

1 EINLEITUNG

1.1 Allgemeiner Überblick

Im Rahmen der ambulanten medizinischen Betreuung nehmen die niedergelassenen Ärzte, bzw. Fachärzte in vielerlei Hinsicht eine Schlüsselstellung ein (49). In der heutigen Situation des Gesundheitswesens gewinnen komplementärmedizinische Heilmethoden an Bedeutung (18, 31, 61). Immer mehr niedergelassene Ärzte spezialisieren sich in komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden, u.a. auch die Homöopathie. Für die Homöopathie zeigt sich eine wachsende Anzahl homöopathischer Ärzte mit Zusatzbezeichnung und eine steigende Nachfrage seitens der Patienten (18, 31, 45, 61). Laut einer Umfrage des Marplan-Instituts wünschen 72% der Bundesbürger mit homöopathischen Arzneimitteln behandelt zu werden (2). Seit 2005 erstatten mittlerweile 80 gesetzliche Krankenkassen im Rahmen der integrierten Versorgung homöopathische Therapien, die durch qualifizierte Ärzte ausgeübt wird (13). In Deutschland, das als Ursprungsland der Homöopathie gilt, führen 5900 Ärzte die Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ (7). Der „Deutsche Zentralverein homöopathischer Ärzte“ (DZVhÄ) überprüft die Qualität der klassischen homöopathischen Arztausbildung und anerkennt die erworbene Zusatzbezeichnung mit dem Nachweis einer 3jährigen Weiterbildung. Zur Zeit praktizieren ca. 900 homöopathische Privatarztpraxen und 1800 homöopathische Kassenarztpraxen in Deutschland (13). In der Europäischen Union gibt es mehr als 11200 Ärzte und Ärztinnen als Mitglieder nationaler homöopathischer Verbände (20).

Laut einer Studie in Norwegen verdreifachte sich zwischen 1985 und 1998 der Anteil der Kinder, die einen Homöopathen aufsuchten (57). Ein ähnliches Resultat zeigte sich in einer Umfrage in den Vereinigten Staaten, in der sich zwischen 1990 und 1997 der Anteil der Patienten, die Homöopathie in Anspruch nahmen, vervierfachte. Die Anwendung der homöopathischen Behandlungsmethode stieg dort von 1% auf 4% (18). Gemäß einer weiteren Studie wendeten 8,2% der italienischen Bevölkerung Homöopathie an (46).

Homöopathische Medikation wird (in den verschiedenen Formen) von ungefähr 20% der niedergelassenen Ärzte in Deutschland verschrieben. Der Anteil in der Bevölkerung, der zumindest gelegentlich homöopathische Medikation anwendet, beträgt in

verschiedenen Europäischen Ländern zwischen 10 und 20% (19). Laut der Studie von Härtel et al. haben bis Ende 2002 mehr als 10% der deutschen Bevölkerung innerhalb der letzten zwölf Monate Homöopathie in Anspruch genommen (32).

Der „over-the-counter“ - Umsatz an Homöopathika stieg in manchen europäischen Ländern, wie England, Griechenland und Portugal erheblich an (21). Damit zählt die Homöopathie zu den häufiger angewendeten komplementärmedizinischen Therapiemethoden (18, 45).

Die Stellung, die die homöopathischen Arztpraxen im deutschen Gesundheitssystem einnehmen, war bisher noch ungeklärt.

Deshalb ist eine umfassende Untersuchung des Patientenkontextes in homöopathischen Arztpraxen erforderlich, um den Versorgungsanteil an der ambulanten Gesamtversorgung transparenter zu machen und grundlegende Daten zum Diagnosespektrum in homöopathischen Arztpraxen zu erheben. Homöopathie ist ganzheitlich ausgerichtet, das heißt nicht die einzelne Krankheit wird behandelt, sondern der gesamte Mensch als Individuum. Daher ist interessant, inwieweit der Facharztbezeichnung von homöopathisch tätigen Ärzten eine Bedeutung im Hinblick des Diagnosespektrums zukommt.

Um eine vergleichbare Darstellung der Diagnosestatistik zu gewährleisten wurden die Diagnosen nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD) - 9 bzw. - 10 verschlüsselt.

1.2 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (ICD)

1.2.1 Entwicklung und Beschreibung der ICD

1893 wurde die ICD als Todesursachen-Verzeichnis für Zwecke der Mortalitätsstatistik entwickelt. Dabei wurde das Grundleiden verschlüsselt. Erst 1948 wurde die ICD nach Einbeziehung von Krankheitsdiagnosen beim Lebenden für Zwecke der Morbiditätserfassung erweitert. Dabei sollte die Behandlungsdiagnose verschlüsselt werden.

1986 wurde die ICD durch die Bundespflegesatzverordnung für die Diagnosestatistik des Kosten- und Leistungsnachweises der Krankenhäuser maßgebend und mit zusätzlichen Daten wie Altersgruppen der Patienten, Verweildauer und Operationsmerkmalen verknüpft. Ziel sollte eine bessere Leistungstransparenz im Krankenhaus sein.

Seit 1990 sind die Krankenhäuser durch das Sozialgesetzbuch V verpflichtet, die Aufnahme- und Entlassungsdiagnose den Krankenkassen zu übermitteln. Dies soll in ICD - codierter Form erfolgen. Dabei handelt es sich nach Vorstellung des Gesetzgebers um Daten, die die Krankenkassen zur Durchführung ihrer Leistungsaufgaben benötigen. 1993 wurde die Zielsetzung durch die zusätzliche Pflicht zur Angabe über die durchgeführte Operationsart nach der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (ICPM) erheblich erweitert. Damit sollen Leistungstransparenz und Wirtschaftlichkeitsprüfungen möglich werden.

Eine Klassifikation von Krankheiten kann als eine Systematik von Krankheitsgruppen definiert werden, der Krankheitsbilder nach feststehenden Kriterien zugeordnet werden. Zweck der ICD ist es, systematische Aufzeichnungen, Analysen, Deutungen der Ergebnisse und Vergleiche der in verschiedenen Ländern oder Gebieten und in verschiedenen Zeiträumen gesammelten Mortalitäts- und Morbiditätsdaten zu erlauben. Die ICD wird zur Übertragung der Bezeichnungen von Krankheitsdiagnosen und sonstigen Gesundheitsproblemen in einen (alpha)numerischen Schlüssel benutzt, wodurch eine einfache Speicherung, das Wiederfinden und die Auswertung von Daten ermöglicht wird (8).

In der Praxis ist die ICD die international führende Standardklassifikation für Diagnosen geworden, die für sämtliche allgemeinen epidemiologischen Anwendungszwecke und für viele Management-Aufgaben im Gesundheitswesen eingesetzt wird. Darin inbegriffen sind Analysen der allgemeinen Gesundheitssituation von Bevölkerungsgruppen und die Überwachung der Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten und sonstigen Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit anderen veränderlichen Größen, z.B. Merkmale oder Umstände der jeweils betroffenen Person. Für das Indexieren einzelner klinischer Sachverhalte ist die ICD nicht vorgesehen. Auch nicht geeignet ist der Einsatz der ICD für Untersuchungen über finanzielle Aspekte, wie z.B. Abrechnungswesen oder Mittelzuwendung (15).

Die ICD-Klassifikation, die jetzt in der 10. Revision vorliegt, wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in englischer Sprache herausgegeben.

Nachdem für die Todesursachen bereits 1893 eine internationale Klassifikation entwickelt wurde, hat die WHO diese Systematik bei der 6. Revision im April 1948 auf Krankheiten und Verletzungen ausgedehnt. In den etwa alle zehn Jahre erfolgenden Revisionen werden die Änderungen und Ergänzungen vorgenommen, die aufgrund des Fortschrittes in der Medizin notwendig geworden sind.

Für die Bundesrepublik Deutschland wird die amtliche deutschsprachige Ausgabe der ICD vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben.

1.2.2 Unterschiede zwischen ICD - 9 und ICD – 10

Die ICD - 9 besteht aus zwei Bänden und ist ein eindimensionales Klassifizierungssystem. Das heißt, längs einer Achse werden alle Diagnosen klassifiziert, verschlüsselt und damit verifizierbar. William Farr hat 1855 die grundsätzliche Unterteilung der Diagnosen in Allgemeinkrankheiten und in lokalisierte Organkrankheiten eingeführt. Dieses Prinzip ist bis heute beibehalten worden (8).

Aus diesem Grund beginnt die ICD - 9 mit den infektiösen und parasitären Krankheiten als erstem Kapitel. Dann folgen die Neubildungen, die endokrinen Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten sowie sonstige Allgemeinkrankheiten und die seelischen Krankheiten. Die Organkrankheiten sind dann entsprechend den Funktionssystemen eingeteilt. Darauf folgen die Komplikationen der Schwangerschaft. Dann kommen die Haut- und Bewegungsorgane als Krankheitsort zum Tragen. Es folgen die Krankheiten der perinatalen Periode und schließlich die Symptome und mangelhaft bezeichneten Krankheiten. Den Schluss der 17 Kapitel bilden die Verletzungen und Vergiftungen. Ergänzend wurden zwei Zusatzklassifikationen geschaffen. Offiziell als V-Klassifikation bezeichnet und betrifft jene Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens beeinflussen. Sie betrifft also nicht die Krankheiten der Patienten, sondern Zustände gesunder Bürger. Die zweite als offiziell E-Code bezeichnet, ist für den Ort der Unfälle zuständig. Für einige Krankheitsbilder wurde das Kreuz (+) - / Sternchen (*) - System eingeführt. Zum Beispiel findet sich die *Cataracta diabetica* unter 250.4 + (Diabetes mit ophthalmologischer Manifestation) und 366.4 * (Katarakt in Verbindung mit anderen

Affektionen). Der Schlüssel + steht für die Ätiologie (Diabetes) und der Schlüssel * für die Lokalisation (Linse) der Erkrankung. Es gilt, dass die + - Codierung vor der * - Codierung Vorrang hat (15).

Die 10. Revision der ICD ist gegenüber der 9. Revision wesentlich erweitert und präzisiert worden. Die Arbeit an der 10. Revision der ICD begann im Jahre 1983 in Genf (15).

Die traditionelle, rein numerische Verschlüsselung wurde durch ein alphanumerisches System ersetzt, welches Aktualisierung und Erweiterungen erlaubt, ohne dass Verschiebungen im Nummerungssystem auftreten. Als Kapitel 20 und 21 wurden die früheren sogenannten Zusatzklassifikationen (E-Klassifikation = Zusatzklassifikation der äußeren Ursachen bei Verletzungen und Vergiftungen; V-Klassifikation = Zusatzklassifikation für Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten beeinflussen) in den Band I, Vierstellige Ausführliche Systematik, integriert. Darüber hinaus sind neue Kategorien für postoperative Komplikationen und für die präzisere Verschlüsselung arzneimittelinduzierter Krankheiten enthalten.

Das äußere Erscheinungsbild der Klassifikation hat sich verändert; sie erscheint jetzt in 3 Bänden:

Band 1. Systematisches Verzeichnis. Dieser Band enthält den Bericht über die 10. Internationale Revisionskonferenz, die dreistellige und vierstellige Systematik der Klassifikation, den Morphologieschlüssel für Neubildungen, Sonderverzeichnisse zur Tabellierung der Mortalität und Morbidität, Definitionen und die Nomenklaturvorschriften.

Band 2. Regelwerk. Neben den früher in Band 1 enthaltenen Hinweisen zur Todesursachenbescheinigung und zur Klassifizierung enthält Band 2 eine Reihe zusätzlicher Hintergrundinformationen und Erläuterungen zur Anwendung von Band 1, zur Tabellierung, was in früheren Revisionen vermisst wurde, Informationen über Planungen zum Einsatz der ICD. Ebenso umfasst Band 2 den früher in der Einleitung zu Band 1 enthaltenen historischen Überblick.

Band 3. Alphabetisches Verzeichnis. Dieser Band enthält das Alphabetische Verzeichnis sowie eine Einführung und eine erweiterte Anleitung zum Gebrauch des Verzeichnisses.

Die Internationale Konferenz zur 10. Revision der ICD, an der Delegierte aus 43 Mitgliedstaaten teilnahmen wurde von der WHO im Jahre 1989 einberufen. Sie empfahl das Inkrafttreten der ICD - 10 zum 1. Januar 1993.

Die dann verbindliche vorgesehene Ablösung der ICD - 9 durch die ICD - 10 im Jahre 1998 wurde vom Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Herbst 1997 erneut verschoben, infolge zeitlicher Verzögerung bei der Herausgabe und Übersetzung der ICD - 10 sowie wegen mannigfacher Schwierigkeiten beim Übergang von der ICD - 9 zur ICD - 10.

Eine Änderung gibt es ab 1998 lediglich bei der Verschlüsselung der Todesbescheinigungen, bei der ein Übergang von der ICD - 9 auf die ICD - 10 erfolgt. Das hat zur Folge, dass in Deutschland Daten zur Morbidität und Mortalität mit verschiedenen Diagnoseklassifikationen erfasst werden und damit nur bedingt vergleichbar sind.

Die amtliche deutschsprachige Ausgabe der ICD-10, die mit Stand vom November 1997 in der Version 1.1 vorliegt, ist die gemeinsame Fassung für Deutschland, Österreich und die Schweiz. In der Schweiz wurde die ICD - 10 zum 1.1.1998 in den Krankenhäusern mit einer einjährigen Übergangszeit verbindlich eingeführt, bisher haben diese ihre Diagnosen auf freiwilliger Basis nach der ICD - 9 verschlüsselt. In Österreich wurde vorgesehen, die ICD - 10 im Laufe des Jahres 1998 in Pilotversuchen in Krankenhäusern und im ambulanten Gesundheitswesen zu testen (42).

In Deutschland wurde die verbindliche Einführung der ICD-10 in den Krankenhäusern und den Vertragsarztpraxen zum 1. Januar 2000 festgesetzt (14).

1.3 Homöopathie

Die Homöopathie (griech.: "homoion pathos" = "ähnliches Leiden") wurde von dem sächsischen Arzt Dr. Friedrich Samuel Hahnemann (1755 geboren in Meißen; 1843 gestorben in Paris) begründet. Die 3 grundlegenden Prinzipien der Homöopathie sind die Ähnlichkeitsregel, die homöopathische Arzneimittelprüfung und die Erhebung des individuellen Krankheitsbildes (43, 25). Die Ähnlichkeitsregel besagt aus der Sicht der Homöopathie, dass bei einem kranken Patient nur das Arzneimittel wirken kann, das bei Gesunden ähnliche Symptome und Zeichen hervorgerufen hat (26).

Ein Beispiel zum Leitsatz der Homöopathie „Similia Similibus Curentur“, „Ähnliches möge durch Ähnliches geheilt werden“ wäre Allium cepa, die Küchenzwiebel. Als homöopathische Arznei ist sie angezeigt bei einem Fließschnupfen mit scharfer, wässriger Nasenabsonderung, starkem Tränenfluss und Kehlkopfkitzel. Eben diesen Symptomen, die die Küchenzwiebel bei Einnahme erzeugt.

Ein weiterer Grundpfeiler der Homöopathie stellt die Arzneimittelprüfung am Gesunden dar, um die Wirkungen der einzelnen Arzneien erfassen zu können. In Folge entwickelte der Begründer der Homöopathie die homöopathische Arzneimittellehre, welche jedem homöopathischen Mittel eine Vielzahl von charakteristischen Symptomen zuordnet, das sogenannte „Arzneimittelbild“, welches in der Arzneimittelprüfung beobachtet wurde.

In der Klassischen Homöopathie wird das passendste Arzneimittel individuell für den Patienten auf der Basis aller seiner auffallenden, sonderlichen, ungewöhnlichen und charakteristischen Symptome und Merkmale gewählt unter zu Hilfenahme von Arzneimittelbücher (Materia Medica) und Symptomensammlungen (Repertorien) (28). Die obengenannten individuellen Besonderheiten und Symptome des Patienten werden meist in einer sehr ausführlichen mehrstündigen Anamnese erhoben.

In der Klassischen Homöopathie wird nur ein Einzelmittel zu einer Zeit genommen. Dem gegenüber steht die Komplexmittel-Homöopathie, in der mehrere homöopathische Einzelmittel zu einer Kombination gewählt werden. Diese Komplexmittel wurden bisher keiner Arzneimittelprüfung an Gesunden unterzogen, somit entspricht diese Therapieform nicht dem Ähnlichkeitsprinzip und ist nicht im Sinne der Klassischen Homöopathie zu verstehen.

Ausgangsstoffe homöopathischer Arzneimittel können pflanzlichen, mineralischen oder tierischen Ursprungs sein. Zusätzlich gibt es Stoffe aus menschlichen oder tierischen Krankheitsprodukten, die sogenannten Nosoden.

Häufig werden Arzneien verwendet in denen chemisch betrachtet kein Molekül der Ausgangssubstanz mehr enthalten ist, sogenannte Hochpotenzen. Dies ist ab einer Potenz D23 oder C12, unter Berücksichtigung der Avogadro'schen Konstante ab 10^{-23} , der Fall. Die pharmazeutischen Herstellungsregeln gehen auf Hahnemann zurück (29), da er an seinen Patienten durch die Ursbstanzen teilweise heftige Verschlimmerungen feststellte. Die Ausgangssubstanzen werden mit einer Trägersubstanz (Alkohol, Wasser, Laktose) verarbeitet, indem sie schrittweise verdünnt und dazwischen verschüttelt werden. Dies wird „Potenzierung“ genannt. Laut dem Begründer der Homöopathie wird durch die Verdünnung die stoffliche Menge verringert, was die Kraft der Verschlimmerung beim Patienten mindert und durch die Verschüttelung wird mechanische Energie zugeführt, was die Wirkkraft der Arznei steigert (30). Der Wirkmechanismus der Homöopathie ist nach wie vor ungeklärt.

1.4 Stand der Forschung

In Deutschland gibt es bisher nur eine Studie, in der unter anderem das Diagnosespektrum in homöopathischen Kassenarztpraxen in Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt untersucht wurde. Diese Beobachtungsstudie, die 933 Patienten bei 52 homöopathisch tätigen Ärzten im Süden Deutschlands und Sachsen-Anhalt über einen Zeitraum von vier Jahren nachverfolgte, dokumentierte als Hauptbeschwerden zu 21% Erkrankungen der Haut (Dermatitis) und zu 19% Erkrankungen des respiratorischen Systems. Die anderen 60% standen für funktionale Beschwerden mit psychosomatischem Ursprung und Schmerzen (24).

In einem Survey mit 1100 Männern und Frauen findet sich eine Beschreibung über die Häufigkeit der Beschwerden, für die das zuletzt angewandte Naturheilverfahren eingesetzt wurde. Unter den hier untersuchten Naturheilverfahren sind verschiedene Therapien zusammengefasst, u.a. Homöopathie, Akupunktur, Bewegungstherapien, Ernährungstherapie, Entspannungstechniken, Phytotherapie und Wasseranwendungen

etc. Die häufigsten Gesundheitsprobleme, bei denen Naturheilverfahren eingesetzt wurden, waren Rückenschmerzen (57% der Anwender), Erkältung (29%), Kopfschmerz (19%), Abgespanntheit (15%) und gastrointestinale Beschwerden (12%) (32).

In den USA ist im Jahre 1992 eine Studie durchgeführt worden, die die zehn häufigsten Erkrankungen nennt, bei denen die Patienten einen Arzt aufsuchten, der homöopathische Arzneimittel anwendet. Es zeigte sich, dass vorwiegend Patienten mit chronischen Krankheiten und mit psychischen Krankheiten bzw. funktionellen Symptomen, wie Ängste und Schlafstörungen, einen homöopathischen Arzt aufsuchten (38).

Insgesamt gibt es mehr als dreihundert Studien zur Wirkung der Homöopathie. Darunter befinden sich placebokontrollierte klinische Studien zur Homöopathie, die nur bei einer selektierten Auswahl von Diagnosen durchgeführt wurden. Ob die Wirksamkeit homöopathischer Arzneien von Placebo abweicht, ließ sich mit den bisherigen Ergebnissen aus Metaanalysen (41, 44, 52) nicht sicher nachweisen. Zur Klassischen Homöopathie, die in Deutschland Inhalt der Zusatzbezeichnung ist, gibt es nur wenige vergleichende Untersuchungen. Die meisten Studien untersuchen Komplexmittel oder Diagnosen, die in der Praxis nur selten mit Homöopathie behandelt werden.

Es liegen keine epidemiologischen Daten darüber vor, welche Diagnosen in Deutschland mit welchen Therapien klassisch homöopathisch behandelt werden. Daher ist unklar, ob die bisherigen Studien zu homöopathischen Therapien auf die Behandlungsrealität in den niedergelassen Arztpraxen übertragbar sind.