und ein großes Vertrauen in die Expertise der Behandelnden auszeichnen.

Komplementäre Therapie: Alternative Verfahren stehen nur seltenen im direkten Konflikt mit der Biomedizin, da sie für unterschiedliche Beschwerden, tieferliegende Ursachen oder ergänzend zu biomedizinischen Therapien (Nebenwirkungsmanagement, physische und psychische Stärkung) angewandt werden.

Alternativmedizinisch Praktizierende

Strukturzwänge des Gesundheitswesens (Ärzte): Eine ökonomische Strukturierung des kassenärztlichen Sektors erlaubt nur im geringen Maße, alternativmedizinische Behandlungslogiken zu integrieren, da diese meist zu kosten- und zeitintensiv sind. Lediglich für spezifische Anwendungsbereiche, insbesondere die Schmerztherapie, werden alternativmedizinische Methoden durch eine Finanzierung der Krankenkassen gefördert.

Professionalisierungstendenzen (Heilpraktiker): Trotz einer gesetzlich legitimierten Stellung gibt es bei Heilpraktikern Professionalisierungstendenzen, die jedoch durch eine Standardisierung des vielfältigen Angebots einen Identitätsverlust nach sich ziehen können.

Selbst-Legitimation professioneller Autorität (Geistheiler): Aufgrund einer fehlenden rechtlichen Legitimierung begründen Geistheiler ihre Professionalität und binden ihre Klientel durch die Konstituierung einer charismatischen Heilerpersönlichkeit.

2. Empfehlungen

- **Diversität innerhalb der Alternativmedizin:** Die Popularität alternativmedizinischer Behandlungsweisen sind in einer allgemeinen Diversifizierung und Pluralisierung der deutschen Therapielandschaft zu verorten. Gleichzeitig müssen die hinsichtlich ihrer rechtlichen Stellung, gesellschaftlichen Verortung und praktischen Anwendung deutlich differierenden Heilungsmethoden in ihrer Spezifität sowohl gesundheitspolitisch als auch in der akademischen Auseinandersetzung anerkannt und in dieser Weise untersucht werden.
- **Dialog statt Polemik:** Aufgrund der weiten Verbreitung von CAM in der deutschen Gesellschaft ist es ratsam, Potentiale alternativer Behandlungsweisen, insbesondere in Bezug auf die Interaktion mit Patienten, für die biomedizinische Gesundheitsversorgung nutzbar zu machen. Aufgrund einer ökonomischen Strukturierung des Gesundheitssystems ist es zudem denkbar, Kooperationen mit alternativmedizinisch Praktizierenden anzustreben. Durch eine ‚ganzheitliche‘ Betrachtung der Patienten könnten sie in akuten Krankheitssituation als Vermittler zwischen skeptischen Patienten und der Biomedizin agieren.
- **Digitalisierung:** Entwicklungen im Bereich der digitalen Gesundheit, z.B. durch die Nutzung von Apps, finden in der Literatur zu CAM kaum Beachtung. Trotzdem ist anzunehmen, dass die Digitalisierung die alternativmedizinische Landschaft beispielsweise durch Fern- und Eigenbehandlungen, den Erwerb von Medikamenten auf Onlineportalen und den virtuellen Zusammenschluss von alternativmedizinisch orientierten Patienten neu prägt. Hierfür brauchen wir qualitative Untersuchungen, um Entwicklungen im Verhalten, Erleben und den Motiven der Nutzer zu identifizieren und ihre Implikationen für das Gesundheitswesen abschätzen zu können.
- **Integrativer Blick auf Migration:** Dem Aspekt der Migration als integraler Bestandteil unterschiedlicher Wandlungsprozesse in der alternativmedizinischen Landschaft wird kaum Beachtung im Literaturkörper zu CAM zuteil, weshalb es eines integrativen Blicks auf Migration und alternative Gesundheitsvorstellungen bedarf. Dies gilt sowohl für die Forschung zu migrationsbedingten Diversifizierungsprozesse als auch für gesundheitspolitische Maßnahmen zur Integration von Migranten mit ihren spezifischen Gesundheitsvorstellungen, Heilungsmethoden und Leiden in das Gesundheitssystem. Nur so können wir zu einem umfassenden Verständnis der historisch verankerten, und aktuell sukzessive weiter zunehmenden, Vielfalt in unserem Gesundheitswesen gelangen.