

André Busato, Franziska Schöni-Affolter

Ambulante medizinische Versorgung von Kindern in der Schweiz – ein Vergleich zwischen konventioneller und komplementärer Medizin

In westlichen Staaten sind Methoden der Komplementärmedizin zunehmend Bestandteil der Gesundheitssysteme geworden und in der Schweiz hat sich der Status der Komplementärmedizin zu einer hochpolitischen Angelegenheit entwickelt. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Eigenschaften der PatientInnen und deren Motivation, komplementärmedizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, zu kennen. Diese Informationen können zur Beurteilung von Behandlungsergebnissen und als Grundlagen zur Planung von Ressourcen von Bedeutung sein.

Fragestellung und Ziele

Die vorliegende Arbeit ist Teil des PEK-Projekts [1] und fokussiert auf die Behandlungsdaten von PatientInnen unter 16 Jahren. Folgende Hypothesen werden geprüft:

- Die Eigenschaften der Versorgung in Komplementärmedizin (KAM) und konventioneller Medizin (KOM) unterscheiden sich.
- Prädisponierende Faktoren der Patienten unterscheiden sich.
- Die medizinischen Notwendigkeiten unterscheiden sich.

Patienten und Methoden

Die Studie wurde als Querschnittsstudie durchgeführt und umfasste 161 Arztpraxen und 1822 PatientInnen bis zum Alter von 16 Jahren. Die Angaben der ÄrztInnen und Eltern wurden mittels Fragebogen erhoben. Die ÄrztInnen erbrachten Leistungen in konventioneller Medizin (KOM) und/oder in komplementärer Medizin (KAM). Dabei wurden die fünf komplementärmedizinischen Methoden anthroposophische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie, Phytotherapie und traditionelle chinesische Arzneitherapie (TCM-Arzneitherapie) berücksichtigt.

Definitionen:

- **KOM**-ÄrztInnen: ausschliesslich konventionell behandelnde ÄrztInnen (FMH Titel in Allgemeinmedizin oder innerer Medizin).
- **KAM⁺**-ÄrztInnen: ÄrztInnen mit FMH-Fachausweisen in Homöopathie, anthroposophischer Medizin, Neuraltherapie, Phytotherapie, traditioneller chinesische Arzneitherapie.
- **KAM⁻**-ÄrztInnen: ÄrztInnen, die keinen entsprechenden Fähigkeitsausweis besitzen, aber zu einem Teil auch komplementäre Methoden anwenden.

Zusätzliche Informationen über Patientendemographie und jährliche Konsultationshäufigkeiten der ÄrztInnen wurden dem Daten-Pool von santésuisse entnommen. Eine detaillierte Beschreibung des Stichprobenverfahrens und der Datenerfassung liegt im PEK Schlussbericht vor [1].

Resultate

Eigenschaften der Versorgung

Gemäss Klassifikation der Fähigkeitsausweise wurden 115 KAM⁺, 29 KAM⁻ und 17 KOM-ÄrztInnen in die Studie eingeschlossen. Die Analyse des Praxisstrukturprofils dieser ÄrztInnen ergab eine statistisch signifikant unterschiedliche geographische Verteilung. In Städten praktizierten mehr KAM⁺-ÄrztInnen als in ländlichen Gebieten. Dagegen waren in ländlichen Gegenden mehr KOM-ÄrztInnen niedergelassen. In Bezug auf das Alter, Geschlecht und die durchschnittliche Berufserfahrung der ÄrztInnen zeigten sich keine statistisch gesicherten Unterschiede.

KAM⁺-ÄrztInnen arbeiteten mit 47,8 Stunden pro Woche zehn Stunden weniger als die KOM-ÄrztInnen (57,8 Stunden). KAM⁻-ÄrztInnen befanden sich mit 54,3 Stunden genau dazwischen. Der grösste Teil der KOM-ÄrztInnen (93,8%) arbeitete Vollzeit, bei den KAM⁻ und KAM⁺ war der Anteil mit 75% bzw. 74,8% etwas geringer. Weiter gaben KOM-ÄrztInnen an, dass sie zu 77,9% Grundversorgerfunktionen ausüben würden, während KAM⁻ zu 53,5% und KAM⁺ zu 38,7% entsprechend tätig waren. Statistisch signifikante Unterschiede zeigten sich betreffend technischer Infrastruktur der Praxen. Die Praxen von KAM⁺-ÄrztInnen waren weniger häufig mit EKGs, Röntgen-, Ultraschallgeräten oder Praxislabors ausgestattet.

Eigenschaften der PatientInnen

Aufgrund der Daten von santésuisse von 2004 war der Anteil Konsultationen (Praxis- oder Telefonkonsultationen und Hausbesuche) für PatientInnen unter 16 Jahren bei KAM⁻ und KAM⁺ signifikant höher als bei KOM (KAM⁺: 24,1%, KAM⁻: 24,4%, KOM: 7,8%). Signifikante Unterschiede zeigten sich auch bezüglich der Herkunft der PatientInnen. Bei KAM⁺-ÄrztInnen stammten 72,3% der PatientInnen aus Städten oder Agglomerationen, bei KAM⁻ und bei KOM betrug die entsprechenden Anteile 81,8% bzw. 52%. Im Gegensatz zu den erwachsenen PatientInnen gab es in dieser Teilstudie des PEK-Projekts keinen Unterschied hinsichtlich der Verteilung des Geschlechts.

Als wichtiges Attribut der Behandlung wurde die Erwartungshal-

Tabelle 1
Eigenschaften der Konsultationen.

	KOM	KAM ⁻	KAM ⁺
Erwartungshaltung der Eltern vor der Konsultation			
Heilung	60,0%	71,7%	71,4%
Linderung	21,9%	20,7%	30,3%
Angenehme Methode	9,5%	11,1%	14,6%
Wenig Nebenwirkungen	7,6%	21,3%	23,7%*
Konsultationsgründe basierend auf Angaben der ÄrztInnen			
Unfall	13,3%	7,0%	4,2%
Krankheit	86,7%	93,0%	95,8%
Schweregrade der Symptome basierend auf Angaben der ÄrztInnen			
Gering	36,2%	38,5%	36,3%
Mittelschwer	59,6%	54,9%	54,6%
Gravierend	4,3%	6,6%	9,1%
Anteil an chronisch kranken PatientInnen			
Chronisch kranke Patienten	15,2%	12,9%	30,6%
Nicht-chronisch kranke Patienten	84,8%	87,1%	69,4%

Tabelle 2
Hauptgrund der Konsultation (Prozent der Gesamtkonsultationen pro Ärztgruppe).

	KOM ⁻	KAM ⁻	KAM ⁺
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	24,8%	30,1%	23,4%
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)	9,5%	13,9%	9,5%
Symptome und abnormale klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	2,9%	4,1%	10,4%
Psychische Störungen und Verhaltensstörungen (F00-F99)	3,8%	2,9%	10,1%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	3,8%	6,8%	8,2%
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	10,5%	5,9%	7,6%
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	12,4%	8,2%	5,8%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen (S00-T98)	12,4%	4,9%	4,1%
Nicht spezifiziert, d.h. es wurde keine Diagnose gestellt	1,0%	7,8%	3,7%
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	3,8%	4,1%	4,1%
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	0,0%	1,2%	3,7%
Andere	15,2%	10,0%	9,2%

tion der Eltern vor der Konsultation angesehen. Eltern wählten einen komplementärmedizinischen Therapieansatz, weil sie sich davon statistisch signifikant häufiger eine Heilung versprochen. Auch war in dieser Gruppe die Hoffnung auf eine Therapie ohne Nebenwirkungen signifikant grösser (Tab. 1).

Eigenschaften der Konsultationen

Bei KOM-ÄrztInnen handelte es sich in 37,1% der Konsultationen um Notfall-Konsultationen, bei KAM⁻-ÄrztInnen in 16,8% und bei KAM⁺-ÄrztInnen in 12,4%. Die Unterschiede waren zwischen KAM⁺ und KOM signifikant, während bei KAM⁻ verglichen mit KAM⁺ diesbezüglich kein Unterschied bestand. KOM-ÄrztInnen behandelten auch mehr Unfallpatienten (13,3%) als KAM⁻ und KAM⁺-ÄrztInnen (7,0% bzw. 4,2%) (Tab. 1).

Betreffend Schweregrad der Symptome zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede (Tab. 1). Allerdings behandelten KAM⁺-ÄrztInnen doppelt so viele chronisch erkrankte Kinder wie KAM⁻ oder KOM-ÄrztInnen (KOM: 15,2%, KAM⁻: 12,9%, KAM⁺: 30,6%) (Tab. 1). Ein statistischer Vergleich zeigte unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht der PatientInnen, dass diese Unterschiede sowohl zwischen KAM⁺ und KOM als auch zwischen KOM und KAM⁻ signifikant sind.

Zwischen KAM⁺ einerseits (23,6 Minuten) und KAM⁻ (17,5 Minuten) und KOM (15 Minuten) zeigten sich signifikante Unterschiede in der Konsultationsdauer.

Die Hauptdiagnosen wurden gemäss ICD10 klassifiziert. Die entsprechenden Verteilungen unterscheiden sich signifikant (Tab. 2). Die insgesamt häufigsten Konsultationsgründe bei Kindern unter 16 Jahren waren Krankheiten des Atmungssystems (KAM⁺: 23,4%, KAM⁻: 30,1%, KOM: 24,8%). Diese Patientengruppe verteilte sich in unserer Stichprobe praktisch gleich auf die KOM- und KAM⁺-ÄrztInnen. Die KAM⁻-ÄrztInnen verzeichneten einen etwas höheren Anteil.

Gemäss ICD10 behandelten KAM⁺-ÄrztInnen auffallend mehr PatientInnen mit psychischen Problemen, Verhaltensstörungen und Symptomen bei abnormalen Laborbefunden, die andernorts nicht klassifiziert waren. Dagegen behandelten KOM-ÄrztInnen sehr viel häufiger Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen. Bezüglich Komorbiditäten sahen KAM⁺-ÄrztInnen signifikant mehr Kinder mit einer oder mehreren Zusatzdiagnosen (KAM⁺: 44%, KAM⁻: 34%, KOM: 30%). Die Verteilung der diagnostischen Überweisungen war bei allen drei Ärztgruppen sehr ähnlich. Bei KOM wurden 3,8%, bei KAM⁻ 4,5% und bei KAM⁺ 4,2% der PatientInnen überwiesen.

Diskussion

Eigenschaften der Versorgung

Die Resultate zeigen, dass Komplementärmedizin vor allem in städtischen Gebieten angeboten und entsprechend beansprucht wird. Gemäss den Angaben im Strukturfragebogen sehen sich nur 38% der KAM⁺-ÄrztInnen als GrundversorgerInnen. Es ist deshalb

naheliegend, dass KAM⁺-ÄrztInnen vor allem als Spezialisten tätig sind bzw. von den PatientInnen als solche wahrgenommen werden. KAM⁺-Praxen verfügen im Vergleich zu KOM-Praxen über wesentlich weniger technische Infrastruktur. Dies mag damit zusammenhängen, dass zur Diagnosestellung das Gespräch im Vordergrund steht, was sich sicher auch in den längeren Konsultationen niederschlägt. Zusätzlich braucht eine Arztpraxis (hier v.a. KAM⁺-Praxen) in der Stadt kein eigenes Labor, da häufig spezialisierte Labors zur Verfügung stehen.

Prädisponierende Faktoren der PatientInnen

Unter die prädisponierenden Faktoren fallen demographische Eigenschaften, sozialer Status und individuelle Wertvorstellungen und Erwartungen der PatientInnen.

Die Studie zeigt, dass KAM⁺-ÄrztInnen jüngere PatientInnen behandeln als KOM und KAM⁻. Dies steht im Widerspruch zu Resultaten anderer Studien, wo Kinder, welche KAM nutzen, deutlich älter waren. Die Autoren erklären dies damit, dass es sich oftmals um chronisch kranke PatientInnen handelt, was bei Kindern unter einem Jahr weniger häufig vorkommt. Unsere Resultate zeigen, dass in der Schweiz insgesamt ein relativ hoher Anteil von Kindern jeden Alters komplementärmedizinisch behandelt wird. In diesem Zusammenhang kann die Frage aufgeworfen werden, inwiefern die Qualifikation der KAM⁺-ÄrztInnen als FachspezialistInnen für die pädiatrische Tätigkeit ausreichend ist.

In bezug auf Wertvorstellungen und Erwartungen der PatientInnen zeigen sich verschiedene Unterschiede zwischen KAM und KOM, welche die Inanspruchnahme von Leistungen beeinflussen können. Die vorliegenden Daten weisen darauf hin, dass Eltern, die ihre Kinder komplementärmedizinisch behandeln lassen, hinsichtlich einer Heilung mit therapeutischen Massnahmen, die möglichst keine Nebenwirkungen haben, höhere Erwartungen haben. Diese Erwartungshaltung kann gemäss Rosenthal [2] dazu führen, dass Behandlungsergebnisse positiver wahrgenommen werden, als dies bei einer neutralen Haltung der Fall wäre. Um derartige Zusammenhänge aufzudecken, sind allerdings genaue Informationen zur Behandlungsqualität notwendig, die für die vorliegende Untersuchung nicht zur Verfügung standen.

Medizinischen Notwendigkeiten

In bezug auf die Hauptgründe der Konsultationen finden sich in Übereinstimmung mit der Literatur bei allen drei Ärztgruppen Atemwegserkrankungen an erster Stelle.

Der höhere Anteil von Kindern mit chronischen Erkrankungen in der Komplementärmedizin widerspiegelt die Tatsache, dass für bestimmte Krankheitsbilder die Schulmedizin nicht immer die erhoffte Hilfe bieten kann und die frustrierten Eltern deshalb nach anderen Behandlungsmöglichkeiten suchen. Die hohen Anteile von PatientInnen mit psychischen und dermatologischen Problemen sind möglicherweise ebenfalls die Folge derartiger Mechanismen.

Der geringe Anteil von PatientInnen mit Verletzungen und dem damit verbundenen geringeren Anteil an Notfallkonsultationen bei KAM⁻-ÄrztInnen kann als weiteres Indiz gewertet werden, dass die

ambulante Komplementärmedizin in der Schweiz nicht ausschliesslich einen Grundversorgungsstatus wahrnimmt. Die vorliegenden Daten ermöglichen allerdings keinen Aufschluss darüber, inwieweit diese Unterschiede durch das ärztliche Angebot oder durch die Nachfrage von Leistungen bedingt werden.

Schwächen und Stärken der Untersuchung

Die Studie umfasst ein weites Spektrum von Praxen und war darauf ausgerichtet, KAM mit KOM zu vergleichen. Die Datenerfassung war nicht explizit auf PatientInnen unter 16 Jahren gerichtet. Die Studie war als reine Beobachtungsstudie konzipiert, und leidet infolgedessen an einer Anzahl Begrenzungen dieses Untersuchungstyps. Dies beinhaltet unter anderem ein Selektions-Bias. Es kann vermutet werden, dass die Motivation der teilnehmenden ÄrztInnen unterschiedlich war.

Die Stärken der Studie beziehen sich auf die Tatsache, dass alle ÄrztInnen in konventioneller Medizin ausgebildet wurden. KAM⁺-ÄrztInnen hatten zusätzlich eine zweite Ausbildung mit entsprechenden, national anerkannten Fähigkeitsausweisen.

Schlussfolgerungen

Die Studie bestätigt die Hypothese von Unterschieden in Angebot und Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen für unter 16-jährige PatientInnen in Komplementär- und konventioneller Medizin. Die offensichtlich unterschiedlichen Strukturen und Entscheidungswege weisen darauf hin, dass in der Komplementärmedizin nicht nur «alternative PatientInnen» mit «alternativen Therapien» behandelt werden [3], sondern auch, dass die Leistungen durch «alternative ÄrztInnen» erbracht werden. Weitere Untersuchungen sind notwendig, um die Auswirkungen derartiger Unterschiede auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Kosteneffizienz zu bestimmen.

Literatur

- 1 Melchart D, Mitscherlich F, Amiet M, Eichenberger R, Koch P. Programm Evaluation Komplementärmedizin (PEK) Schlussbericht: Swiss Federal Office of Public Health 2005.
- 2 Rosenthal R, Rubin DB. Interpersonal expectancy effects: The first 345 studies. *The Behavioral and Brain Sciences* 1978;1:377-415.
- 3 Caspi O, Koithan M, Criddle MW. Alternative medicine or «alternative» patients: a qualitative study of patient-oriented decision-making processes with respect to complementary and alternative medicine. *Med Decis Making* 2004;24(1):64-79.

Dr. med. André Busato
Institute for Evaluative Research in Orthopaedic Surgery
Universität Bern
Stauffacherstrasse 78
3014 Bern
andre.busato@memcenter.unibe.ch