

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck

Direktor: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

**Determinanten interprofessioneller Zusammenarbeit im Bereich
der komplementärmedizinischen Versorgung –
ein Mixed-Methods-Ansatz**

**Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
- aus der Sektion Medizin -**

vorgelegt von

Paula Prill

aus Göttingen

Lübeck 2021

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

2. Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Thomas Uhlig

Tag der mündlichen Prüfung: 01.03.2022

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 01.03.2022

Promotionskommission der Sektion Medizin

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
I. Abbildungsverzeichnis	III
II. Tabellenverzeichnis	IV
III. Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
1.1 Relevanz des Themas	1
1.2 Begriffsdefinitionen	5
1.2.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit	5
1.2.2 Komplementäre und Integrative Medizin	6
1.3 Stand der Forschung	7
1.3.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit	7
1.3.2 Interprofessionelle Lehre	9
1.3.3 Komplementäre und Integrative Medizin in Deutschland	11
1.4 Ableitung der Forschungsfrage	13
2 Material und Methoden	15
2.1 Auswahl des Studiendesigns	15
2.2 Qualitativer Teil	16
2.2.1 Entwicklung des Leitfadens	17
2.2.2 Rekrutierung der Teilnehmenden	18
2.2.3 Durchführung der Interviews	18
2.2.4 Transkription	20
2.2.5 Qualitative Inhaltsanalyse	21
2.2.6 Gütekriterien qualitativer Forschung	23
2.3 Quantitativer Teil	23
2.3.1 Studiendesign und Entwicklung des Fragebogens	24
2.3.2 Durchführung der quantitativen Erhebung	25
2.3.3 Statistische Auswertung	26
2.4 Ethik	28
3 Ergebnisse	29
3.1 Qualitative Ergebnisse	29
3.1.1 Zusammensetzung der Stichprobe	29
3.1.2 Einführung in die qualitative Ergebnisdarstellung	30

3.1.3	Interprofessionalität	30
3.1.4	Komplementärmedizin	46
3.2	Quantitative Ergebnisse.....	50
3.2.1	Zusammensetzung der Stichprobe	50
3.2.2	Interprofessionalität	53
3.2.3	Komplementärmedizin	56
3.2.4	Auswertung der Freitextkommentare.....	66
3.3	Integration der qualitativen und quantitativen Ergebnisse	68
3.3.1	Interprofessionalität	68
3.3.2	Komplementärmedizin	69
4	Diskussion.....	71
4.1	Diskussion des Mixed-Methods-Designs	71
4.1.1	Diskussion der qualitativen Methodik	71
4.1.2	Diskussion der quantitativen Methodik	73
4.2	Allgemeine Vorzüge und Limitationen der Arbeit.....	74
4.3	Diskussion der Ergebnisse	76
4.3.1	Interprofessionalität	77
4.3.2	Komplementärmedizin	81
4.4	Schlussfolgerung	90
5	Zusammenfassung	92
6	Literaturverzeichnis.....	93
IV.	Anhang	VI
V.	Danksagung	XXXVII
VI.	Lebenslauf.....	XXXVIII
VII.	Publikationen	XXXIX

I. **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Sechs-Stufen-Plan nach Kern.....	5
Abbildung 2: Für diese Studie modifizierter Ablauf des sequentiellen explorativen Studiendesigns nach Creswell	16
Abbildung 3: Modifizierter Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring	22
Abbildung 4: Flussdiagramm zur Zusammensetzung der Stichprobe	51
Abbildung 5: Einfluss von Teamarbeit auf die Patientenversorgung	53
Abbildung 6: Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Komplementärmedizin	54
Abbildung 7: Unterstützende Faktoren der Zusammenarbeit	55
Abbildung 8: Ausreichende komplementärmedizinische Versorgung am UKSH	58
Abbildung 9: Generelle Einstellung zu Komplementärmedizin	59
Abbildung 10: Wichtigkeit von und Interesse an Komplementärmedizin	60
Abbildung 11: Gründe für Interesse an Komplementärmedizin	61

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einteilung komplementärmedizinischer Verfahren in Anlehnung an das National Center for Complementary and Integrative Health.....	7
Tabelle 2: Fachbereiche kategorisiert.....	27
Tabelle 3: Soziodemographie der qualitativen Stichprobe.....	29
Tabelle 4: Kodierleitfaden Interprofessionalität.....	31
Tabelle 5: Kodierleitfaden Komplementärmedizin	47
Tabelle 6: Soziodemographie der quantitativen Stichprobe	52
Tabelle 7: Berufsgruppen kategorisiert	53
Tabelle 8: Einstellung zu komplementärmedizinischen Verfahren	59
Tabelle 9: Informations- und Ausbildungsbedarf in der Komplementärmedizin	62
Tabelle 10: Subgruppenanalysen zur KIM-Anwendung in verschiedenen Tätigkeitsbereichen und zu Gründen für das Interesse an KIM.....	63
Tabelle 11: Subgruppenanalysen zu der Wichtigkeit von und dem Informationsbedarf innerhalb der Komplementärmedizin	64
Tabelle 12: Multiple lineare Regressionsanalysen zu Wichtigkeit von, Einstellungen zu und Interesse an Komplementärmedizin	65

III. Abkürzungsverzeichnis

95 % CI	95 % Konfidenzintervall
ÄAppO	Approbationsordnung für Ärzte
Bzw.	Beziehungsweise
CDU	Christlich Demokratische Union
ET	Einzelinterview Teilnehmende
FT	Fokusgruppen Teilnehmende
GMA	Gesellschaft für medizinische Ausbildung
IMPP	Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
IPEC	Interprofessional Education Collaborative
IPL	Interprofessionelle Lehre
IPZ	Interprofessionelle Zusammenarbeit
JAMA	Journal of the American Medical Association
KIM	Komplementäre und Integrative Medizin
Korr.	Korrigiert
Max	Maximum
Min	Minimum/Minimal
MW	Mittelwert
NCCIH	National Center for Complementary and Integrative Health
NKLM	Nationaler Lernzielkatalog Medizin
OR	Odds Ratio
SD	Standardabweichung
UKSH	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	Zum Beispiel

1 Einleitung

1.1 Relevanz des Themas

„Coming together is a beginning; keeping together is progress; working together is success.“ – Edward Everett Hale (1922) [1]

Teamarbeit kann die Patientensicherheit, klinische Outcomes sowie die Behandlungsqualität positiv beeinflussen. Eine Optimierung von Teamprozessen und -ergebnissen im Gesundheitswesen kann durch die Etablierung von interprofessionellen Teaminterventionen erreicht werden [2]. Eine so resultierende effizientere interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) steht im positiven Zusammenhang mit einer geringeren Sterblichkeit, kürzeren stationären Verweildauer sowie einer Verbesserung der Patientenzufriedenheit [3,4]. Dies kann zu Kosteneinsparungen führen, die Effizienz steigern und den zeitlichen sowie materiellen Ressourcenverbrauch senken. Mitarbeiter*innen¹ können von einer höheren Arbeitszufriedenheit, einem gesteigerten Wohlbefinden, einem geringeren Burnout-Risiko und einem Rückgang der Personalfuktuation profitieren [5].

Im Gegensatz dazu kann der durch mangelnde Teamarbeit ineffiziente Workflow negative Auswirkungen auf die finanzielle Leistung der Gesundheitsdienstleister haben [6]. Die Mehrheit der vermeidbaren, unerwünschten Ereignisse können auf Fehler innerhalb der Kommunikations- und Teamstrukturen zurückgeführt werden [7]. Kommunikationsfehler waren die Hauptursache für zwei Drittel der von 1995 bis 2005 gemeldeten unvorhergesehenen Ereignisse, die unabhängig vom natürlichen Krankheitsverlauf zum Tod oder zu schweren Verletzungen von Patient*innen führten [8].

¹ Diese Arbeit bemüht sich in Anlehnung an das Dezernat Chancengleichheit und Familie der Universität zu Lübeck um eine geschlechterneutrale und -gerechte Sprache und verwendet hierfür soweit möglich das Partizip (z.B. Studierende) und ansonsten ein Binnen-* (z.B. Patient*in) als Schreibweise. Feststehende Begriffe (z.B. Patientenzentrierung) und wörtliche Zitate behalten ihr entsprechendes Genus [239].

Die Komplexität der Gesundheitsversorgung ist in Folge des demographischen Wandels in den letzten Jahrzehnten stetig gestiegen. Der zunehmende Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung sowie der damit zusammenhängende Anstieg von Multimorbidität, chronischen Erkrankungen und des Pflegebedarfs stellen das Gesundheitssystem schon heute vor veränderte Anforderungen [9,10]. Dadurch haben sich neue Anforderungen an die Fähigkeiten zur Reflexion des eigenen Handelns und – dazugehörig – an die Fähigkeiten zur beruflichen Zusammenarbeit entwickelt [11]. Es wird prognostiziert, dass die Fähigkeit zur effektiven interprofessionellen Zusammenarbeit weiter stark an Bedeutung gewinnen wird [12]. Der Wissenschaftsrat betont diesbezüglich in den *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen* die Wichtigkeit der Akademisierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, und die Chancen interprofessioneller Lehre (IPL) durch den Aufbau pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftlicher Studiengänge an Universitäten mit einer Medizinischen Fakultät [11]. Weiterhin versucht der derzeitig (2021) amtierende Bundesgesundheitsminister Jens Spahn mit der Einführung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes die derzeit bestehenden Disbalancen durch Förderung der Pflege auszugleichen und die Attraktivität des Pflegeberufes zu steigern [13].

Interprofessionelle Lehre findet statt, wenn zwei oder mehr Berufe mit-, von- und übereinander lernen, um die Zusammenarbeit und die Qualität der Patientenbetreuung zu verbessern [14]. Nach jahrzehntelanger Forschung bestätigt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den positiven Effekt einer effektiven interprofessionellen Ausbildung auf die „*Vorbereitung eines kollaborativen, praxisbereiten Gesundheitspersonals*“ [15]. Der Ausschuss *Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen* der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) liefert konkrete Empfehlungen zur Implementierung solcher Lehrmodule [16] und auf internationaler Ebene werden von der Interprofessional Education Collaborative (IPEC) vier Kernkompetenzen der interprofessionellen Zusammenarbeit identifiziert, welche durch gemeinsame Lehrmodule erreicht werden sollen. Diese lassen sich unter den Begriffen Werte und Ethik der interprofessionellen Praxis, Rollenbilder und Verantwortlichkeiten, Kommunikation und Teamwork zusammenfassen [17]. Die *Competencies for Optimal Practice in Integrated Environments* der Academic Collaborative for Integrative Health betonen zusätzlich die

Relevanz evidenzbasierter Praxis und institutioneller Gesundheitskultur und -praxis [18].

Während Lernziele interprofessioneller Lehrmodule primär die Vorbereitung auf die Zusammenarbeit beabsichtigen, müssen zur erfolgreichen Implementierung entsprechender Lehrmodule ebenso inhaltliche Lernziele bedacht werden. Aus diesem Grund bieten insbesondere interdisziplinäre Bereiche eine gute Basis für interprofessionelle Ausbildung [19,20]. Geeignete Bereiche für interprofessionelle Lehre sind Ethik, Kommunikation, Patientensicherheit und klinische Fähigkeiten, während sich klassische Themen wie Anatomie, Chemie/Physik oder wissenschaftliches Arbeiten/Statistik nur bedingt eignen [21]. Komplementäre und Integrative Medizin² (KIM) ist ein sowohl interdisziplinär als auch interprofessionell relevanter Bereich [22]. Als solcher bietet er die Chance, Vertreter verschiedener Gesundheitsberufe zusammen auszubilden und auf die Anforderungen des heutigen Gesundheitssystems vorzubereiten [18,23]. Die interprofessionelle Vermittlung von Komplementärmedizin kann eine patientenzentrierte Versorgung [24–26] und teamorientierte Zusammenarbeit fördern [27–29].

Die Verwendung komplementärmedizinischer Verfahren ist national und international weit verbreitet [22,30,31]. In Deutschland wendeten 2014 zwischen 40 % und 62 % der Bevölkerung in den vergangenen Jahren mindestens eine komplementärmedizinische Methode an [22]. Insbesondere Frauen, Personen mit hohem Bildungsniveau, chronisch Erkrankte und Personen mit einer gesundheitsbewussten Lebensweise nehmen ergänzende Therapien in Anspruch [32]. 2018 betrug der Umsatz von Arzneimitteln besonderer Therapierichtungen, bestehend aus Homöopathie, Anthroposophischer Medizin und Phytotherapie, in Deutschland insgesamt 1,7 Milliarden Euro [33]. Krankenversicherungen wenden jährlich etwa zwei Milliarden Euro für ärztliche komplementärmedizinische Behandlungen auf und Schätzungen für privat bezahlte Behandlungen in diesen Bereichen liegen bei fünf Milliarden Euro pro Jahr [34]. Auch die Zahl der Mediziner*innen, die komplementäre Behandlungsmethoden in ihrer Praxis einsetzen, steigt: 2005 hatten deutschlandweit 47.933 Ärzt*innen Zusatz-Weiterbildungen in komplementärmedizinischen Bereichen, 2018 waren es bereits 67.691 Ärzt*innen. Dies

² Wie auch in den Erhebungen wird in dieser Arbeit aus Gründen der Übersichtlichkeit der Begriff Komplementärmedizin genutzt.

entsprach rund 13 % der insgesamt 515.640 Ärzt*innen. Die Zusatzbezeichnungen waren insbesondere Manuelle Medizin, Naturheilverfahren und Akupunktur [35].

Diesem vor allem im ambulanten Sektor weit verbreiteten Einsatz stehen limitierte Kenntnisse der Gesundheitsberufe bezüglich Komplementärmedizin gegenüber [36–38]. In der *Approbationsordnung für Ärzte* findet sich Lehre zu Komplementärmedizin im Querschnittsbereich 12 *Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren* [39]. Der Nationale Lernzielkatalog Medizin (NKLM) stellt den Anspruch an umfassende Kenntnisse der Komplementärmedizin, mit besonderem Fokus auf der Diskussion von Wirkungen und Risiken komplementärmedizinischer Verfahren [40]. An der Universität zu Lübeck ist der Unterricht zu Komplementärmedizin im Studiengang Medizin erst seit 2015 curricular verankert [41]. Trotz seitdem gesteigertem Zeitrahmen von 45 auf aktuell 90 Minuten ist es in diesem Termin nicht möglich, allen Empfehlungen des NKLM gerecht zu werden [42]. Eine Beratungskompetenz zu komplementärmedizinischen Themen erscheint hinsichtlich der Patientenerwartungen für alle Gesundheitsberufe mit direktem Patientenkontakt unerlässlich [43,44]. In aktuellen Lehrplänen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe ist jedoch keine Lehre zu Komplementärmedizin vorgesehen [45,46].

Vor diesem Hintergrund bietet das Institut für Allgemeinmedizin in Lübeck ein interprofessionell ausgerichtetes Wahlfach „Komplementäre und Integrative Medizin“ an. Dieses soll den zukünftigen Berufsprofilen der Studierenden aus Medizin, Pflege und Physiotherapie entsprechend Inhalte vermitteln, um den Ansprüchen interprofessioneller Patientenversorgung gerecht zu werden. Die von der Karl und Veronica Carstens-Stiftung geförderte Curriculumentwicklung (Fördernummer KVC 0/082/2/2016) orientiert sich an dem Sechs-Stufen-Plan nach Kern [47]: In Stufe 1 werden zunächst Determinanten und der generelle Bedarf identifiziert, gefolgt von der Erhebung der spezifischen Zielgruppenbedürfnisse (Stufe 2). Basierend auf diesen Erhebungen erfolgt anschließend die Festlegung von Lernzielen (Stufe 3) und passender didaktischer Methoden (Stufe 4), woraufhin das Wahlfach angeboten, durchgeführt (Stufe 5) und evaluiert wird (Stufe 6). Abbildung 1 veranschaulicht dieses Vorgehen.

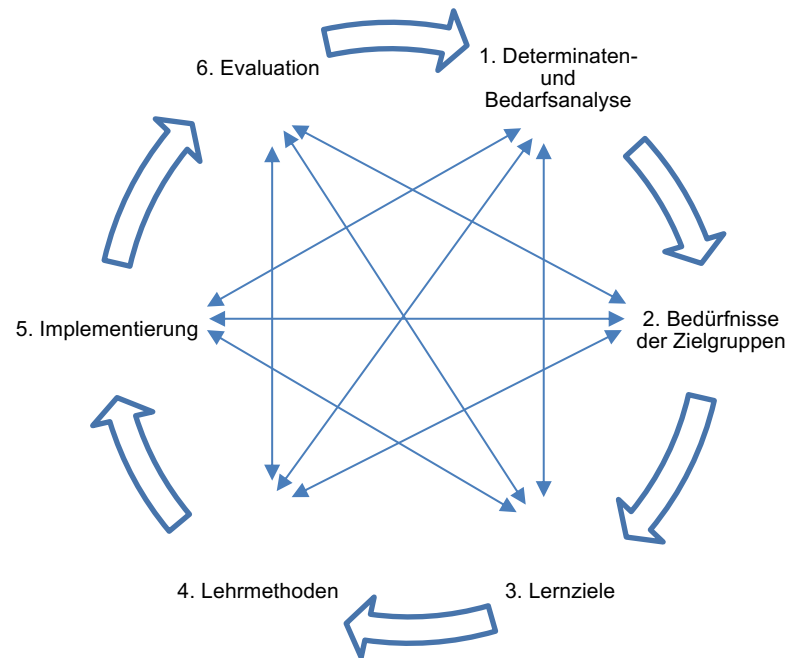


Abbildung 1: Sechsstufen-Plan nach Kern (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Kern [47])

1.2 Begriffsdefinitionen

1.2.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Eine uneinheitliche und teils synonyme Verwendung verschiedener Begrifflichkeiten der Zusammenarbeit erschwert die Diskussion über ebendiese. Daher sollen im Folgenden einige essentielle Begriffe erläutert werden. Interprofessionell meint eine Zusammenarbeit verschiedener Berufe mit Überschneidung der jeweiligen Kompetenzen, während interdisziplinär eine Überschneidung der Wissenschaftsbereiche oder medizinischen Fachdisziplinen bezeichnet. Multiprofessionell beschreibt das Arbeiten verschiedener Berufe neben- und weitestgehend unabhängig voneinander, wohingegen intraprofessionell eine Zusammenarbeit innerhalb derselben Berufsgruppe bezeichnet [48].

Die WHO definiert kollaboratives Arbeiten im *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice* als die Zusammenarbeit von Angehörigen verschiedener Gesundheitsfachberufe mit Patient*innen, Familien, Betreuer*innen und Gemeinden zur Gewährleistung der höchsten

Versorgungsqualität. Diese interprofessionelle Zusammenarbeit befähigt das Gesundheitspersonal, jede Person zu engagieren, deren Fähigkeiten zur Erreichung der lokalen Gesundheitsziele beitragen können. Dies resultiert in einer Aufwertung des Gesundheitssystems [15].

Weitere Definitionen interprofessioneller Zusammenarbeit fokussieren *„die unmittelbare Zusammenarbeit von Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichem Status im Sinne einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung, damit die spezifischen Kompetenzen jedes einzelnen Berufes für den Patienten/die Patientin nutzbar gemacht werden“* [49] oder die *„Ergänzung von Kompetenzen, Kenntnissen und Fähigkeiten, auf Grundlage von Vertrauen, Respekt und gegenseitigem Verständnis für die jeweiligen Fachkenntnisse“* [50].

1.2.2 Komplementäre und Integrative Medizin

Der Begriff komplementäre Medizin wird als Sammelbegriff für jene Therapieformen verwendet, welche nicht zur konventionellen Medizin, wie sie vorrangig an westlichen medizinischen Fakultäten gelehrt wird, gehören. Diese unscharfe Definition ist eine durch Ausschluss und umfasst eine Vielzahl heterogener Verfahren. Verbindliche Begriffsdefinitionen existieren weder für komplementäre noch für konventionelle Medizin [51]. Eine zweifelsfreie Abgrenzung ist somit schwierig, zumal die Grenzen durch steigende Evidenz in der KIM zunehmend verschwimmen [52].

Komplementäre Medizin beschreibt die Anwendung nicht-konventioneller Verfahren zusammen mit konventionellen Verfahren und muss differenziert werden von dem überholten Begriff der alternativen Medizin, welcher die Anwendung dieser Therapieverfahren anstelle konventioneller Verfahren meint. Der momentan favorisierte Begriff der integrativen Medizin bezeichnet das aufeinander abgestimmte Einbeziehen nicht-konventioneller und konventioneller Verfahren bei der Behandlungs- und Therapieplanung [53].

In Anlehnung an die Einteilung des National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) [53] bietet Tabelle 1 einen Überblick über verschiedene gebräuchliche Verfahren.

Tabelle 1: Einteilung komplementärmedizinischer Verfahren in Anlehnung an das National Center for Complementary and Integrative Health [53]

Kategorie	Beispiele für Verfahren
Natürliche Produkte	Pflanzenheilkunde, Vitamine, Mineralien, Präbiotika, Nahrungsergänzungsmittel
Mind and Body Übungen	Yoga, Manuelle Therapie, Meditation, Osteopathie, Akupunktur, Tai Chi, Qi Gong, Entspannungsübungen, Alexandertechnik, Feldenkrais, Hypnose
Andere komplementärmedizinische Gesundheitsansätze	Ayurveda, Traditionelle Chinesische Medizin, Homöopathie, Naturheilkunde, traditionelle Heiler

1.3 Stand der Forschung

1.3.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Für die Qualität der Patientenversorgung und organisatorischen Effizienz sind die Art und Diversität der fachlichen Kompetenzen, die für die Entscheidungsfindung notwendig sind, von entscheidender Bedeutung. Mitarbeiterzufriedenheit und wahrgenommene Teameffektivität werden am ehesten durch Kollaboration, Konfliktlösung, Partizipation und Zusammenhalt beeinflusst. Eine allgemeingültige Anleitung zur Bildung und Aufrechterhaltung funktionierender Teams existiert jedoch nicht [54].

Es sind zwei hauptsächliche Determinanten der interprofessionellen Zusammenarbeit beschrieben. Zum einen die Struktur des Teams, einschließlich der geographischen Nähe der Teammitglieder, seiner Größe, Zusammensetzung und internen Stabilität, seiner Leitung und der organisatorischen Unterstützung, insbesondere durch Förderung von Innovation und Umsetzung von Veränderungen. Im Weiteren verschiedene Teamprozesse, wie die Durchführung regelmäßiger Teambesprechungen und fortlaufende Evaluation der Effektivität. Der mit Abstand größte positive Effekt kann gemeinsamen, klaren Zielvorstellungen und

Zielsetzungen zugeschrieben werden. Hinderlich für die Zusammenarbeit sind in diesem Zusammenhang Unschärfe und Missverständnisse der Rollen und Verantwortlichkeiten der einzelnen Fachkräfte [55]. Die generelle Bereitschaft, gegenseitiges Vertrauen, gegenseitiger Respekt und Kommunikation sind die ausschlaggebenden Faktoren der Zusammenarbeit, welche, um funktionieren zu können, alle durch ein starkes Organisationsmanagement konsolidiert werden müssen [5,56–58]. Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit entstehen durch eine hohe klinische Arbeitsbelastung, organisatorische Einschränkungen und unterschiedliche Machtverhältnisse. Eine Umverteilung der Verantwortung in Entscheidungsprozessen der Patientenversorgung kann eine effiziente Zusammenarbeit fördern [59].

Die Möglichkeiten für Teaminterventionen reichen von der Standortänderung von Ärzt*innen im Krankenhaus, der Implementierung täglich auszufüllender Formulare und Checklisten für die Pflegeziele bis hin zu Teamtrainings und der Einführung interdisziplinärer Runden [60]. Erfolgreiche Implementierungen der Interventionen bringen unterschiedliche Herausforderungen mit sich. Innerhalb von Krankenhäusern gibt es diverse bedeutende und spezifische Barrieren für die Teamarbeit: große, dynamische Teams, die ad hoc gebildet werden und sich aufgrund von Verschiebungen und Rotationen im Arbeitsplan ständig in der Zusammensetzung ändern, traditionell steile Hierarchien, und Teammitglieder, die sich selten zur selben Zeit am selben Ort befinden [60,61]. Aufgrund der Größe, Komplexität und Grad der indirekten Zusammenarbeit sprechen einige Forscher mittlerweile sogar eher von Netzwerken als von Teams [62]. Mit der Einführung neuer Technologien, wie der Implementierung elektronischer Patientenakten, entsteht zudem eine neue Form der asynchronen Kommunikation, die den Workflow grundlegend verändert und der wichtige Face-to-Face-Kommunikationselemente fehlen [60,62]. Darüber hinaus wird die Arbeit im Team durch eine hohe Arbeitsbelastung unter Zeitdruck, hohe Behandlungsfrequenzen und großen Administrationsaufwand, unangemessene Bezahlung und unzureichende Zeitkorridore für interprofessionelle Teambesprechungen erheblich eingeschränkt [57].

1.3.2 Interprofessionelle Lehre

Als Referenzwerk für die Ausbildung von Gesundheitsberufen bezeichnet der *Lancet Report* interprofessionelle Lehre als Schlüsselfaktor für die Reformierung der medizinischen und pflegerischen Ausbildung im 21. Jahrhundert und unterstreicht die Bedeutung des Zeitpunkts, der Dauer und Relevanz der Lehrmodule zur Förderung der Verhaltensänderungen bei einzelnen Gesundheitsberufen [63]. Hierzulande empfiehlt das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) einen Ausbau der interprofessionellen Lehre mit dem Ziel, interprofessionelle Kompetenzen bereits im Studium zu fördern [64].

Interprofessionelle Lehre führt zu verbesserten Teamprozessen sowie Patientenzufriedenheit und -sicherheit [65], ferner zu einer positiveren Einstellung zu Teamwork, Kommunikation und gemeinsamer Problemlösung sowie zu Wissen und Fähigkeiten zur Vorbereitung auf die Zusammenarbeit [66]. Die kausale Rückführung einer langfristigen Verbesserung in der Patientenversorgung auf ein Lehrmodul ist nicht eindeutig nachvollziehbar, alternativ kann das Erreichen vordefinierter Lernziele evaluiert werden [67]. Dazu sollte das Festschreiben grundlegender interprofessioneller Lernziele Kernprinzip der Erstellung und Implementierung von interprofessionellen Programmen sein [68].

Die Bereitschaft zu interprofessioneller Lehre und Determinanten der Lehrmodule können eingeteilt werden in individuelle, prozessuale und organisatorisch-kulturelle Faktoren [69]. Latente Konflikte zwischen den Berufsgruppen und Widersprüche zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung aufgrund einer Voreingenommenheit für die eigene Berufsgruppe können schon während der Ausbildung beobachtet werden [70]. Medizinstudierende schreiben sich bei der Einschätzung der eigenen Berufsgruppe signifikant häufiger „Kompetenz und Autonomie“ zu, Pflegestudierende dagegen „Tatsächliche Kooperation“. Beide Gruppen fürchten eine zunehmende Belastung und nennen Zeitmangel und Überlastung als wichtigste Argumente gegen interprofessionelle Lehre. Teile der Medizinstudierenden befürchten zusätzlich eine Senkung des akademischen Niveaus. Als Argumente für interprofessionelle Lehre führen Medizinstudierende am häufigsten Teamwork und Zusammenarbeit an, während sich Pflegestudierende eine Horizonterweiterung und zusätzliches Wissen erhoffen [21]. Studierende beider Bereiche

schreiben dem gemeinsamen Lernen ein besseres Verständnis für klinische Probleme zu [71].

Vor Beginn eines interprofessionellen Lehrmoduls beschrieben Medizinstudierende die Pflege als Assistenzberuf mit der Hauptaufgabe, Ärzt*innen in der Bewältigung ihres Alltags behilflich zu sein. Zudem war die Sicht der Studierenden von einer steilen hierarchischen Ordnung geprägt. Nach Besuch des gemeinsamen Lehrmoduls sahen Studierende den Pflegeberuf als eigenständige Profession und die hierarchischen Unterschiede als eine zu bewältigende Herausforderung [72]. Weitere Studien zeigen den positiven Einfluss interprofessioneller Lehre auf Barrieren der Zusammenarbeit und die Änderung der Wahrnehmung hin zu einem neuen und gefestigten Verständnis der anderen und eigenen Profession sowie eine Reduktion von Stereotypen und Vorurteilen [73–75]. Interprofessionell ausgebildete Studierende verfügen über optimierte interprofessionelle Kompetenzen in der kollaborativen Praxis verglichen mit Studierenden ohne ein solches Training [65,76,77]. Positive Resultate werden hinsichtlich des Lernerfolgs der Studierenden über Teamkommunikation und die Bildung beruflicher Identitäten erreicht [78]. Weitere Argumente für gemeinsame Lehrmodule sind die Entwicklung und Förderung des interprofessionellen Denkens und Handelns, der Erwerb gemeinsamen Wissens und der Austausch von Wissen sowie nützlichen Informationen [79].

Deutschlandweit werden Medizinstudierende und Auszubildende bzw. Studierende der Pflegeberufe und Physiotherapie klassischerweise nach wie vor getrennt ausgebildet. Unter Medizinstudierenden besteht wenig Wissen über die Ausbildung anderer Gesundheitsberufe [21]. Ein Grund für die getrennte Berufsausbildung ist die universitäre Lehre der Mediziner*innen gegenüber der schulischen Ausbildung der Pfleger*innen und Physiotherapeut*innen und die damit einhergehenden organisatorischen Schwierigkeiten. Die Implementierung erfolgreicher interprofessioneller Lehrmodule bedarf großer zeitlicher und personeller Kapazitäten sowie des Aufbaus förderlicher Strukturen, sowohl innerhalb der Ausbildungsinstitutionen als auch mit Blick auf die politische Rahmensetzung [80]. Die in jüngsten Jahren voranschreitende Akademisierung der beiden Ausbildungsberufe birgt Chancen für vermehrte interprofessionelle Lehre [81]. Die Universität zu Lübeck bietet die bisher in Deutschland einzigartige Chance,

Studierende verschiedener Gesundheitsberufe gemeinsam auszubilden [82]. In Heidelberg bietet ein Konzept der schulischen Ausbildung mit parallelem Universitätsabschluss weitere Möglichkeiten für gemeinsame Lehre [83].

Aktuelle deutsche Studien beschreiben bereits erfolgreiche interprofessionelle Lehrmodule in der Ausbildung von Medizin-, Pflege- und Physiotherapie-Studierenden und liefern Argumente und Determinanten für die Implementierung interprofessioneller Lehre [74,79,81,84,85]. Studierende aller Bereiche zeigen großes Interesse an interprofessioneller Ausbildung [67], und evaluieren interprofessionelle Lehrmodule besser als solche, die monoprofessionell ausgerichtet sind [74,84]. In der qualitativen Evaluation des Förderprogramms *Operation Team* der Robert Bosch Stiftung wird ein partizipatives, dialogorientiertes Kooperationsmodell der Lehrmodule favorisiert [80]. Als geeignete Inhalte der Lehrmodule nennen Studierende Lehre zu Ethik, Kommunikation, Team-Training und klinischen Fähigkeiten [51]. Eine kürzlich veröffentlichte Studie zu Rollenkompetenzen der interprofessionellen Ausbildung in der Komplementärmedizin unterstreicht zudem die Bedeutung von Professionalität, Zusammenarbeit und Kommunikation als direkte Folge der medizinischen Expertise [29].

1.3.3 Komplementäre und Integrative Medizin in Deutschland

Obwohl insgesamt weit verbreitet, unterliegt die Nutzung komplementärmedizinischer Verfahren doch starken regionalen und zeitlichen Schwankungen [30,86–88]. Patient*innen mit chronischen Schmerzen sowie mit chronischen oder Krebserkrankungen wenden vermehrt komplementäre Therapien an [30,87,89]. Die demographischen Entwicklungen mit subsequenter Steigerung dieser Erkrankungen machen einen weiteren Anstieg des Einsatzes komplementärer Medizin wahrscheinlich [11,90]. Aus Perspektive der Leitungspositionen im Gesundheitswesen ist eine Implementierung komplementärer und integrativer Medizin zu befürworten. In der Folge könnten therapeutische Lücken in bestehenden Gesundheitspraktiken geschlossen, die Auswahlmöglichkeiten erhöht und so im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung die ganzheitliche Kapazität der Behandlung verbessert werden [91,92].

Oftmals wird die eigene Anwendung komplementärer Verfahren durch Patient*innen nicht offenbart, aus Antizipation von Desinteresse oder Missbilligung des Behandlers, oder weil sie schlicht annehmen, es sei irrelevant für ihre weitere Behandlung [89,93]. Ärzt*innen fragen ihrerseits aufgrund von Unsicherheit und Unwissen und abhängig von vorangegangenen Trainings nur selten routiniert den Nutzen von KIM ab [94,95], obwohl ein Großteil von ihnen komplementären Therapien einen Benefit zuspricht [95], und darüber hinaus Interesse besteht, mehr über KIM zu lernen [36,94]. Demgegenüber erwarten Patient*innen von ihrem Behandler aktuelles, zuverlässiges Wissen über komplementäre und Naturheilverfahren [96]. Es konnte eine Assoziation zwischen Kommunikation über Komplementärmedizin und einer höheren Patientenzufriedenheit sowie verbesserten Arzt-Patienten-Beziehung gezeigt werden [89].

Während der Einsatz komplementärmedizinischer Verfahren im ambulanten Sektor bereits gut dokumentiert ist [34,35], existiert bisher kaum Literatur über die Rolle der Komplementärmedizin in der stationären Patientenversorgung [97,98]. Hier wird vor allem dem Pflegepersonal eine wichtige Rolle bei der Kommunikation mit Patient*innen über KIM-Nutzung zugeordnet, jedoch sind auch sie trotz positiver Einstellungen oftmals unsicher in der Diskussion und Dokumentation der Verfahren [43]. International ist die verbreitete Anwendung von komplementärmedizinischen Verfahren in der Pflege bereits wiederholt dokumentiert worden [99–101], während im deutschsprachigen Bereich erst wenige Arbeiten hierzu vorliegen [102–104]. Deren Befunde bestätigen jedoch die bedeutende Rolle dieser Verfahren in der hiesigen Pflegepraxis, obgleich erforderliche Kompetenzen bisher kaum systematisch vermittelt werden. Zur sicheren Administration besteht somit eine Notwendigkeit, künftigen Pflegenden fundiertes Wissen und Fähigkeiten für evidenzbasierte Entscheidungen und Patienteninformationen auf diesem Gebiet zu vermitteln [99,105,106].

Innerhalb der Komplementärmedizin existieren spezifische Barrieren der Zusammenarbeit. Eine unzureichende Beteiligung von KIM in interprofessionellen Teams kann unter anderem auf begrenzte Ressourcen und mangelnde Aufklärung über Komplementärmedizin zurückgeführt werden [92]. Das Unbehagen, sich über KIM auszutauschen, kann bei Professionen im Gesundheitsbereich

analog zu den Patient*innen erhoben werden. Die Kommunikation über KIM ist abhängig von der Arbeitsplatzkultur und den wahrgenommenen Einstellungen der Kolleg*innen sowie dem eigenen Wissen über KIM [36,43].

Komplementärmedizin wird von Studierenden für den späteren Beruf als bedeutsam erachtet. Es besteht der Wunsch nach vermehrter Lehre im Rahmen der universitären Ausbildung, jedoch deckt sich das derzeitige Ausbildungsangebot vielerorts nicht mit den Bedürfnissen der Studierenden [107–109]. Die curriculare Integration komplementärmedizinischer Lehrinhalte kann durch Wissensgewinn bezüglich der Evidenzbasis verschiedener Methoden und einer kritischen Reflexion zur Entwicklung einer fundierten Meinung sowie einer ganzheitlichen, patientenorientierten Haltung der Studierenden beitragen [44,110–113].

1.4 Ableitung der Forschungsfrage

Ziel dieser Dissertationsschrift war es, Determinanten interprofessioneller Zusammenarbeit im Bereich der komplementärmedizinischen Versorgung zu erheben und den Einfluss soziodemographischer Charakteristika auf diese zu untersuchen. Ergänzend sollten relevante komplementärmedizinische Verfahren an einem norddeutschen Universitätsklinikum identifiziert werden.

Da interprofessionelle Zusammenarbeit ausschließlich im Kontext der Arbeitsumgebung zu betrachten ist [114], bedarf es zunächst an Erkenntnissen über die hiesige Lage der Zusammenarbeit. In Deutschland existiert hierzu bisher kaum Literatur [2,16,115,116].

In Übereinstimmung mit der 2013 von der WHO herausgegebenen Leitlinie *Transforming and scaling up health professional's education and training* sollen Lehrpläne an die Bedürfnisse der regionalen Bevölkerung angepasst werden [117]. Die empirisch festgehaltenen regionalen Unterschiede in Bedarf, Anwendung und Angebot komplementärmedizinischer Verfahren begründen die Notwendigkeit, eigene Untersuchungen zu diesem Themengebiet in der Region, in der ein Curriculum entwickelt werden soll, durchzuführen und diese auf den regionalen Gesundheitsmarkt anzupassen.

Folglich lautet die Fragestellung für diese Arbeit:

Welche Determinanten interprofessioneller Zusammenarbeit im Bereich der komplementärmedizinischen Versorgung gibt es und wie werden diese durch soziodemographische Charakteristika beeinflusst?

2 Material und Methoden

2.1 Auswahl des Studiendesigns

Diese Arbeit stützte sich auf ein Mixed-Methods-Studiendesign, welches qualitative und quantitative Erhebungs- und Analyseformen kombiniert und integriert. Die Forschungsfrage war das entscheidende Kriterium bei der Auswahl der Methodik. Vorteil der Kombination der Methoden ist ein besseres Verständnis für komplexe Probleme, da sowohl die quantitative Seite des Zählens, als auch die qualitative Domäne des Sinnverstehens beleuchtet werden [118]. So können die Schwächen des einen methodischen Ansatzes durch den anderen kompensiert werden. Qualitative Verfahren eignen sich zur Identifikation und Eruierung bisher unerforschter Phänomene, während quantitative Methoden bereits bekannte Phänomene und deren Zusammenhänge erfassen können [119].

Diese Arbeit folgte einem sequentiellen explorativen Studiendesign. Hierbei erfolgte die Datenerhebung zunächst qualitativ und im zweiten Schritt quantitativ [34]. Im ersten Schritt wurden Hypothesen zu einer bisher weitgehend unbekanntem Thematik entwickelt, welche anschließend durch die quantitative Erhebung überprüft und vertiefend analysiert wurden. Während die qualitative Datenerhebung eine Vielzahl von Determinanten interprofessioneller Zusammenarbeit im komplementärmedizinischen Kontext generierte, erhob die quantitative Datenerhebung die Bedeutung dieser Determinanten an einem Universitätsklinikum. Die qualitativen Daten beeinflussten somit den quantitativen Datensatz zur Generierung eines tieferen Verständnisses dieses komplexen Themas [121]. Dieser explorative Ansatz wird in der deutschsprachigen Literatur auch als Verallgemeinerungsdesign bezeichnet [120,122].

Zur Integration beider Methoden wurden die Daten und Resultate der beiden Erhebungen verbunden. Die Integration der Forschungsstränge fand in der Phase der Dateninterpretation statt. Angewandt wurde eine methodenexterne Triangulation der Daten nach Denzin. Ein Ziel der Triangulation ist die Perspektivenbereicherung: die umfassendere und genauere Analyse der Forschungsfrage durch die multiperspektivische Untersuchung resultiert in einem erhöhten Vertrauen in die Validität der Ergebnisse [118]. Die Triangulation diente dementsprechend

nicht der Bestätigung der Ergebnisse im Sinne einer Konvergenz, sondern wurde zur Erweiterung der Erkenntnisse über die Forschungsfrage und als Ansatz der Generalisierung der Resultate genutzt [123]. Der systematische Ablauf dieses Studiendesigns ist in der Abbildung 2 dargestellt.

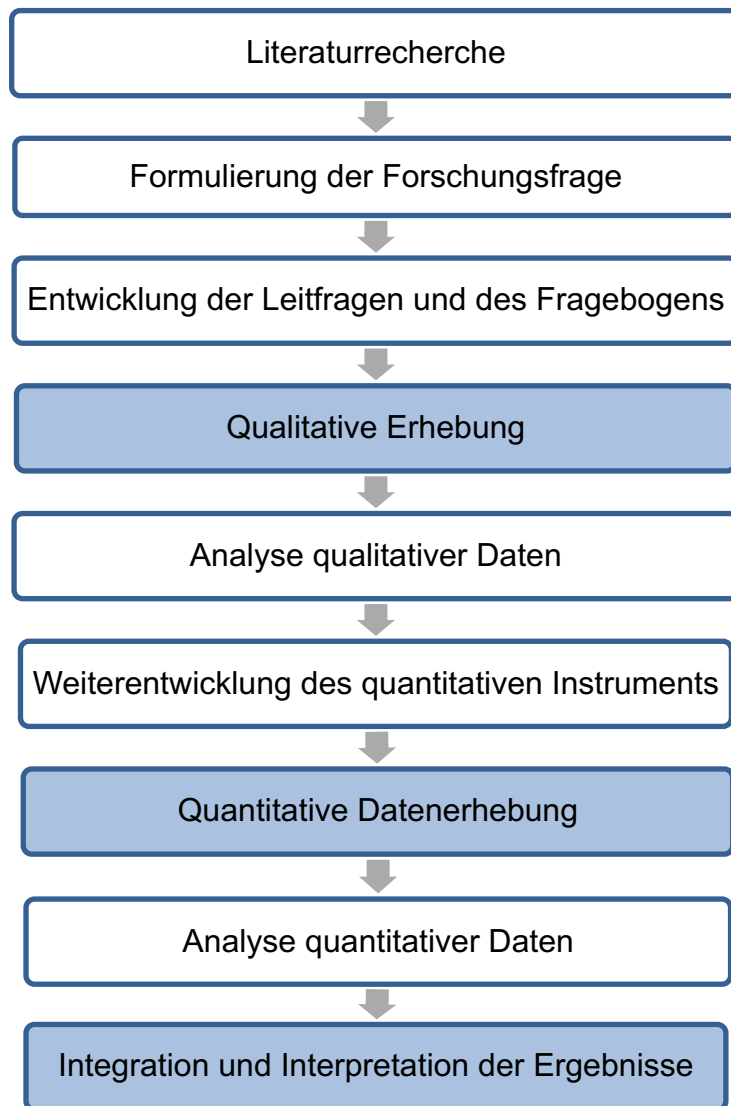


Abbildung 2: Für diese Studie modifizierter Ablauf des sequentiellen explorativen Studiendesigns nach Creswell (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Creswell [119])

2.2 Qualitativer Teil

Mithilfe qualitativer Forschung werden bisher unbekannte oder unzureichend erforschte Phänomene exploriert und neue Theorien und Modelle entwickelt. Das Erkenntnisprinzip ist das Verstehen komplexer Zusammenhänge, und nicht eine

Erklärung durch Isolierung einer einzelnen Beziehung. Durch die Berücksichtigung der Perspektiven beteiligter Subjekte lässt sich ein konkreteres und plastischeres Bild einer Thematik zeichnen. Qualitative Forschung orientiert sich dabei stark am Alltagsgeschehen der Untersuchten und analysiert deren Aussagen im Kontext längerer Antworten gemäß des Leitgedankens der Kontextualität. Die Datenerhebung ist dabei durch das Prinzip der strukturierten Offenheit gekennzeichnet. Die Resultate können zur Generierung eines ersten Überblicks oder Ausblicks des Forschungsthemas beitragen. Insbesondere in sozialen Fächern besetzt die qualitative Forschung einen großen Stellenwert und ist zunehmend auch für die allgemeinmedizinische Versorgungsforschung ein wertvoller Ansatz [124,125]. Als Forschungsdesign des qualitativen Teils dieser Arbeit wurden leitfadensbasierte Interviews gewählt.

2.2.1 Entwicklung des Leitfadens

Der teilstandardisierte Interviewleitfaden wurde basierend auf Literaturrecherche zu interprofessioneller Zusammenarbeit und Komplementärmedizin konzipiert [4,10,22,100].

Die Ergebnisse der Leitfragen werden in dieser Arbeit dargestellt:

- 1) Welche Rolle spielen komplementärmedizinische Verfahren in Ihrem Beruf?
- 2) Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit Vertretern anderer Professionen in Bezug auf komplementärmedizinische Verfahren?
- 3) Was sind für Sie fördernde und was hinderliche Faktoren für interprofessionelle Zusammenarbeit?
- 4) Welche Strategien haben Sie für sich selbst entwickelt, um besser mit anderen Professionen zusammenzuarbeiten?

Ziel des Interviewleitfadens war es, den Diskussionen einen thematischen Schwerpunkt zu geben und Inhalte der verschiedenen Interviews vergleichbar zu machen. Für einen leichten Einstieg in die Diskussion und zur Generierung einer gemeinsamen Diskussionsgrundlage, wurde die erste Frage explizit offen formuliert. Die anschließenden Fragen konnten bei Beibehaltung von Sinn und Thematik flexibel in Wortlaut und Reihenfolge variiert werden, um sich besser in den

Gesprächsfluss einzufügen. Der vollständige Leitfaden kann in Anhang 1 eingesehen werden.

2.2.2 Rekrutierung der Teilnehmenden

Die Stichprobengewinnung in einem Mixed-Methods-Design sollte stets in starker Anlehnung an die Forschungsfrage erfolgen. Zudem müssen die Ziele beider Erhebungsmethoden bedacht werden. In qualitativen Studien soll vor allem eine inhaltliche Sättigung erlangt werden. Dies gilt insbesondere für ein sequentielles, exploratives Mixed-Methods Studiendesign, bei dem die anschließende quantitative Erhebung die Verallgemeinerung der zuvor qualitativ erhobenen Daten anstrebt. Zielführend ist hierfür das purposive sampling, eine zielgerichtete Stichprobengewinnung, welche auch im Rahmen dieser Arbeit genutzt wurde [120].

Gemäß diesen Grundlagen erfolgte die Kontaktaufnahme mit potentiellen Teilnehmenden durch eine Ärztin in Weiterbildung des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck sowie durch die Doktorandin sowohl per E-Mail und Telefon als auch persönlich. Eingeschlossen wurden adulte Mitarbeiter*innen des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, der Lehrpraxen des Instituts für Allgemeinmedizin oder der Praxispartner der Studiengänge Physiotherapie oder Pflege, welche beruflich komplementärmedizinische Verfahren anwenden. Kontaktiert wurden Ärzt*innen, Apotheker*innen, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Physiotherapeut*innen, Hebammen sowie Mitarbeiter*innen von Pflegediensten.

Alle potentiellen Teilnehmenden wurden explizit zu den Interviews eingeladen und über Forschungshintergrund und Studiendesign unterrichtet. Aufgrund terminlicher Schwierigkeiten der Fokusgruppen wurde bei sieben Teilnehmenden auf Einzelinterviews zurückgegriffen. Alle Teilnehmenden erhielten eine Aufwandsentschädigung für ihre Teilnahme. Diese bestand aus 50 € für Teilnehmende der Fokusgruppen und 20 € für Teilnehmende der Einzelinterviews.

2.2.3 Durchführung der Interviews

Fokusgruppen bezeichnen Gruppeninterviews und ermöglichen als solche den Austausch von Erfahrungen und Kenntnissen, die Exploration von Zusammenhängen und die Diskussion vor einem gemeinsamen Hintergrund [126,127].

Fokusgruppen bestehen aus mindestens zwei Teilnehmenden, die Literaturempfehlungen variieren zwischen vier und zwölf Personen [128,129]. In den durchgeführten Fokusgruppen wurden die Teilnehmenden innerhalb einer Gruppe so verbunden, dass sie miteinander interagierten und kommunizierten. Mit Fokus auf die vorgegebenen thematischen Schwerpunkte Komplementärmedizin und Interprofessionalität resultierte eine lebhaft Diskussions. So konnte eine realitätsnahe Abbildung der subjektiven Meinungen von Studienteilnehmenden und ein offenes Gespräch ermöglicht werden [126,130].

Die Gespräche der Fokusgruppen fanden zwischen Oktober 2017 und März 2018 in Räumen des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, statt. Dies erlaubte eine einfache räumliche und zeitliche Koordination. Die Teilnehmenden profitierten von einer angenehmen Atmosphäre mit geschützten, ungestörten Rahmenbedingungen, wie sie für die erfolgreiche Durchführung von Fokusgruppen benötigt werden [126]. Der zeitliche Rahmen von Fokusgruppen sollte 90 bis 180 Minuten nicht überschreiten, um konstruktives und konzentriertes Arbeiten zu erlauben [126]. Im Rahmen dieser Arbeit wurde angestrebt, die Fokusgruppen zeitlich auf 60 Minuten zu beschränken.

Alle Interviews waren leitfadensbasiert, semi-standardisiert und wurden moderiert durch eine Ärztin in Weiterbildung des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, und durch die Doktorandin. Während der Interviews orientierten sich die Moderatorinnen an dem zuvor beschriebenen Leitfaden und interagierten verbal mit den Teilnehmenden. Dabei wurden die Leitfragen durch kontextabhängige und konkrete Nachfragen ergänzt, wobei alle Fragen stets offen und ohne Suggestion formuliert und insbesondere empathische Kommentare, Deutungen und Wertungen gemieden wurden. Während der Interviews machte eine Forscherin schriftliche Aufzeichnungen zur Erleichterung der Datenanalyse und zur Beobachtung der theoretischen Sättigung. Nach Erreichen der Sättigung verzichtete das Forscherteam auf weitere Interviews.

Als weiteres Instrument qualitativer Forschung wurden Einzelinterviews durchgeführt. Diese eignen sich besonders zur Identifizierung individueller und kontextabhängiger Begebenheiten. Neben praktischen und pragmatischen Gründen für

die Kombination von Einzelinterviews und Fokusgruppen sprachen auch ein gesondert generierter Informationsgewinn für die Integration der beiden Erhebungsstrategien. Insbesondere zu nennen sind der Vergleich und die Kontrastierung verschiedener Perspektiven sowie die Bestätigung von Daten und das Streben nach Vollständigkeit [131,132].

Vier der sieben Einzelinterviews fanden telefonisch statt. Zwei Interviews fanden persönlich im Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck statt und ein Interview in der Hausarztpraxis eines teilnehmenden Lehrarztes. Dieselben Leitfragen wie in den Fokusgruppen wurden hierbei im Eins-zu-eins-Gespräch durch die Doktorandin oder eine Ärztin in Weiterbildung des Instituts für Allgemeinmedizin gestellt.

Aufgrund des Studiendesigns war es unvermeidlich, dass die Forscher*innen einigen Teilnehmenden im Vorfeld bekannt waren. In allen Fällen waren diese Beziehungen rein professionell. Vor Beginn der Einzelinterviews und Fokusgruppen wurden alle Teilnehmenden sowohl mündlich als auch schriftlich vollständig über die Studie aufgeklärt. Ein entsprechendes Einverständnisformular wurde von allen Teilnehmenden unmittelbar vor Beginn der Interviews unterzeichnet und der moderierenden Person zur Verfügung gestellt. Des Weiteren wurden mittels eines Kurzfragebogen soziodemographische Daten aller Teilnehmenden ermittelt. Für Aufklärung, Einwilligungserklärung und Kurzfragebogen siehe Anhang 2.

2.2.4 Transkription

Für die anschließenden Analysen wurden die Interviews vollständig digital aufgezeichnet, pseudonymisiert und transkribiert. Den Teilnehmenden wurden hierzu fortlaufende Nummern zugeordnet. Teilnehmende der Fokusgruppen erhielten die Nummern FT1-13, Teilnehmende der Einzelinterviews die Nummern ET1-7. Die Transkription erfolgte durch wissenschaftliche Hilfskräfte wörtlich gemäß den internen Transkriptionsregeln des Instituts für Allgemeinmedizin, Schleswig-Holstein, Campus Lübeck. Diese wurden in Anlehnung an das vereinfachte Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl konzipiert [133]. Für die Transkriptionsregeln siehe Anhang 3. Die Audiodateien und Transkripte wurden auf dem Server des Instituts für Allgemeinmedizin, Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

gespeichert. Der Zugriff war beschränkt auf an dieser Studie beteiligte Mitarbeiter*innen.

2.2.5 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Analyse der Interviews erfolgte angelehnt an die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. In die Analysen wurden alle Fokusgruppen und Einzelinterviews eingeschlossen und in Folge als Analyseeinheit festgelegt. Die qualitative Inhaltsanalyse und Kodierung hatte als Ziel die großen Textmengen in kompakte, inhaltstragende Kategorien zu ordnen. Die Kategorienbildung konnte dabei entweder präformiert, deduktiv oder textorientiert, induktiv stattfinden [134–136].

Für diese Arbeit wurden zunächst deduktive Hauptkategorien aus dem Interview-Leitfaden abgeleitet, und den entsprechenden Textstellen zugeordnet. In einem zweiten Schritt erfolgte sukzessiv die induktive Kategorienbildung aus den verbliebenen Transkripten. Hierbei bot sich ein theoriegeleitetes Vorgehen an, orientiert an den CanMEDS-Rollen [137]. Es waren jeweils mehrere Textdurchläufe erforderlich.

Die Kodierung erfolgte ohne Softwareunterstützung unabhängig voneinander durch die Doktorandin und eine weitere Forscherin, Ärztin in Weiterbildung am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck. Ein dritter Forscher, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, fungierte als Supervisor und Mediator. Im Analyseprozess wurden alle Kategorien und prototypischen Zitate von den drei Forscher*innen diskutiert und angepasst, um präzise Definitionen zu formulieren und alle Kategorien zu inkludieren. Zur Sicherstellung einer klaren Abgrenzung der Kategorien erfolgte die Definition der Subkategorien in Bezug auf die jeweilige Hauptkategorie. Die so generierte konsistente Kodierungsagenda wurde von der Doktorandin genutzt, um die Kodierung aller Transkripte zu wiederholen und so die Vollständigkeit des Kodierleitfadens sicherzustellen. Schließlich wurde jeder Unterkategorie jeweils ein Ankerzitat als prägnante Kernaussage zugeordnet.

Der systematische Ablauf dieser qualitativen Inhaltsanalyse ist in Abbildung 3 dargestellt.

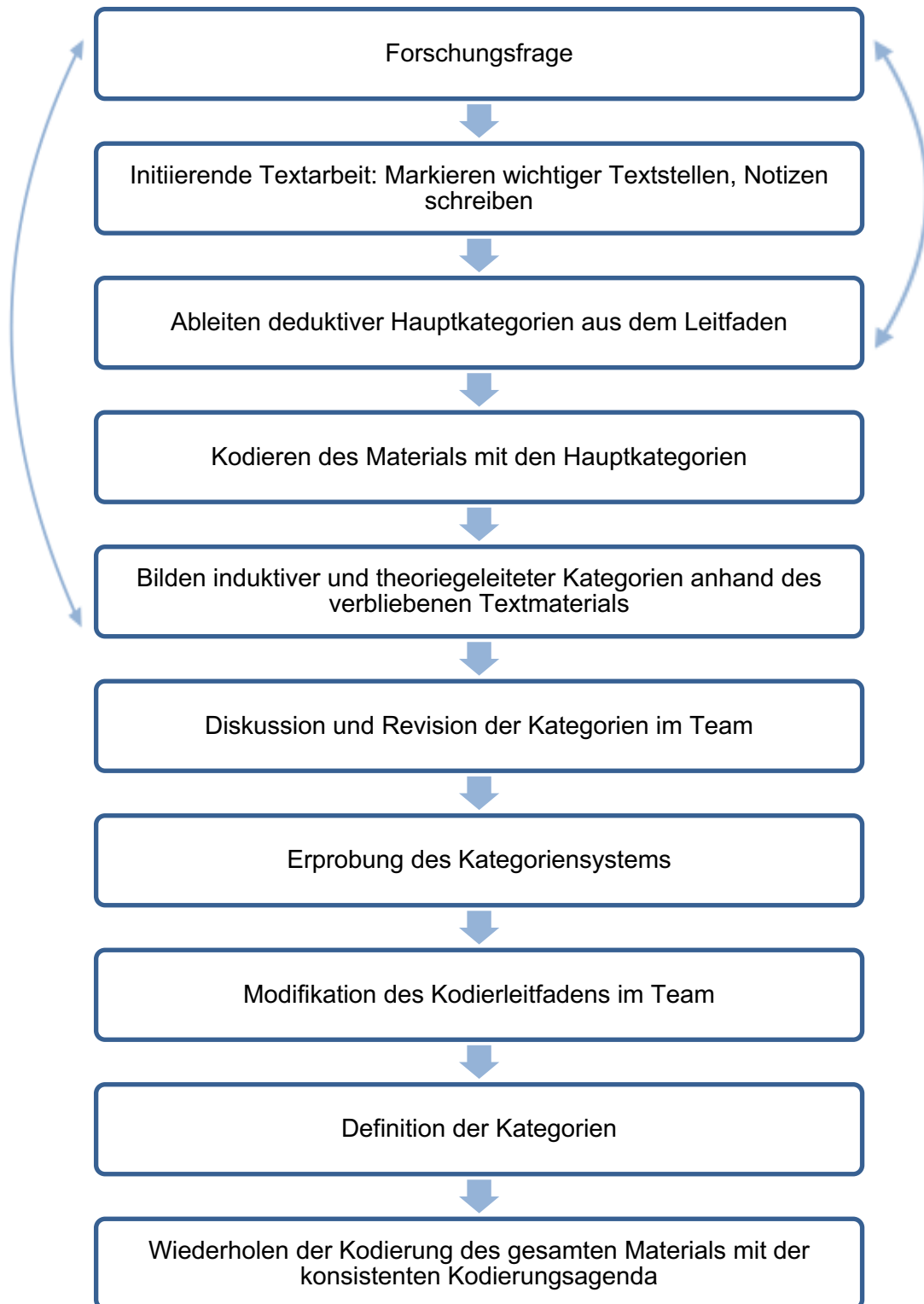


Abbildung 3: Modifizierter Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring und Kuckartz [134,136])

2.2.6 Gütekriterien qualitativer Forschung

Ein für diese Untersuchung anwendbares Gütekriterium der qualitativen Forschung ist die intersubjektive Nachvollziehbarkeit. Diese lässt sich unterteilen in die drei Subkriterien Dokumentation des Forschungsprozesses, Interpretation in Gruppen und Anwendung kodifizierender Verfahren [138].

Gemäß dem ersten Subkriterium sollte der Forschungsprozess so ausführlich und transparent dokumentiert werden, dass alle Forschungsschritte inklusive Ergebnisse für externe Subjekte lückenlos nachvollziehbar und plausibel sind. Dies wurde erreicht durch die umfassende Dokumentation der Erhebungsmethoden und des Erhebungskontexts, der Transkriptionsregeln, der Daten und der Auswertungsmethoden. Zudem wurde das Vorverständnis der Forscher*innen, in diesem Fall ihr medizinischer Hintergrund, den Teilnehmenden explizit mitgeteilt.

Durch die bereits geschilderte Kodierung im Konsens durch die drei Forscher*innen konnte das zweite Subkriterium – die Interpretation in Gruppen – verwirklicht werden. Hierbei lag der Fokus auf dem deutlichen und differenzierten Umgang mit Daten und deren Interpretation.

Die Anwendung der bereits beschriebenen qualitativen Inhaltsanalyse als kodifizierendes Verfahren sorgte für eine gewisse Standardisierung der Methodik, die externen Subjekten Prüfung ebendieser erlaubte und die Transparenz erhöhte. Somit konnte auch das dritte Subkriterium erfüllt werden [138].

Die COREQ (COConsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checkliste bietet eine Richtlinie für die transparente und umfassende Berichterstattung qualitativer Forschung. Beim Verfassen dieser Dissertationsschrift wurden alle Items dieser Checkliste berücksichtigt [139]. Die vollständig ausgefüllte Checkliste kann in Anhang 4 eingesehen werden.

2.3 Quantitativer Teil

Die sequentielle quantitative Datenerhebung und -analyse ermöglicht eine Verallgemeinerung der qualitativ erhobenen Daten und gestattet einen differenzierten und breiteren Weg zur Beantwortung der Forschungsfrage [120]. Im Folgenden wird die Methodik des quantitativen Teils dargestellt.

2.3.1 Studiendesign und Entwicklung des Fragebogens

Die quantitative Studie dieser Arbeit war eine Querschnittstudie. Basierend auf Literaturrecherche [4,10,22,100,140] und konsekutiv den Ergebnissen der qualitativen Erhebung wurde ein standardisierter Fragebogen durch die Doktorandin entworfen. Der Fragebogen wurde mithilfe des Online-Programms SurveyMonkey erstellt.

Der Fragebogen umfasst folgende Items, deren Ergebnisse vollständig im Rahmen dieser Arbeit dargestellt werden:

- | | |
|------------------------|--|
| Interprofessionalität: | Auswirkungen von Teamarbeit auf die Patientenversorgung, förderliche Faktoren der interprofessionellen Zusammenarbeit |
| Komplementärmedizin: | Angebot an und Anwendung von komplementärmedizinischen Verfahren, Nachfrage durch Patient*innen nach komplementärmedizinischen Verfahren, Einschätzung der Wichtigkeit komplementärmedizinischer Verfahren, Interesse an Komplementärmedizin, generelle Einstellung zu Komplementärmedizin, Einstellung zu verschiedenen komplementärmedizinischen Verfahren, Informations- und Ausbildungsbedarf in der Komplementärmedizin, Interprofessionalität im Bereich der Komplementärmedizin |
| Soziodemographie: | Geschlecht, Alter, Berufsgruppe, Fachbereich, Berufserfahrung in Jahren. |

In der Entwicklung des Fragebogens mussten zunächst relevante komplementärmedizinische Verfahren und Behandlungsmethoden festgelegt werden. Expertenschätzungen zufolge werden derzeit etwa 400 verschiedene komplementäre Verfahren praktiziert [141]. Mangels einer einheitlichen Definition [51,52,142] und zur besseren Machbarkeit des Fragebogens wurden für diese Arbeit relevante Methoden basierend auf Resultaten der qualitativen Erhebung und Literaturrecherche festgelegt [44,53,143,144]. Zum besseren Verständnis wurden einigen Verfahren Beispiele hinzugefügt. Folgende Verfahren wurden in den Fragebogen inkludiert:

Pflanzenheilkunde/Phytotherapie, Ernährungstherapie/Diätetik, Wasseranwendung/Hydro-/Balneotherapie (z.B. Bäder, Wassertreten, Wickeln), Homöopathie, Akupunktur, Aromatherapie, Ausleitende Verfahren (z.B. Schröpfen, Blutegeltherapie), Manuelle Medizin/Manuelle Therapie (z.B. Osteopathie, Massagen), Entspannungstechniken (z.B. Meditation, autogenes Training), Andere.

Um ein gleiches Verständnis von Komplementärmedizin aller Teilnehmenden sicherzustellen, beinhaltete sowohl die Studieneinladung als auch der Fragebogen selbst eine Definition: *„Komplementärmedizinische Verfahren sind Verfahren, die die schulmedizinischen Maßnahmen zur Behandlung einer Erkrankung oder von Beschwerden unterstützen und so ein ganzheitliches Therapieprogramm ermöglichen. Sie dienen nicht als Ersatz für eine klassische schulmedizinische Therapie“*.

Nach Durchführung und erster Analyse der qualitativen Erhebung wurde der Fragebogen durch Items bezüglich Interprofessionalität ergänzt.

Als Messinstrument wurden Nominal-, Ordinal- oder Intervallskalen verwendet. Zum Teil waren Mehrfachantworten möglich.

Der Fragebogen wurde im Juli 2017 durch sechs Personen aus Berufsgruppen des Gesundheitsbereichs außerhalb des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, pilotiert. Ziel der Pilotierung war die Überprüfung der Testitems auf Verständlichkeit und Durchführbarkeit. Die Pilotierung führte zu geringen Veränderungen in den Antwortoptionen der Fragen zu Angebot und Nachfrage komplementärer Verfahren.

Für den finalen Fragebogen inklusive Anschreiben siehe Anhang 5.

2.3.2 Durchführung der quantitativen Erhebung

In Übereinstimmung mit dem verwendeten Verallgemeinerungsdesign musste die Stichprobe der quantitativen Studie größer sein als die der qualitativen Studie, um eine mögliche Generalisierung der Ergebnisse zu ermöglichen [120].

Ein Link zum Online-Fragebogen mit Einladung zur Studienteilnahme wurde per E-Mail mittels eines selbsterstellten Verteilers am 19. März 2018 an 6113 Mitarbeiter*innen des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, geschickt. Da nicht in allen Fällen anhand der E-Mail Adresse des Empfängers/der

Empfängerin ersichtlich war, ob diese*r am Campus Lübeck oder Campus Kiel tätig war, wurde ein weiteres Item mit der Frage nach dem Campus ergänzt. Der Fragebogen richtete sich primär an Mitarbeiter*innen in Gesundheitsberufen. Da diese nicht isoliert werden konnten, wurden alle Angestellten des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, in die Befragung eingeschlossen. Der Befragungszeitraum lief bis zum einschließlich 31. Mai 2018.

2.3.3 Statistische Auswertung

Die statistische Analyse der quantitativen Daten wurde softwareunterstützt mit SPSS 25.0 (SPSS Inc., IBM) durchgeführt.

Die statistische Analyse erfolgte zunächst deskriptiv. Hierbei wurden metrische Variablen als Mittelwert (MW) und Standardabweichung (SD), nominale Variablen als Prozente und absolute Häufigkeiten präsentiert.

Subgruppenanalysen wurden aufgrund aus der qualitativen Erhebung abgeleiteten Hypothesen mit der Variable KIM-Anwendung durchgeführt. Diese wurde als binäre Variable aus dem Fragebogen-Item des Angebots komplementärmedizinischer Verfahren berechnet. Da die Daten nicht der Normalverteilung folgten, wurden für die Subgruppenanalysen nichtparametrische Tests verwendet. Für kategoriale Variablen wurde der Chi²-Test nach Pearson und für ordinal- oder intervallskalierte Items der Mann-Whitney-U-Test angewandt. Die Effektstärken ϕ für Chi²-Tests und $|r|$ für Mann-Whitney-U-Tests wurden berechnet und in Anlehnung an Cohen beurteilt: Werte kleiner 0,3 galten als schwacher Effekt, Werte größer 0,3 als mittelstarker Effekt und Werte über 0,5 als starker Effekt [145]. Für alle statistischen Berechnungen wurde das Signifikanzniveau bei $p \leq 0,05$ festgelegt.

Aufgrund aus der Literatur und der qualitativen Erhebung abgeleiteten Hypothesen [5,17,21,22,38,72,101] wurden Regressionsanalysen mit weiteren soziodemographischen Variablen (Geschlecht, Alter, Berufserfahrung, Berufsgruppe, KIM-Anwendung) durchgeführt.

Um Analysen mit einer entsprechend notwendigen Anzahl an Beantwortungen durchführen zu können, wurden die Berufe und Fachbereiche kategorisiert. Die Kategorisierung der Berufe resultierte in drei Gruppen: Ärztin/Arzt, Gesundheits-

und Krankenpflege und Sonstige. Bei Spezifizierung des Berufs unter „Andere“ konnten die Teilnehmenden nicht in die Analysen der jeweiligen Berufsgruppe inkludiert werden und finden sich unter Sonstige wieder. Angaben zu Fachbereichen wurden teilweise zu übergeordneten Kategorien zusammengefasst und so sechs Gruppen entwickelt: Anästhesie, Chirurgie, Innere Medizin, Pädiatrie, Psychiatrie und Sonstige. Tabelle 2 zeigt die Zuordnung zu den Kategorien.

Tabelle 2: Fachbereiche kategorisiert

Kategorie	Fachbereiche
Innere Medizin	Endokrinologie, Gastroenterologie, Kardiologie und Angiologie, Nephrologie, Onkologie und Hämatologie, Pulmologie, Palliativmedizin, Rheumatologie und klinische Immunologie
Psychiatrie	Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Anästhesie	Anästhesie und Intensivmedizin
Chirurgie	Allgemeinchirurgie, Herz- und thorakale Gefäßchirurgie, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie
Pädiatrie	Kinder- und Jugendmedizin
Sonstige	Allgemeinmedizin, Apotheke, Augenheilkunde, Dermatologie, Allergologie und Venerologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Infektiologie und Mikrobiologie, Neurologie, Radiologie und Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Gebietsübergreifend, Andere

Binäre logistische Regressionsanalysen dienen der Bestimmung, welchen Einfluss die unabhängigen Variablen Geschlecht (0 = männlich, 1 = weiblich), Alter, Beruf, Fachbereich, Berufserfahrung oder KIM-Anwendung (0 = Nicht-Anwendung, 1 = Anwendung) auf die Einschätzung der förderlichen Faktoren der Zusammenarbeit oder verschiedene Gründe für das Interesse an Komplementärmedizin haben. Die unabhängigen Variablen waren metrisch oder als Dummy-Variablen kodiert. Die abhängigen Variablen waren jeweils dichotom ausgeprägt (0 = nein, 1 = ja).

Zur Beurteilung der Modellgüte diente Nagelkerkes R-Quadrat. Je höher der Wert zwischen null und eins, desto besser war das Modell an die Daten angepasst [146]. Die Signifikanz des Modells wurde durch einen Chi²-Test (Omnibus-Test) überprüft. Durch die Hosmer-Lemeshow-Statistik zur Beurteilung der Anpassungsgüte wurde die Differenz zwischen erwarteten und beobachteten Werten ermittelt. Je geringer die Differenz, desto besser die Anpassungsstatistik. Als akzeptabel galten ein Signifikanzniveau größer 70 % und ein möglichst kleiner Chi²-Wert [146]. Die binären logistischen Regressionsmodelle wurden mit allen eingeflossenen Variablen, Odds Ratio (OR) mit 95 % Konfidenzintervallen (95 % CI) und p-Werten angegeben.

Multiple lineare Regressionsanalysen untersuchten den Einfluss derselben unabhängigen Variablen auf das generelle Interesse an, die Einstellungen zu und die empfundene Wichtigkeit von Komplementärmedizin. Die unabhängigen Variablen waren metrisch oder als Dummy-Variablen kodiert. Die abhängigen Variablen waren intervallskaliert. Ein F-Test prüfte, ob die Vorhersage der abhängigen Variablen durch das Hinzufügen der unabhängigen Variablen verbessert wurde. Zur Beurteilung der Modellgüte diente das korrigierte R-Quadrat. Je höher der Wert zwischen null und eins, desto besser die Passung zwischen Modell und Daten [146]. Die multiplen linearen Regressionsmodelle wurden mit allen eingeflossenen Variablen, nicht standardisierten Regressionskoeffizienten (B) mit 95 % Konfidenzintervallen und p-Werten sowie den standardisierten Koeffizienten (β) dargestellt.

Für die Regressionsanalysen wurde mit dem R-Quadrat die Effektstärke nach Cohen berechnet, welche bei Werten unter 0,15 als schwacher, bei Werten gleich oder höher 0,15 als mittlerer und bei Werten über 0,35 als starker Effekt galt [145].

2.4 Ethik

Die Ethikkommission der Universität zu Lübeck hat die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Studie am 13. Juli 2017 positiv beschieden. Für das Ethikvotum unter dem Aktenzeichen 17-200 siehe Anhang 6.

3 Ergebnisse

3.1 Qualitative Ergebnisse

3.1.1 Zusammensetzung der Stichprobe

An der qualitativen Erhebung nahmen insgesamt 20 erwachsene Vertreter aus Berufsgruppen im Gesundheitswesen teil, niemand ist nachträglich aus der Studie ausgeschieden. 13 Teilnehmende waren weiblich (65 %). Das Alter lag zwischen 20 und 60 Jahren, im Durchschnitt bei 49 Jahren (SD = 9,5). Die Teilnehmenden besaßen zwischen vier und 35 Jahren Berufserfahrung, im Durchschnitt 21 Jahre (SD = 7,9). Unter den Teilnehmenden waren neun Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (45 %), sechs Ärzt*innen (30 %), vier Physiotherapeut*innen (20 %) und ein Apotheker (5 %). Eine detaillierte Zusammenstellung der soziodemographischen Daten aller Teilnehmenden ist in Tabelle 3 dargestellt.

Es wurden drei Fokusgruppen mit jeweils vier bis fünf Teilnehmenden sowie sieben Einzelinterviews durchgeführt. Von den Einzelinterviews fanden vier telefonisch und drei persönlich statt. Die durchschnittliche Dauer der Fokusgruppen betrug 52,4 Minuten (SD = 3,8; Minimum (Min): 47,52 min, Maximum (Max): 55,18 min). Im Durchschnitt dauerten die Einzelinterviews 12,4 Minuten (SD = 2,3; Min: 9,35 min, Max: 16,20 min).

Tabelle 3: Soziodemographie der qualitativen Stichprobe (n = 20)

Charakteristika	Angaben	
Alter in Jahren, MW	49,1 (SD = 9,5; Min: 21, Max: 60)	
Geschlecht, % (n)	Weiblich	65 (13)
	Männlich	35 (7)
Berufserfahrung in Jahren, MW	20,7 (SD = 7,9; Min: 4, Max: 35)	
Berufsgruppe, % (n)	Gesundheits- und Krankenpflege	45 (9)
	Ärztin/Arzt	30 (6)
	Physiotherapie	20 (4)
	Apotheker	5 (1)

3.1.2 Einführung in die qualitative Ergebnisdarstellung

Aus den Leitfragen und den Inhalten der Interviews ließen sich zwei große Themenbereiche ableiten. Innerhalb des Themenbereichs Interprofessionalität resultierten die vier Hauptkategorien Beeinflussung interprofessioneller Dynamiken durch Komplementärmedizin, Kommunikation, professionsspezifische Aspekte und gesundheitssystemassoziierte Faktoren. Der Themenbereich Komplementärmedizin besteht aus der Hauptkategorie Stellenwert komplementärmedizinischer Verfahren im Beruf (erste Leitfrage). Die Ergebnisse der zweiten bis vierten Leitfrage nach förderlichen und hinderlichen Faktoren sowie eigenen Strategien zur interprofessionellen Zusammenarbeit, sowohl generell als auch im Bereich der Komplementärmedizin, verteilen sich auf die restlichen Hauptkategorien.

Zur übersichtlicheren Gestaltung der Arbeit werden im Folgenden die Resultate der zwei Themenbereiche getrennt mit ihrem jeweiligen Kodierleitfaden präsentiert. Dieser umfasst die Haupt- und Unterkategorien mit dazugehörigen Definitionen. Die Unterkategorien sind im Kontext der jeweiligen Hauptkategorie zu betrachten.

In der darauffolgenden Ergebnisdarstellung dienen die Hauptkategorien als Unterpunkte. Ankerzitate werden als jeweils prägnanteste Kernaussage der entsprechenden Unterkategorie aufgeführt.

3.1.3 Interprofessionalität

Der Themenbereich Interprofessionalität kategorisierte generelle und spezifisch komplementärmedizinische Determinanten interprofessioneller Zusammenarbeit. Hierbei ergaben sich vier Hauptkategorien mit insgesamt 14 Unterkategorien. Alle Kategorien wurden induktiv und teils theoriegeleitet entwickelt. Tabelle 4 zeigt den Kodierleitfaden dieses Themenbereichs.

Tabelle 4: Kodierleitfaden Interprofessionalität

Hauptkategorie	Unterkategorie	Definition
Professions-spezifische Aspekte	Professionalität	Aspekte der professionellen Identität mit Einfluss auf die Zusammenarbeit
	Arbeit im Team	Einfluss des Umgangs miteinander und spezielle Bereiche mit Einfluss auf die Zusammenarbeit
	Aus- und Fortbildung	Einfluss von Aus- und Weiterbildungen auf die Zusammenarbeit
Kommunikation	Strukturelle Anforderungen	Voraussetzungen für Kommunikation und Strukturen, die Kommunikation ermöglichen
	Potentiale	Mögliche und erlebte Fähigkeiten der Kommunikation
	Limitationen	Mögliche und erlebte Grenzen der Kommunikation
Gesundheits-systemassoziierte Faktoren	Organisatorische Strukturen	Beeinflussung der Zusammenarbeit durch strukturelle Gegebenheiten des Gesundheitssystems
	Demographischer Wandel	Beeinflussung der Zusammenarbeit durch den demographischen Wandel
	Zeit	Beeinflussung der Zusammenarbeit durch zeitliche Faktoren
	Ökonomische Aspekte	Beeinflussung der Zusammenarbeit durch wirtschaftliche Faktoren
	Akademisierung	Chancen und Hoffnungen neuer Ausbildungsstrukturen bezüglich der Zusammenarbeit

Beeinflussung interprofessioneller Dynamiken durch Komplementärmedizin	Stellung der Komplementärmedizin	Einstellungen zu und Verortung der Komplementärmedizin mit Einfluss auf die Zusammenarbeit
	Aus- und Fortbildung	Gründe für und Chancen der komplementärmedizinischen Aus- oder Weiterbildung
	Evidenz	Forschung und wissenschaftliches Arbeiten in der Komplementärmedizin

3.1.3.1 Professionsspezifische Aspekte

In dieser Kategorie wurden professionsspezifische Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit beleuchtet. Es ergaben sich drei induktiv gebildete Unterkategorien. Die Einordnung der Zitate zu den Unterkategorien Professionalität und Arbeit im Team orientierten sich an den CanMEDS- Rollen des Professionals und Collaborators [137].

Professionalität

Unter der Überschrift Professionalität thematisierten Befragte Aspekte der professionellen Identität mit Einfluss auf die Zusammenarbeit. Es sei wichtig, sein eigenes Selbstverständnis zu reflektieren und Selbstbewusstsein aus der eigenen Profession zu generieren. Hierfür benötige es neben Motivation und Engagement vor allem fundiertes Fachwissen. Gleichzeitig müsse Wissen über die Kompetenzen der anderen Professionen vorhanden sein, und diese Kompetenzen auch zugetraut und anerkannt werden. In dem Zusammenhang wurde auf die Wichtigkeit von Interesse an anderen Professionen sowie daran gekoppelte Wertschätzung und Verständnis hingewiesen.

Weitere persönliche Merkmale mit Einfluss auf die Zusammenarbeit waren Offenheit, Vorbilder, zu denen aufgesehen werden könne, und die Fähigkeit seine eigene Meinung klar und authentisch zu vertreten. Befragte erwähnten diesbezüglich die Wichtigkeit von Eigeninitiative und Proaktivität. Daher sei

Zusammenarbeit immer individuell und personenabhängig, Nonkonformisten gebe es überall.

„Aber das Verständnis aneinander und das Kennen und Schätzenlernen von Fähigkeiten, die ich nicht habe, die ich aber auch gar nicht haben möchte vielleicht. Aber ich weiß, wer es kann. Und halt auch die Wertschätzung, in Form von dessen, was gemacht wurde. Dass ich diese Berufsgruppe nicht nur als willfährige Ausführungsgehilfen, wie das ja so gerne auch genannt wird, sondern dass sie auch wirklich ein fester essentieller Bestandteil sind, und zwar aufgrund ihrer Fähigkeiten“ (ET2).

Als Barrieren der Zusammenarbeit wurden fehlende Sozialkompetenz und fehlende Berührungspunkte zwischen den Berufsgruppen genannt. Teilnehmende beschrieben eine enge Verzahnung von Berufsgruppen wie Pflege und Physiotherapie, die Mediziner*innen oftmals exkludierte. Zudem gebe es besondere Hindernisse in der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen: Je länger diese im Beruf und je höhergestellt sie seien, desto weiter würden sie sich von den anderen Berufsgruppen entfernen. Ein Desinteresse an Informationen von anderen Berufsgruppen sowie ein Unwille ärztlicherseits Arbeitsaufträge zu teilen oder abzugeben, behindere weiter die Zusammenarbeit. Bezüglich Berufsanfänger*innen wurde auf die Wichtigkeit einer guten Anleitung und Supervision hingewiesen und Probleme mit der derzeit herrschenden Praxis, von Assistenzärzt*innen zu lernen, benannt.

*„Wo es dann letztlich immer oft hakt, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Mediziner*innen. Also da hakt es oft, wo sich die Psycholog*innen, die Pflege und die Physiotherapie relativ einig sind vom Zustand des Patienten, hakt es oft sozusagen im Verständnis bei den Mediziner*innen, die das dann doch ganz anders bewerten und anders sehen. Also es wird oft zwischendurch mal nachgefragt, aber es wird eigentlich nicht wirklich mit in die Therapie mit einbezogen“ (FT9).*

Patientenzentrierung wurde als weiterer Punkt hervorgehoben. Teilnehmende betitelten das Bewusstsein eines gemeinsamen Ziels und die gemeinsame Zielsetzung als förderlich für die Zusammenarbeit. Eine erhöhte Patientenzufriedenheit wurde als Motivation für die interprofessionelle Zusammenarbeit gesehen. Dafür müsse gleichberechtigt und gemeinsam mit Patient*innen zusammengearbeitet werden. Schwierigkeiten in der Realisierung dieses patientenzentrierten Arbeitens wurden gesehen in der hohen Arbeitsbelastung, die es erschwere, jedem Patienten/jeder Patientin gerecht zu werden. Außerdem in dem Wesen unserer Leitlinienmedizin, die es durch die vielen Negationen erschwere, einen positiv formulierten Behandlungsplan an Patient*innen zu vermitteln. Empathisches Eingehen auf Patient*innen wurde vor allem der Gesundheits- und Krankenpflege zugeschrieben, welche den meisten Bezug zu Patient*innen habe.

„Die konventionellen Therapieberufe, mit denen wir so schön im Krankenhaus tagtäglich zusammenarbeiten, gehören [...] an einen gemeinsamen Tisch und jeder trägt für die Versorgung des Patienten seinen Anteil dazu bei. Und es gibt kein höherwertig oder minderwertig. Es gibt ein gleichberechtigt, wenn alle gemeinsam sich um das Wohl des Patienten kümmern und keiner jetzt ein Alphanimal meint sein zu müssen“ (ET4).

Arbeit im Team

Die Unterkategorie Arbeit im Team umfasste den Einfluss des Umgangs miteinander und der gegenseitigen Beziehungen auf die Zusammenarbeit. Teilnehmende betonten die Wichtigkeit von Vertrauen, und den entscheidenden Einfluss einer guten Fehlerkultur darauf. Jedes Gruppenmitglied müsse Fehler machen dürfen, und diese sollten miteinander besprochen werden.

Innerhalb bestimmter Bereiche, wie der Psychiatrie, Geriatrie, Palliativmedizin und Rehabilitationsbehandlung gebe es funktionierende interdisziplinäre und interprofessionelle Abstimmungen, in anderen Bereichen fehlten diese oft. Insbesondere die Arbeit mit schwer kranken Patient*innen erfordere eine besondere Sensibilität im Umgang miteinander. Im ambulanten Bereich helfe im Übrigen eine Kenntnis der Partner zur guten Zusammenarbeit.

„Dass man offen miteinander Inhalte thematisiert und ehrlich miteinander ist. Also man muss gemeinsam arbeiten, um das beste Ziel zu erreichen - und als Team zu bestehen. Um als Team zu bestehen, ist es wichtig, miteinander auch Schwierigkeiten zu besprechen. Das geht gar nicht anders“ (ET1).

In diesem Zusammenhang genannte emotionale Faktoren wie Skepsis und Antipathien gegenüber Teammitgliedern oder gesamten anderen Berufsgruppen, hohe Belastungen und Frustration, ein respektloser Umgang miteinander sowie eingefahrene Meinungen fungierten als Barrieren der Zusammenarbeit. Zudem könnten negative Erfahrungen im praktischen Setting die vorherige Motivation für Zusammenarbeit schmälern und zur Kapitulation führen.

„Ich sehe in der Ausbildung [...], dass viel Interesse und Neugierde da ist und auch Willen was zu machen. Aber dann gibt es die ersten Praktikumserfahrungen auf den Stationen. Dann kommen die Dämpfer: ‚Ja, das habe ich ja ganz anders erlebt.‘ Und: ‚Wie soll ich, als kleines Licht, mich dagegen wehren?‘“ (FT5).

Aus- und Fortbildung

In der Unterkategorie Aus- und Fortbildung wurde gemeinsames Lernen als Befähiger der Zusammenarbeit betont. Interprofessionelle Lehrmodule würden das Bewusstsein eines gemeinsamen Ziels stärken. Weiterhin würden sie Professionen einander näherbringen, die Kenntnis über andere Professionen verbessern und helfen, Skepsis oder Antipathien gegenüber Berufsgruppen abzubauen. Je früher in der Ausbildung dieser interprofessionelle Diskurs angeregt würde, desto selbstverständlicher sei nachher die praktische Ausführung. Insbesondere für Ärzt*innen, die im Endeffekt für Anordnungen zuständig seien, sei es wichtig, die Kompetenzen der anderen Professionen zu kennen und zu wissen, was sie selbst leisten müssen, um die anderen Professionen zur effizienten Arbeit zu befähigen. Zudem seien Kommunikation und die Fähigkeit, seine eigene Meinung klar zu vertreten, zu erlernen.

„Diese Komponente: gemeinsames Lernen, dass sie sozusagen von Anfang an merken: ‚Aha, wir sitzen hier zusammen an einem Tisch, weil wir an einem Projekt Patient/Mensch arbeiten‘. Dass das dadurch eben auch schon von Anfang an geschult wird, sie nehmen es sozusagen aus der Schule mit“ (FT2).

3.1.3.2 Kommunikation

In dieser Kategorie befassten sich die Teilnehmenden mit Aspekten der Zusammenarbeit, die der Kommunikation zuzuordnen sind. Die Hauptkategorie entstand in Anlehnung an die CanMEDS-Rolle des Communicators [137]. Drei induktiv entwickelte Unterkategorien dienen der folgenden Ergebnisdarstellung als Rahmen.

Strukturelle Anforderungen

Teilnehmende diskutierten strukturelle Anforderungen an eine funktionierende Kommunikation. Feste Rahmen für Kommunikation müssten von der Unternehmensführung als Qualitätsmerkmal festgelegt und im Voraus geplant werden.

Standards in der Gesprächsführung innerhalb des normalen stationären Betriebs seien nicht vorhanden. In diesem Zusammenhang wurden Gesundheitskarten, Praxisnetze, Sozialvisiten, Tumorboards und Heilmittelgesetze als kommunikationsermöglichende Strukturen genannt. Kommunikationsabläufe könnten durch einen festen Ansprechpartner vereinfacht werden. Es kam der Wunsch nach täglichen multiprofessionellen Visiten auf, die oftmals lange Wege von Einzelabsprachen reduzieren könnten. Im ambulanten Setting beruhe die Kommunikation auf Verordnungen.

Wiederholt wurde darauf hingewiesen, dass ein persönlicher Kontakt vielmals zielführender sei als eine elektronische Kommunikation über E-Mails. Teilnehmende diskutierten die Standards innerhalb der Dokumentationspflichten. Während diese als wichtig für einen reibungslosen klinischen Alltag anerkannt wurden, wurde andererseits angemerkt, Dokumentationspflichten könnten zur Reduktion verbaler Kommunikation beitragen, da nur noch über die Patientenakte kommuniziert würde.

„Das heißt, man muss sagen: Zu unseren Qualitätsmerkmalen gehört eine tägliche Diskussionsrunde mit allen Beteiligten, auch so was muss man üben, dass das eben nicht vier Stunden Besprechung über alles wird, sondern eben kurz, konzise ..., dass dieselben Begriffe auch verstanden werden. - Und dann, denke ich, kommt diese Zufriedenheit rein, aber es muss von vornerein geplant werden. Und nicht als ein Ergebnis einer zufällig zustande gekommenen Konstellation beklatscht werden oder das Gegenteil eben betrauert werden. Das muss von oben gewollt werden“ (FT5).

Potentiale

Teilnehmende benannten mehrere Potentiale der Kommunikation. Kommunikation sei essentiell zur Informationsvermittlung, Aufgabenverteilung und Verbesserung der Abläufe. Zudem stärke die Kommunikation mit und über Patient*innen das Bewusstsein eines gemeinsamen Ziels. Durch funktionierende Kommunikation könne Verständnis für Teamkolleg*innen und ihre jeweiligen Berufe

aufgebaut werden. Hierbei komme es auf ein aktives Zuhören und eine signalisierte Zugewandtheit an. Das explizite Ansprechen von Herausforderungen innerhalb der Zusammenarbeit könne diese verbessern. Es sei hilfreich sich bei neuen Kolleg*innen selbst vorzustellen, da ein gegenseitiges Kennenlernen die mit der Kommunikation assoziierte Scheu reduziere.

Kommunikation könne durch optimierte Abstimmung im Team zu einer Zeiterparnis und kürzerer Liegedauer der Patient*innen beitragen. Dies schaffe Zufriedenheit und eine Verbesserung für Patient*innen. Hierfür seien Kommunikationsfähigkeiten, wie effizientes, auf den Punkt gebrachtes Reden sowie eine direkte Kommunikation hilfreich.

„Und damit man nicht gegeneinander, sondern miteinander für den Patienten arbeitet, denke ich, ist das eigentlich das Mittel der Wahl, dass man miteinander spricht über den Patienten“ (FT1).

Limitationen

Limitationen der Kommunikation waren für die Teilnehmenden fehlende Rücksprachen, ausbleibende Therapieberichte und unbekannte Leistungserbringer im ambulanten Setting. Es fehle Motivation und Zeit, den Weg der Kommunikation zu wählen. Problematiken im normalen Stationsalltag könnten die Kommunikation behindern. Wenn Kommunikation stattfände, sei diese oft ineffektiv und bestünde nur aus Vorwürfen und einem Aneinander-Vorbeireden, ein Weiterkommen sei dann unmöglich. Während Pflege und Physiotherapie sich über Patient*innen austauschten, seien Ärzt*innen an diesen Gesprächen selten beteiligt. Ein Bedürfnis nach mehr Rücksprache zwischen Therapeut*innen und der Pflege wurde deutlich. Kommunikation fände häufig nur auf der Ebene der Fakten statt: Der Patient würde als Objekt gesehen und Zwischenmenschliches bleibe auf der Strecke.

„Man kann ja auch mal so sehen, wegen der Kommunikation, weil das halt ein wichtiges Thema ist. Man kann sich ja auch dahinter verstecken. Also in Kommunikation nicht mit Patienten zu gehen, sondern nur über Fakten zu sprechen, weil das sind Zahlen. So, aber die andere Kommunikation, also hat ja verschiedene Ebenen. Und dann wäre es, vor allem in der Onkologie, auch ein Bereich, wo ich auf eine andere Ebene gehe und plötzlich meine Fakten verlasse. So und das ist natürlich einfacher, sich dahinter zu verstecken, als einfach mal zwei drei nette Worte zu sagen“ (FT6).

3.1.3.3 Gesundheitssystemassoziierte Faktoren

In dieser Hauptkategorie diskutierten Teilnehmende förderliche und hinderliche Faktoren der Zusammenarbeit, die durch gesundheitssystemassoziierte Faktoren resultierten. Es ergaben sich fünf induktiv entwickelte Unterkategorien.

Organisatorische Strukturen

Unter organisatorischen Strukturen wurden unter anderem Probleme mit Sektorengrenzen vom stationären zum ambulanten Setting benannt. Die zwei Systeme seien nicht kompatibel und die unterschiedliche Finanzierung behindere die Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinweg. Die Zusammenarbeit im ambulanten Bereich sei generell schwieriger, da immer nur wenige Teammitglieder gleichzeitig vor Ort seien.

Die Zielsetzung einer Organisation müsse geklärt sein, um eine gute Zusammenarbeit zu befähigen. Hierbei behindere eine konträr zur Praxis agierende Führungsebene den Fortschritt und die Zusammenarbeit. Teilnehmende sahen Probleme mit der generellen Verschreibungspflicht durch Ärzt*innen und würden eine Umverteilung der Kompetenzen begrüßen. Positive Beispiele dafür wurden im europäischen Ausland, wie der Niederlande oder Dänemark, gesehen. Deutschlands vergleichsweise hohe Bevölkerungsanzahl wurde als Erklärung für den nur langsamen Fortschritt angeführt. Als weitere Barriere interprofessioneller Zusammenarbeit wurden in diesem Zusammenhang tradierte und starre Hierarchien in der Klinik beschrieben, welche Fortschritt verhinderten. Gleichzeitig brauche es

einen Anführer: Eine gemeinschaftliche Behandlung von Patient*innen könne durch verschiedene Prioritäten der einzelnen Berufsgruppen zu Problemen führen. Zudem wurde das jetzige Gesundheitssystem als verkomplizierender Faktor der interprofessionellen Zusammenarbeit beschrieben. Patient*innen, die nicht in ein gewisses Schema passten und beispielsweise in interdisziplinären Veranstaltungen wie Tumorboards besprochen würden, fielen einfach durch das Raster und würden durch das System nicht aufgefangen.

„Starre Hierarchien in der Klinik, das ist - also, es ist schon ganz spannend. [...] Also die Hierarchie in der Klinik ist ja einfach, das kennen Sie ja auch, ist ja doch noch sehr starr“ (ET3).

Zeit

Während Teilnehmende einerseits die Wichtigkeit eines guten Zeitmanagements beschrieben, wurde repetitiv auch die Problematik fehlender Zeit angesprochen. Insbesondere ärztlicherseits herrsche ein großer Zeitdruck. Bei großen Stationen in der Klinik sei es zeitlich unmöglich über jeden einzelnen Patienten/jede einzelne Patientin zu sprechen oder interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. Reden koste Zeit, die dann später in der Patientenversorgung fehle. Im Gegensatz dazu sei im ambulanten Setting mehr Zeit für Patienten vorhanden.

„Das ist dann schon wirklich, der Faktor Zeit spielt, glaube ich, eine ganz große Rolle. Man muss ja dann irgendwie für die Ärzte auch mal eine Lanze brechen. [...] Denen wird es ja auch vorgeschrieben, wie viel Zeit hast du für einen Patienten. Und so und so viele Patienten musst du schaffen. Und dass der da auch unter Druck steht, völlig normal“ (FT8).

Ökonomische Aspekte

Angeführte Gründe für Zeitmangel waren unter ökonomischen Aspekten zu finden: Gewinnmaximierung, kürzere Liegedauer der Patient*innen, fehlende

Vergütung von Zeit, Ressourcenmangel und nicht besetzte Stellen potenzierten zuvor benannte Barrieren der Zusammenarbeit. Des Weiteren hätten Gesundheit und Krankheit durch die Privatisierung des Gesundheitssektors einen anderen Stellenwert erlangt, der ökonomische Druck wachse stetig. Die Implementierung von Veränderungen, die langfristig zu Ersparnissen führen könnten, bedeuteten zunächst einen Kostenaufwand, was als weitere Barriere angesehen wurde.

„Ressourcenmangel, ganz klipp und klar, im Krankenhaus. Das ist ein Riesenproblem [...], wenn die Pflege unterbesetzt ist, wenn nicht genügend erfahrene Therapeuten da sind. [...] Da geht es nicht um das Wohl des Patienten, sondern nur um die Gewinnmaximierung“ (ET4).

Demographischer Wandel

Zudem wurde der demographische Bevölkerungswandel adressiert: Insbesondere die Versorgung multimorbider Patient*innen benötige eine funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit.

„Wobei ja sehr wohl erkannt worden ist, [...] dass das gar nicht mehr so geht mit unseren multimorbiden, immer älter werdenden Patienten. Das schaffen die Ärzte nicht mehr, also wir müssen gemeinsam arbeiten“ (FT2).

Akademisierung

In der Akademisierung verschiedener Gesundheitsberufe sahen die Teilnehmenden Chancen und Hoffnungen für eine bessere Zusammenarbeit.

„Aufgrund dessen, dass mal hier alle Professionen an einem Campus sind, dass dadurch auch ein neues Menschenbild ausgebildet wird. Das heißt aber, dass wir [...] eben auch viele Veranstaltungen gemeinsam haben müssen“ (FT6).

3.1.3.4 Beeinflussung interprofessioneller Dynamiken durch Komplementärmedizin

In dieser Hauptkategorie diskutierten Teilnehmende den Einfluss der Komplementärmedizin auf die Zusammenarbeit. Alle drei Unterkategorien wurden induktiv entwickelt.

Stellung der Komplementärmedizin

Innerhalb der Unterkategorie Stellung der Komplementärmedizin befassten sich Teilnehmende mit verschiedenen Einstellungen zu Komplementärmedizin und deren Einfluss auf die interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Teilnehmenden diskutierten generelle Definitionsprobleme mit den Begriffen der Komplementär- und Schulmedizin. Wiederholt wurde als Alternative für Komplementärmedizin der Begriff der Integrativen oder Inklusiven Medizin genannt. Dieser berücksichtige die Verbindung konventioneller und komplementärer Verfahren. Demgegenüber würde der Begriff der Schulmedizin als Gegensatz zur Komplementärmedizin der konventionellen Medizin ihre ganzheitliche Behandlungsweise absprechen.

„Und deshalb stehe ich auch so auf diesen Begriff Integrative Medizin, weil ich finde, das ist [...] ein Strauß von therapeutischen Möglichkeiten, den man hat. Und der ist einfach besser, wenn er größer ist“ (ET7).

Bezüglich unterschiedlicher Einstellungen teilten Teilnehmende Kollege*innen professionsunabhängig in drei Gruppen ein: erstens ins „schulmedizinische Hardliner“ (FT7), die komplementärmedizinische Verfahren vehement ablehnten

und Patient*innen entsprechend beeinflussen würden. Zweitens in Personen, die der Komplementärmedizin gegenüber eher desinteressiert seien, aber andere Kolleg*innen in ihrem Tun nicht behinderten. Als dritte Gruppe wurden die Kolleg*innen genannt, die *„komplementärmedizinisch ausgebildet sind oder mindestens schon mal auch guten oder positiven Kontakt dazu bekommen haben“* (FT7). Diese unterschiedlichen, häufig als dogmatisch betitelten Einstellungen zu komplementärmedizinischen Verfahren fungierten laut Teilnehmenden als Barriere interprofessioneller Zusammenarbeit, zumal vor allem die ersten beiden Gruppen in der Klinik dominieren würden. Angehörige aus Physiotherapie und Pflege wurden generell als offener gegenüber unkonventionellen Therapien beschrieben, wohingegen Mediziner*innen sich eher an Evidenzbasiertes halten würden. Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit entstünden insbesondere, wenn ärztliches Personal zur erstgenannten Gruppe gehöre, da die Anordnungen der Therapien in ärztlicher Hand seien, auch wenn deren Inhalt außerhalb ihres Kompetenzbereichs liege.

„Dass viele auch sehr abblocken und sagen ‚Nein, also wenn wir das mit Schulmedizin nicht hinbekommen, dann bekommen wir das gar nicht hin“ (ET5).

Teilnehmende verorteten Komplementärmedizin außerhalb der Wissenschaft und folgerten daraus, dass diese sich keine Fehler erlauben könne, um nicht in Verruf zu geraten. Vielen sei die Reglementierung komplementärmedizinischer Zusatzbezeichnungen und Ausbildungen nicht bewusst, weshalb diese nicht im gleichen Maße wie konventionelle Weiterbildungen anerkannt würden. Weiterhin wurde die Wichtigkeit eines professionellen Auftretens innerhalb der Komplementärmedizin abgeleitet, um Kompetenzen zu beweisen und gleichberechtigt Therapien einleiten zu können.

„Ich glaube auch gerade in der Komplementärmedizin ist es wichtig, genauso professionell wie in anderen Arbeitsbereichen aufzutreten. Vielleicht sogar noch mehr, weil es vielfach unterschätzt wird“ (FT5).

Teilnehmende berichteten weiterhin über eine teils unreflektierte, unkontrollierte Anwendung komplementärmedizinischer Verfahren, ohne Absprache mit dem jeweiligen ärztlichen Behandler. Verfahren würden in Wirkung und Nebenwirkung oft unterschätzt. Demgegenüber gebe es auch ärztlicherseits Verbote zur Durchführung komplementärer Verfahren. Generell wurde die Wichtigkeit der interprofessionellen Absprache zwischen Ärzt*innen, Apotheker*innen und Pflegepersonal betont, damit eine Ergänzung der verschiedenen Kompetenzen der Teammitglieder ermöglicht würde. Bezüglich des Stellenwerts verschiedener Professionen wurde die Gesundheits- und Krankenpflege in der anthroposophischen Medizin als höhergestellt angesehen. Während ein Teilnehmender einen offenen Umgang bezüglich Komplementärmedizin lobte, wurden auch eine generelle Skepsis und Misstrauen benannt, welche durch aktuelle mediale Diffamierungen weiter verstärkt würden.

Des Weiteren wurden aus der Stellung der Komplementärmedizin resultierende Problematiken angesichts der Patientenversorgung adressiert. Verbote ärztlicherseits bezüglich adjuvanter komplementärmedizinischer Verfahren setzten Patient*innen unter Druck. Teilnehmende sahen eine scharfe Trennung konventioneller und komplementärer Medizin bei Patient*innen und attestierten ihnen Schwierigkeiten bei der Integration dieser Verfahren. Dies führe zu einer Verschwiegenheit der Patient*innen bei eigenständiger Anwendung von Verfahren, was wiederum die interprofessionelle Zusammenarbeit erschwere.

„Ja meistens, verschweigen die Patienten so etwas auch. Also gerade so die älteren Patienten, habe ich so feststellen können. Wenn man mal ein bisschen näher darauf eingeht und die das Vertrauen langsam aufbauen, dann heißt es auch: ‚Ja, ich mache Quarkwickel oder den Umschlag‘, ‚Ich nehme das Kraut, die Kräuter, den Tee“ (FT13).

Aus- und Fortbildung

Der Punkt Aus- und Fortbildung befasst sich entsprechend der hohen Nachfrage durch Patient*innen mit der Wichtigkeit eines zumindest umrissartigen Wissens

über Komplementärmedizin und den Chancen der komplementärmedizinischen Ausbildung. Der Wunsch nach verpflichtendem Kontakt zu Komplementärmedizin in der Grundausbildung verschiedener Gesundheitsberufe wurde adressiert. Hierbei sollte der Fokus auf einer Orientierung über Rahmenbedingungen und der Vermittlung von Ideen über verschiedene Praktiken liegen. Mehrere Teilnehmende beklagten die komplette Abwesenheit komplementärmedizinischer Anteile in ihrer damaligen Ausbildung und betitelten dies als antiquiert. Fundierte Aus- und Fortbildungen für alle Professionen könnten dazu beitragen, die Subjektivität der Komplementärmedizin zu reduzieren und eine objektive Betrachtungsweise zu fördern. Somit könnte die emotionale Komponente in dem Diskurs über Komplementärmedizin verringert werden.

Die Anwendung komplementärmedizinischer Verfahren gehe mit einer hohen Verantwortung einher und sollte nicht ohne Schulung passieren. Für Anwender*innen seien fundierte Aus- und Weiterbildungen daher wichtig, um die Wirksamkeit angewandter Verfahren zu erhöhen und Gefahren zu minimieren. Die Voraussetzungen zur Anwendung variierten je nach Profession und es wurde auf die Gefahren einer oberflächlichen oder qualitativ minderwertigen Ausbildung, beispielsweise bei Heilpraktiker*innen, hingewiesen.

Als ein Lösungsansatz für bessere interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb der Komplementärmedizin wurde die Selbsterfahrung diskutiert. Bevor Verfahren für Patient*innen angeboten würden, könne das ganze Team eben jene Verfahren untereinander ausprobieren. So könnten Vorurteile abgebaut und gleichzeitig der Zusammenhalt im Team gestärkt werden.

„Deshalb lohnt sich das, denen zumindest umrissartig zu sagen, welche Arten der Komplementärmedizin überhaupt da sind, wie sie einzuschätzen sind, wie man diese komplementärmedizinischen Verfahren durch eine Zweit- oder Drittmeinung hinterfragen kann, ohne unbedingt jetzt direkt diese Verfahren im Rahmen der Ausbildung zu lehren. Mehr eine Orientierung über den Rahmen zu gehen“ (FT5).

Evidenz

Unter Evidenz diskutierten Teilnehmende den Stand der Forschung und wissenschaftliches Arbeiten in der Komplementärmedizin. Fehlende Evidenz würden den Diskurs auf einer wissenschaftlichen Ebene erschweren und reine Erfahrungswerte würden ärztlicherseits nicht akzeptiert. Zudem würden komplementärmedizinische Studien nicht viel Anerkennung erhalten. Oftmals stecke die Forschung noch in den Anfängen, es fehle insbesondere im ambulanten Sektor an Zeit.

Komplementärmedizinische Verfahren würden von Evidenzstärkung profitieren, um nach denselben Prinzipien wie die konventionelle Medizin agieren zu können. Zusätzlich könnte die Anwendung komplementärmedizinischer Verfahren im Rahmen von Studien die Finanzierung dieser erleichtern.

„Also ich, für mich persönlich war das mein Weg in, so ein bisschen, in das wissenschaftliche Arbeiten. Weil ich dann eine Nomenklatur bediene, die von den Ärzten sofort verstanden wird und darauf sind die trainiert“ (FT2).

3.1.4 Komplementärmedizin

Entsprechend der ersten Leitfrage wurden in diesem Themenbereich Vorstellungen, Erfahrungen und Meinungen der Teilnehmenden zu komplementärmedizinischen Verfahren im beruflichen Alltag diskutiert. Die Hauptkategorie entstand deduktiv aus dem Leitfaden, die drei Unterkategorien wurden induktiv entwickelt. Der Kodierleitfaden dieses Themenbereichs ist in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Kodierleitfaden Komplementärmedizin

Hauptkategorie	Unterkategorie	Definition
Stellenwert komplementär- medizinischer Verfahren im Beruf	Patientenperspektive	Bedeutung von Komplementärmedizin für Patient*innen
	Anwenderperspektive	Bedeutung von Komplementärmedizin für Anwender*innen
	Versorgung	Umsetzung und Finanzia- rung komplementärmedizi- nischer Angebote in verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems

3.1.4.1 Stellenwert komplementärmedizinischer Verfahren im Beruf

Die Hauptkategorie umfasst die Vorstellungen, Erfahrungen und Meinungen der Teilnehmenden zu komplementärmedizinischen Verfahren im beruflichen Alltag. Es ergaben sich drei induktiv entwickelte Unterkategorien.

Patientenperspektive

Die Unterkategorie Patientenperspektive fokussiert die Bedeutung der Komplementärmedizin für Patient*innen. Es herrsche eine hohe Nachfrage insbesondere nach sanften und nebenwirkungsarmen Therapien. Hierbei sei der Weg der Wirkungserreichung teils wichtiger als die tatsächliche Wirkung. Der Wunsch nach umfassender Beratung zu komplementärmedizinischen Themen wurde betont. Als Hauptantriebsgrund hierfür wurde die Hoffnung auf Verbesserung der eigenen Symptome genannt, nachdem die Methoden der konventionellen Medizin keine ausreichende Besserung erzielt hätten. Patient*innen und Angehörige seien dankbar, zusätzlich selbst tätig werden zu können. Vor allem das ältere Patientenkontinuum sei komplementärmedizinischen Verfahren gegenüber aufgeschlossen.

„Man kann also sagen, das geht dann so in die 'sanfte Medizin'. Also irgendwie gibt es so eine romantische Verklärung dazu und dass es gar nicht um die Wirkung geht, sondern auch wie eine Wirkung erzielt wird. Und die sollte möglichst sanft sein“ (FT11).

Anwenderperspektive

Innerhalb der Unterkategorie Anwenderperspektive diskutierten die Teilnehmenden die Bedeutung der Komplementärmedizin für Anwender*innen. Mehrere Teilnehmende beschrieben die Komplementärmedizin und die zugehörige Erweiterung ihrer Angebote als Bereicherung für ihren beruflichen Alltag. Naturheilkunde und Schulmedizin seien für sie untrennbar verknüpft. Einige Bereiche würden ein großes Spektrum und viele Optionen für die Behandlung bieten, insbesondere Erkrankungen aus dem funktionellen Formenkreis und als adjuvante Therapien. Das Ausmaß der Anwendung komplementärmedizinischer Verfahren hänge immer vom Behandler und seinen/ihren Weiterbildungen ab und erfordere stets vorheriges Nachdenken. Die ganzheitliche Sichtweise auf Patient*innen und die Berücksichtigung der Patientenwünsche wurde betont und in dem Zusammenhang über die Korrelation von sanfter Medizin und einem empathischen Behandler diskutiert. Teilnehmende berichteten von guten Erfahrungen damit, Patient*innen etwas Zusätzliches mit auf den Weg zu geben. Für einige Teilnehmende aus dem Bereich der Physiotherapie und der Schmerztherapie erschienen die Grenzen zwischen Komplementärmedizin und konventioneller Medizin fließend. Teilnehmende aus der Gesundheits- und Krankenpflege sahen auch in ihrer Berufsgruppe viele Aspekte der Komplementär- und Erfahrungsmedizin.

„Mein Leben wäre ärmer, wenn ich nicht noch etwas anderes könnte, außer Schulmedizin, das muss ich einfach wirklich sagen. [...] Und ich finde es großartig, die Option zu haben“ (ET7).

Versorgung

Die Unterkategorie Versorgung untersucht weiterführend den differierenden Stellenwert sowie die Umsetzung und Finanzierung komplementärmedizinischer

Verfahren in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitssystems. In der Akutversorgung brauche es vor allem Verfahren mit Wirksamkeitsbelegen, wohingegen es Bereiche und Berufe gebe, die offener für komplementärmedizinische Verfahren seien. So könne man in der Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Onkologie und Palliativmedizin sowie in der Pflege vermehrt auf Komplementärmedizin zurückgreifen. Teilnehmende benannten eine Vielzahl angewandter Verfahren. Hierzu wurden Herausforderungen in der Umsetzung und Finanzierung diskutiert. Die Anwendung vieler Verfahren liege bei der Pflege, welche jedoch ohne ärztliche Verordnung oftmals nicht handlungsfähig sei. An anderer Stelle wurde wiederum von einer autark agierenden Pflege berichtet. Verfahren seien nur selten als Standards verankert und die Konzepte in der Klinik würden es fast unmöglich machen, komplementärmedizinische Verfahren zu integrieren. Mangels Finanzierung würden zudem Materialien zur Umsetzung fehlen. Materialien seien oftmals nicht abrechenbar, weshalb einige Bereiche Angehörige für die Beschaffung der Materialien bemühten. Diesbezüglich wurde auch auf den Einfluss der Führungsebene hingewiesen: verantwortliche Ober- oder Chefärzt*innen könnten die Barrieren der Besorgung benötigter Materialien abhängig von der eigenen Einstellung entweder umgehen oder verstärken. Im ambulanten Sektor könnten komplementärmedizinische Verfahren meist als Selbstzahlerleistungen abgerechnet werden, jedoch fehle hier im Praxisalltag ohne vorherige Terminabsprache oftmals die Zeit.

„Das heißt, das sind völlig andere Aufgabengebiete, die [...] gewinnorientiert sind, auch renditeorientiert sind, in vielen Bereichen. Und da passt dann ein, ich sage mal, sozial romantisches Konzept, wie eine ganzheitliche Behandlung, ja gar nicht so richtig gut rein. Da muss man schon auch irgendwie anders strukturieren, um das dann auch wirklich hinzukriegen“ (FT10).

3.2 Quantitative Ergebnisse

Die quantitative Ergebnisdarstellung erfolgt zunächst deskriptiv analog zu der qualitativen. Da die Erhebung der quantitativen Daten auf den qualitativen Ergebnissen basierte, dienen dieselben Themenbereiche als Überschriften.

Im Anschluss an den jeweiligen Themenbereich werden die Subgruppen- und Regressionsanalysen dargestellt. Hierfür wurden die Teilnehmenden entsprechend ihres Geschlechts, ihrer Berufsgruppe, ihres Fachbereichs und der KIM-Anwendung kategorisiert.

3.2.1 Zusammensetzung der Stichprobe

Durch die per E-Mail versendeten Fragebögen konnten 6016 potenzielle Teilnehmende erreicht werden. Insgesamt wurden 220 Umfragen beantwortet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 3,7 %. 63 Fragebögen wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Insgesamt wurden 157 Fragebögen (2,6 %) in die Analysen eingeschlossen. Eine detaillierte Darstellung findet sich in Abbildung 4.

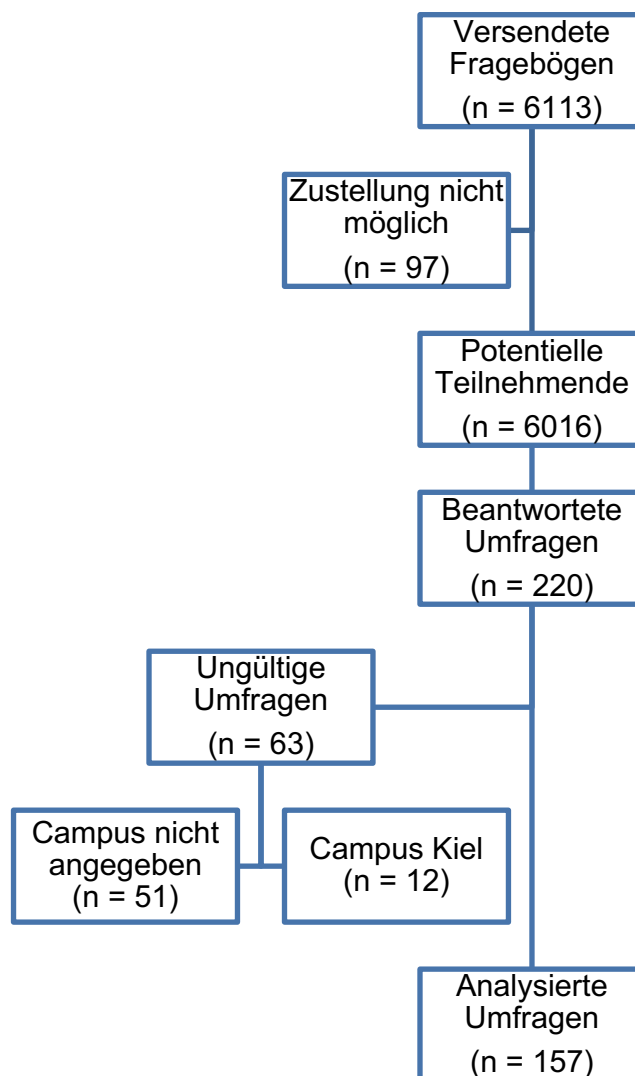


Abbildung 4: Flussdiagramm zur Zusammensetzung der Stichprobe (Quelle: eigene Darstellung)

120 Teilnehmende waren weiblich (77 %). Das Durchschnittsalter betrug 41 Jahre (SD = 11,0) und die durchschnittliche Berufserfahrung 16 Jahre (SD = 11,4). 74 Teilnehmende (47 %) waren Anwender*innen komplementärmedizinischer Verfahren. In der Stichprobe inkludierte Berufe waren 37 % Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (n = 57), 30 % Ärzt*innen (n = 46) und 4 % Physiotherapeut*innen (n = 6). Unter den 27 Teilnehmenden, die eine andere Berufsgruppe angaben, verbargen sich zehn Berufe innerhalb der direkten Patientenversorgung sowie wissenschaftliche, kaufmännische, informationstechnische und verwaltende Berufe außerhalb der Patientenversorgung (n = 17). 154 Teilnehmende machten Angaben zu ihrem Fachbereich, welche teils zu übergeordneten Kategorien zusammengefasst wurden (siehe Tabelle 2). Eine detaillierte Zusammenstellung der soziodemographischen Daten findet sich in Tabelle 6.

Tabelle 6: Soziodemographie der quantitativen Stichprobe*

Charakteristika	Angaben	
Geschlecht, % (n)	Weiblich	76,9 (120)
	Männlich	23,1 (36)
Alter in Jahren, MW	41,4 (SD = 11,0; Min: 19, Max: 64)	
Berufserfahrung in Jahren, MW	16,2 (SD = 11,4; Min: 0, Max: 42)	
KIM-Anwendung, % (n)	Anwendung	47,1 (74)
	Nicht-Anwendung	52,9 (83)
Berufsgruppe, % (n)	Gesundheits- und Krankenpflege	36,8 (57)
	Ärztin/Arzt	29,7 (46)
	Med. Fachangestellte*r	4,5 (7)
	Physiotherapie	3,9 (6)
	Ergotherapie	2,6 (4)
	Psychotherapie	2,6 (4)
	Psychologie	1,3 (2)
	Apotheker*in	1,3 (2)
	Anderer Beruf in der Patientenversorgung	6,5 (10)
	Anderer Beruf in der Wissenschaft, Informationstechnik oder Verwaltung	11,0 (17)
Fachbereich, % (n)	Innere Medizin	14,9 (23)
	Psychiatrie	14,3 (22)
	Anästhesie	11,7 (18)
	Chirurgie	11,7 (18)
	Pädiatrie	11,0 (17)
	Sonstige	36,4 (56)

* n variiert aufgrund fehlender Daten

Die Kategorisierung der Berufe in die drei Gruppen Ärztin/Arzt, Gesundheits- und Krankenpflege³ und Sonstige ist in Tabelle 7 dargestellt. Die sieben Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, die ihren Beruf unter „Andere“ spezifiziert haben, finden sich unter Sonstige wieder. Die Soziodemographie nach Fachbereichen findet sich in Anhang 7.

Tabelle 7: Berufsgruppen kategorisiert (n = 155)

Beruf	Angabe, % (n)
Gesundheits- und Krankenpflege	32,2 (50)
Ärztin/Arzt	29,7 (46)
Sonstige	38,1 (59)

3.2.2 Interprofessionalität

99 % (n = 150) der Befragten stimmten zu, dass Teamarbeit die Qualität der Patientenversorgung verbessere (siehe Abbildung 5).

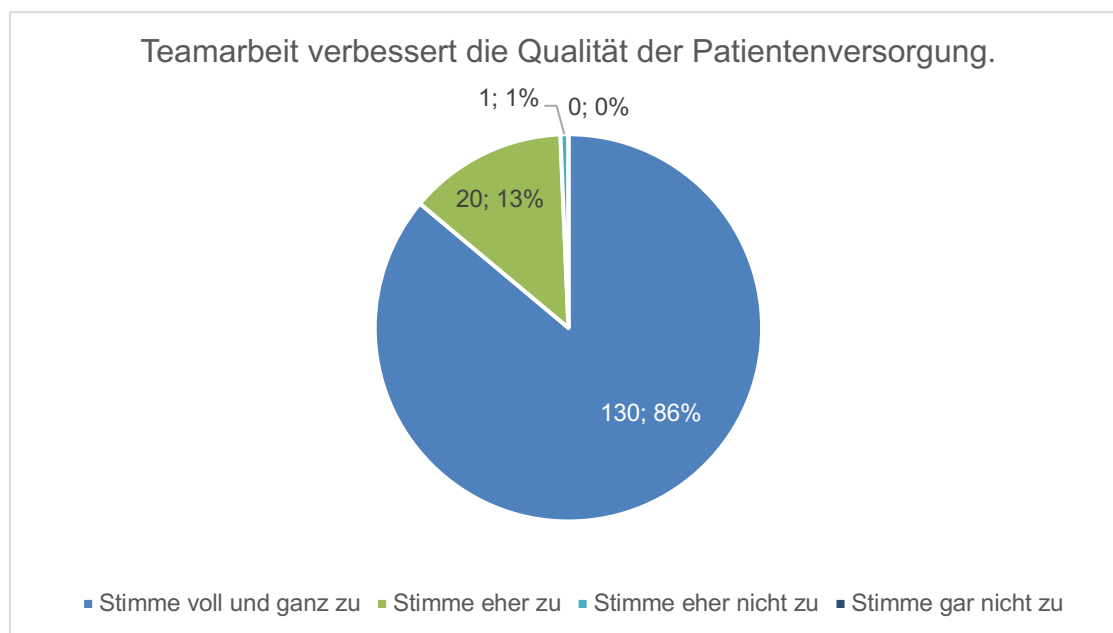


Abbildung 5: Einfluss von Teamarbeit auf die Patientenversorgung (n = 151)

³ In einigen Tabellen ist aus Gründen der Übersichtlichkeit Pflege anstelle von Gesundheits- und Krankenpflege geschrieben.

88 % (n = 133) der Teilnehmenden hielten eine interprofessionelle Zusammenarbeit in komplementärmedizinischen Bereichen für wünschenswert (siehe Abbildung 6).

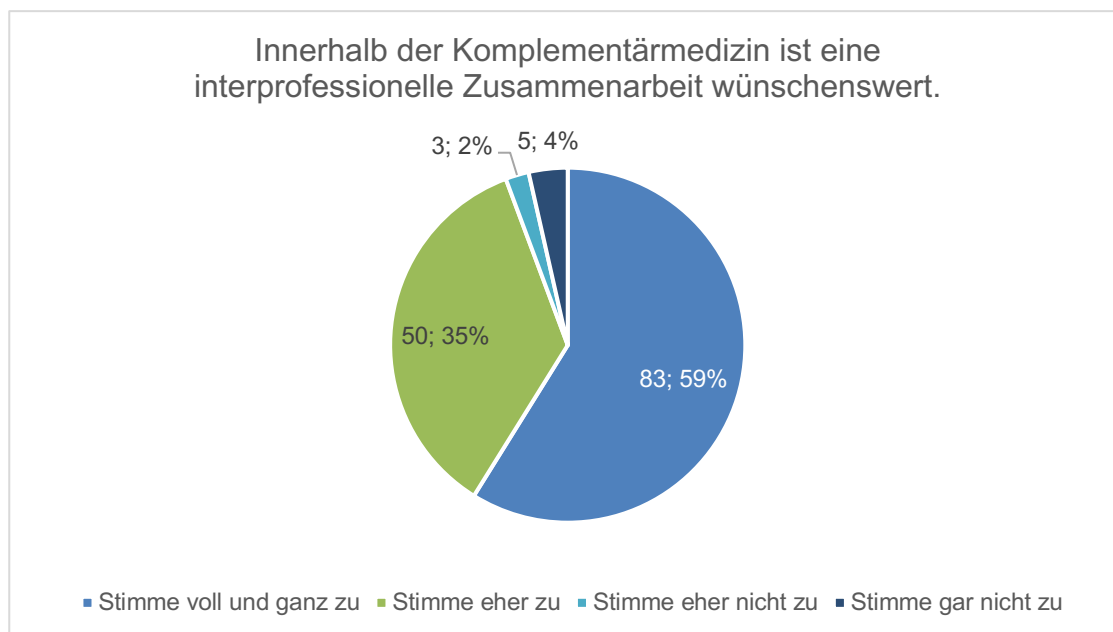


Abbildung 6: Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Komplementärmedizin (n = 141)

Die meistgewählten förderlichen Faktoren der Zusammenarbeit waren interprofessionelle Teambesprechungen (n = 124, 79 %), eine gemeinsame Zielsetzung (n = 121, 77 %) sowie die gegenseitige Wertschätzung (n = 119, 76 %). Zwei Drittel (n = 103) meinten, die Kenntnis über Kompetenzen der anderen Professionen fördere die interprofessionelle Zusammenarbeit. 60 % (n = 94) sahen einen positiven Einfluss evidenzbasierten Arbeitens. Über die Hälfte der Befragten (n = 85) waren der Meinung, eine interprofessionelle Ausbildung würde Studierende zu einer besseren Zusammenarbeit befähigen und jeder Vierte (n = 40) stimmte zu, die Akademisierung von Gesundheitsberufen fördere die Zusammenarbeit. Abbildung 7 zeigt die entsprechenden quantitativen Daten der gesamten Stichprobe.

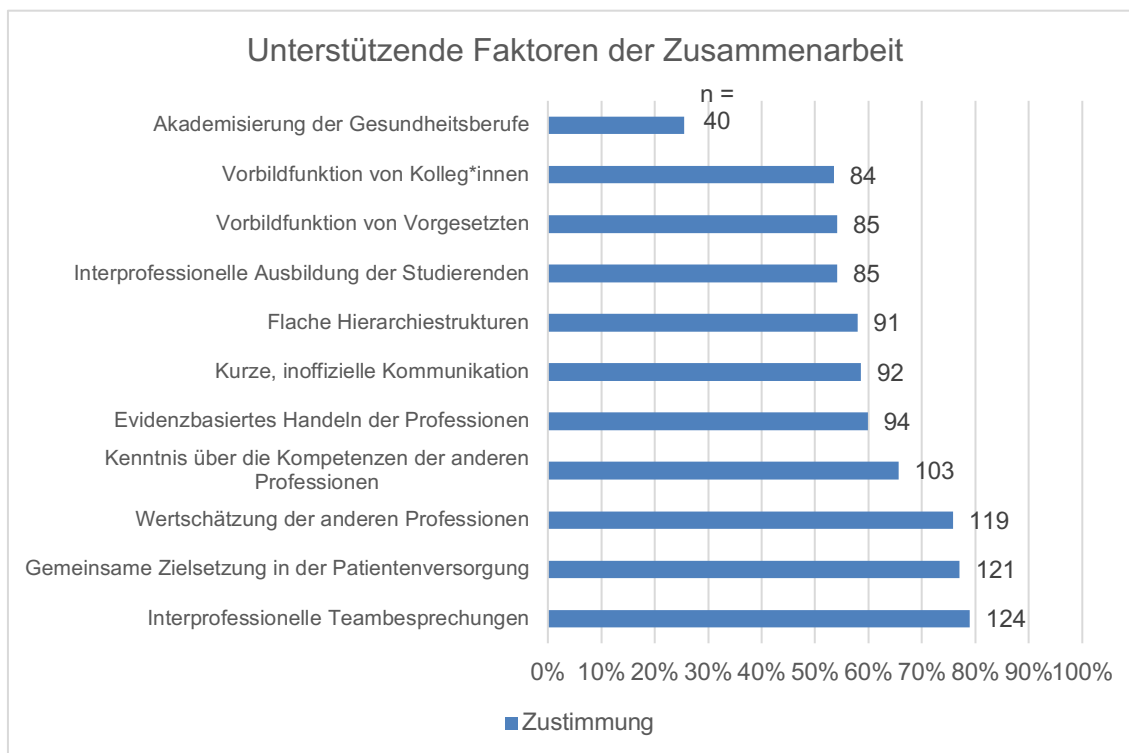


Abbildung 7: Unterstützende Faktoren der Zusammenarbeit (n = 157), Mehrfachantworten möglich

3.2.2.1 Subgruppenanalysen

Subgruppenanalysen zeigten keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Bewertung der IPZ-fördernden Faktoren zwischen KIM-Anwender*innen und Nicht-Anwender*innen.

3.2.2.2 Regressionsanalysen

In mehreren binär logistischen Regressionen konnten hinsichtlich der Bewertung der verschiedenen förderlichen Faktoren der Zusammenarbeit Unterschiede zwischen Berufsgruppen, Fachbereichen, Alter, Berufserfahrung und Geschlecht gezeigt werden. Die Variable KIM-Anwendung zeigte in den Modellen keine signifikanten Unterschiede.

Eine binär logistische Regression konnte einen Einfluss der Variablen Psychiatrie und Ärztin/Arzt auf die Zustimmung, flache Hierarchien begünstigten die Zusammenarbeit, feststellen. Der Bereich Psychiatrie führte zu einer zwölfmal höheren relativen Wahrscheinlichkeit der Aussage zuzustimmen, der Beruf als Ärzt*in zu

einer dreimal höheren Wahrscheinlichkeit. Nagelkerkes R-Quadrat lag bei 0,189 (mittelstarker Effekt nach Cohen). Das Hosmer-Lemeshow Signifikanzniveau lag bei $p = 0,583$.

Die Variablen Alter, Berufserfahrung und Gesundheits- und Krankenpflege beeinflussten die Aussage, die Kenntnis über Kompetenzen der anderen Berufe sei förderlich für die Zusammenarbeit. Pro zusätzlichem Lebensjahr stieg die Wahrscheinlichkeit der Aussage zuzustimmen um 18 %, während sie mit steigender Berufserfahrung um 13 % sank. Angehörige des Pflegeberufs stimmten der Aussage mit einer viermal so hohen Wahrscheinlichkeit zu. Nagelkerkes R-Quadrat lag bei 0,235 (mittelstarker Effekt nach Cohen). Das Hosmer-Lemeshow Signifikanzniveau lag bei $p = 0,843$.

Bezüglich der Aussage, eine gemeinsame Zielsetzung fördere die Zusammenarbeit, ergab das Regressionsmodell einen Einfluss von Geschlecht und dem Pflegeberuf. Ein weibliches Geschlecht führte zu einer dreimal höheren relativen Wahrscheinlichkeit, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen hatten eine neunmal höhere relative Wahrscheinlichkeit für diese Zustimmung. Nagelkerkes R-Quadrat betrug 0,249 (mittelstarker Effekt nach Cohen). Das Hosmer-Lemeshow Signifikanzniveau lag bei $p = 0,721$.

Für die Aussage, evidenzbasiertes Handeln unterstütze die Zusammenarbeit, konnte im Regressionsmodell ein Einfluss von den Berufen Ärztin/Arzt und Gesundheits- und Krankenpflege ermittelt werden. Ärzt*innen stimmten der Aussage viermal eher zu, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen sechsmal eher. Nagelkerkes R-Quadrat war 0,274 (starker Effekt nach Cohen). Das Hosmer-Lemeshow Signifikanzniveau lag bei $p = 0,658$. Die detaillierten Ergebnisse aller binär logistischen Regressionen sind in Anhang 8 dargestellt.

3.2.3 Komplementärmedizin

3.2.3.1 Komplementärmedizinische Verfahren

Bezüglich der Frage nach dem Angebot komplementärmedizinischer Verfahren im jeweiligen Fachbereich wurden am häufigsten Ernährungstherapie/Diätetik ($n = 83, 62 \%$) und Manuelle Therapie/Manuelle Medizin ($n = 76, 56 \%$) genannt. Ebenfalls mit hoher Prozentzahl folgten Entspannungstechniken ($n = 70, 50 \%$),

Aromatherapie (n = 52, 39 %) und Pflanzenheilkunde (n = 38, 29 %). Die Entspannungstechniken hatten dabei die höchste Anwendungsfrequenz mit 8 % (n = 13) der Befragten, die dieses Verfahren mindestens einmal wöchentlich bei Patient*innen anwendeten. Ernährungstherapie und Entspannungstechniken waren die zwei Verfahren, die von den meisten Teilnehmenden (n = 31) unabhängig der Frequenz selbst bei Patient*innen angewandt wurden. Kaum angeboten wurden ausleitende Verfahren (n = 14, 11 %) und Homöopathie (n = 14, 11 %). Detaillierte Angaben können in Anhang 9 eingesehen werden.

Darüber hinaus wurden unter anderen Verfahren Achtsamkeit (n = 3), Akupressur (n = 3), Kinesiotaping (n = 3), Ergotherapie (n = 2), Massagen (n = 2), und mit je einer Nennung Kunst-, Neural- und Bewegungstherapie spezifiziert. Die sieben weiteren Kommentare enthielten Meinungen oder sonstige Äußerungen zu der Befragung und werden unter Auswertung der Freitextkommentare weiterführend dargestellt.

Am häufigsten mindestens jährlich von Patient*innen nachgefragt wurden Manuelle Therapie/Manuelle Medizin (n = 83, 61 %) und Ernährungstherapie (n = 81, 62 %), gefolgt von Entspannungstechniken (n = 70, 53 %), Pflanzenheilkunde (n = 55, 41 %) und Aromatherapie (n = 40, 30 %). Befragte sahen zudem eine hohe Nachfrage nach Homöopathie und Akupunktur: 42 % (n = 56) der Befragten gaben an, Homöopathie werde von Patient*innen mindestens jährlich nachgefragt, für Akupunktur sahen 34 % (n = 44) eine solche Nachfrage. Andere nachgefragte Verfahren waren mit je einer Nennung Achtsamkeitsübungen, Akupressur, Kunst- und Neuraltherapie. Anhang 10 zeigt alle entsprechenden Daten der Nachfrage.

Sieben Teilnehmende (7 %) waren der Meinung, das Universitätsklinikums Schleswig-Holstein biete genügend komplementärmedizinische Verfahren in der Patientenversorgung an (siehe Abbildung 8).

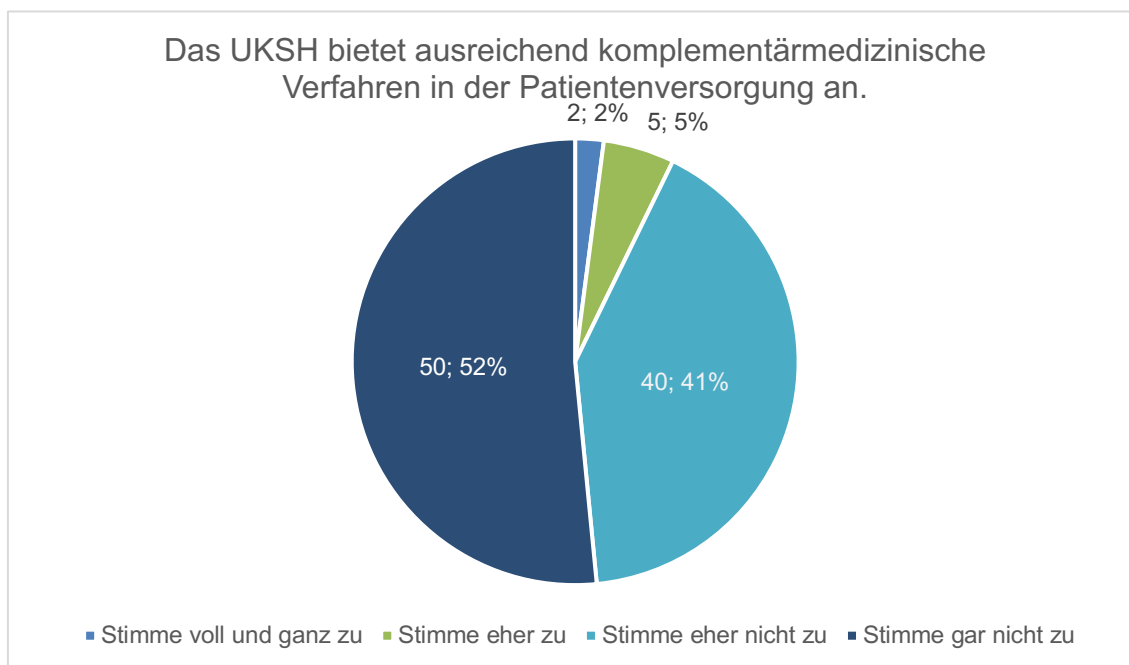


Abbildung 8: Ausreichende komplementärmedizinische Versorgung am UKSH (n = 97)

Auf die Frage nach Einstellungen zu unterschiedlichen komplementärmedizinischen Verfahren waren folgende Daten zu erheben: Über 95 % der Teilnehmenden befanden Manuelle Therapie/Manuelle Medizin (n = 148), Ernährungstherapie (n = 146) oder Entspannungstechniken (n = 144) als sinnvoll oder eher sinnvoll. Pflanzenheilkunde wurde von 86 % (n = 118), Wasseranwendungen von 85 % (n = 119) und Akupunktur von 81 % (n = 117) als sinnvoll oder eher sinnvoll betrachtet. 58 % (n = 83) erachteten Homöopathie als sinnvoll oder eher sinnvoll. Tabelle 8 zeigt die ausführlichen Daten.

Tabelle 8: Einstellung zu komplementärmedizinischen Verfahren*

Verfahren	Angaben, % (n)			
	Halte ich ...			
	für sinnvoll	eher für sinnvoll	eher für nicht sinnvoll	für nicht sinnvoll
Entspannungstechniken	78,1 (119)	16,4 (25)	5,3 (8)	0 (0)
Ernährungstherapie	74,5 (111)	23,5 (35)	2,0 (3)	0 (0)
Manuelle Therapie/ Medizin	70,6 (108)	26,1 (40)	2,6 (4)	0,7 (1)
Pflanzenheilkunde	40,1 (55)	46,0 (63)	8,0 (11)	5,8 (8)
Akupunktur	42,8 (62)	37,9 (55)	15,2 (22)	4,1 (6)
Wassermanwendung	37,1 (52)	47,9 (67)	10,7 (15)	4,3 (6)
Homöopathie	31,0 (44)	27,5 (39)	22,5 (32)	19,0 (27)
Aromatherapie	31,1 (42)	37,0 (50)	14,1 (19)	17,8 (24)
Ausleitende Verfahren	14,8 (17)	16,5 (42)	23,5 (27)	25,2 (29)

* n variiert aufgrund fehlender Daten

3.2.3.2 Einstellungen, Interesse, Wichtigkeit

Bezüglich der generellen Einstellung standen Befragte der Komplementärmedizin mit einem Mittelwert von 2,5 auf einer Skala von minus fünf „sehr negativ“ bis fünf „sehr positiv“ (n = 117, SD = 2,3; Min: -5, Max: 5) eher positiv gegenüber (siehe Abbildung 9).

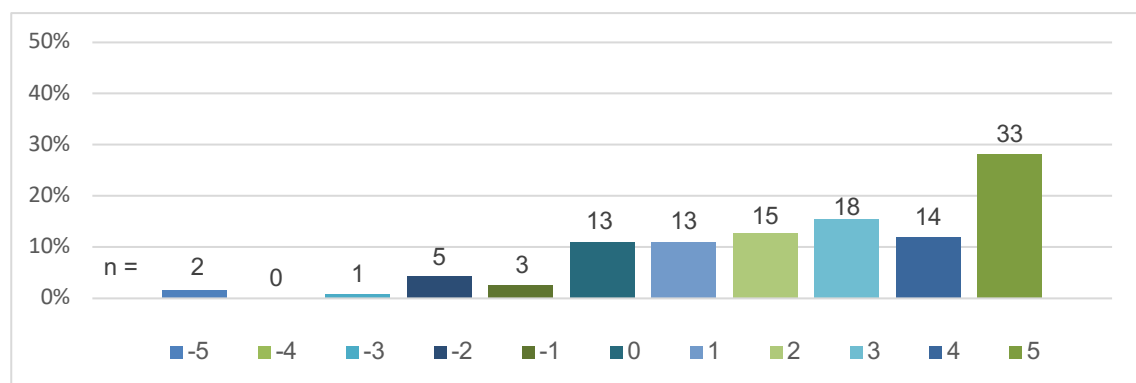


Abbildung 9: Generelle Einstellung zu Komplementärmedizin (n = 117; -5: „sehr negativ“, 5: „sehr positiv“)

Auf einer Skala von null „gar nicht wichtig“ bis zehn „sehr wichtig“ hielten Befragte komplementärmedizinische Verfahren mit einem Mittelwert von 6,2 ($n = 151$; $SD = 3,2$; Min: 0, Max: 10) für eher wichtig. Hinsichtlich des generellen Interesses an Komplementärmedizin auf einer Skala von null „gar kein Interesse“ bis zehn „sehr großes Interesse“ lag der Mittelwert aller Teilnehmenden bei 7,0 ($n = 155$; $SD = 3,1$; Min: 0, Max: 10). Die exakten Angaben für die gesamte Stichprobe sind in Abbildung 10 aufgeführt.

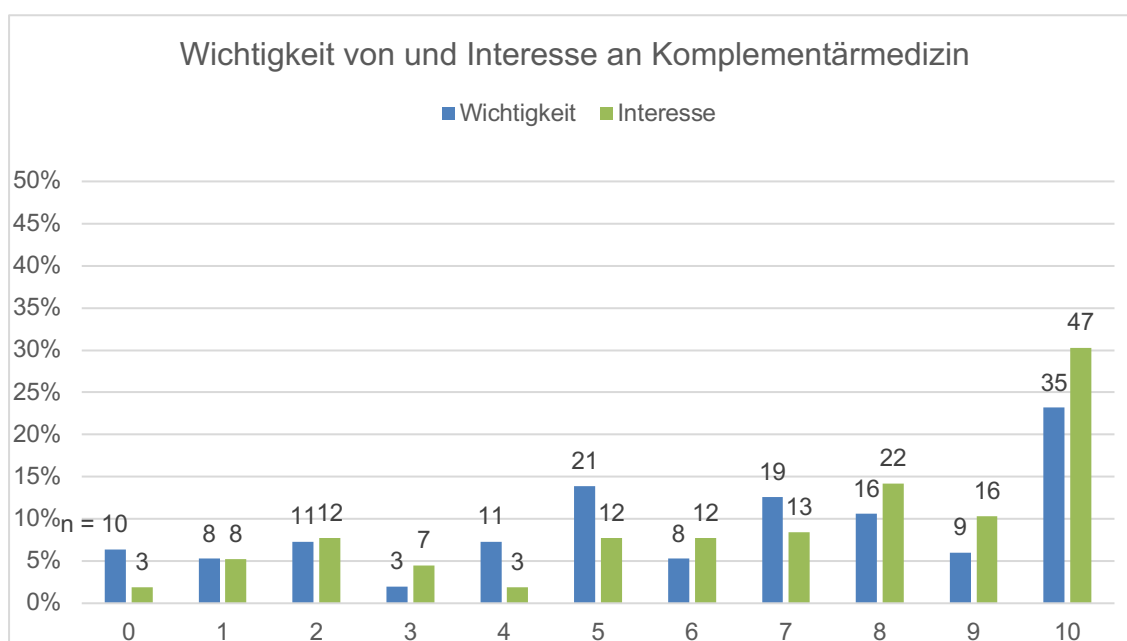


Abbildung 10: Wichtigkeit von und Interesse an Komplementärmedizin
(n variiert aufgrund fehlender Daten; 0: „gar nicht wichtig“/„gar kein Interesse“, 10: „sehr wichtig“/„sehr großes Interesse“)

Als Gründe für das Interesse an komplementärmedizinischen Verfahren wurde am häufigsten genannt, konventionelle Medizin sei nicht ausreichend für die ganzheitliche Betrachtung des Menschen ($n = 101$, 64 %). Weiterhin gaben die Hälfte der Teilnehmenden ein Interesse aufgrund eigener positiver Erfahrungen ($n = 81$) oder aufgrund positiver Erfahrungen im Umfeld an ($n = 78$). 45 % ($n = 71$) äußerten den Wunsch, Verfahren in der Therapie von Patient*innen anzuwenden, dabei interessierten sich nur 3 % ($n = 5$) für Komplementärmedizin als finanzielle Einnahmequelle. Unter allen Befragten hatten 43 % ($n = 68$) den Wunsch, Patient*innen bezüglich komplementärmedizinischer Verfahren beraten zu können. Im Freitextfeld wurde mehrfach ($n = 4$) die Nachfrage der

Patient*innen insbesondere im onkologischen und palliativen Umfeld als Grund für das Interesse betont. Weitere Kommentare des Freitextfeldes enthielten persönliche Meinungen oder Äußerungen zu der Befragung und wurden unter Auswertung der Freitextkommentare besprochen. Abbildung 11 zeigt die Daten dieses Items.

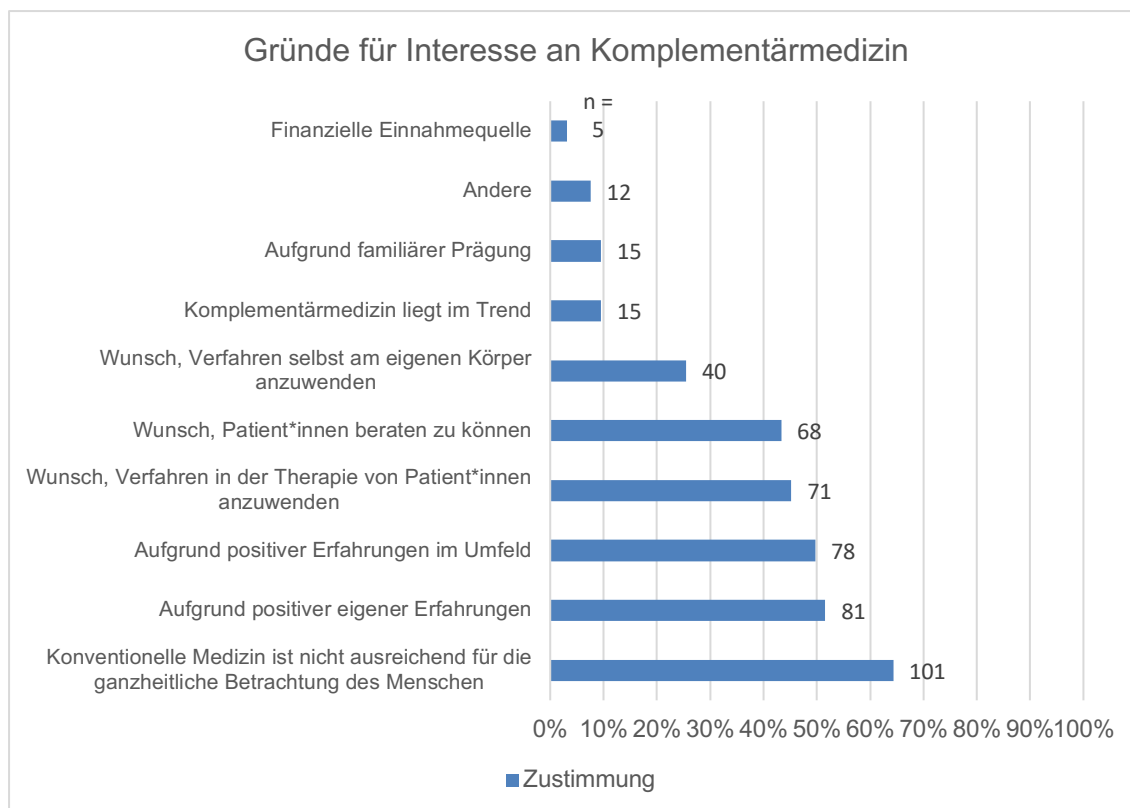


Abbildung 11: Gründe für Interesse an Komplementärmedizin (n = 157), Mehrfachantworten möglich

3.2.3.3 Informations- und Ausbildungsbedarf

Hinsichtlich des Informations- und Ausbildungsbedarfs über komplementärmedizinische Verfahren wurden folgende Daten erhoben: 75 % (n = 112) der Befragten fühlten sich nicht ausreichend informiert und 80% (n = 118) wünschten sich eine zentrale Informationsquelle. Neun von zehn Teilnehmenden (n = 115) fanden, dass Komplementärmedizin in der Ausbildung nicht ausreichend behandelt würde. Detaillierte Angaben sind Tabelle 9 zu entnehmen.

Tabelle 9: Informations- und Ausbildungsbedarf in der Komplementärmedizin*

Charakteristika	Angaben, % (n)*			
	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
Das Thema Komplementärmedizin kommt in der Ausbildung zu kurz.	57,1 (72)	34,1 (43)	4,8 (6)	4,0 (5)
Ich wünsche mir eine zentrale Anlaufstelle, um mich über komplementärmedizinische Verfahren informieren zu können.	41,2 (61)	38,5 (57)	9,5 (14)	10,8 (16)
Ich fühle mich ausreichend informiert über komplementärmedizinische Verfahren.	6,7 (10)	18,7 (28)	48,0 (72)	26,7 (40)

* n variiert aufgrund fehlender Daten

3.2.3.4 Subgruppenanalysen

Anwender*innen komplementärmedizinischer Verfahren waren häufiger in der Psychiatrie oder der Inneren Medizin tätig als Teilnehmende, die keine KIM-Verfahren anwendeten. KIM-Anwender*innen äußerten zudem häufiger den Wunsch nach einer Beratungskompetenz zu Komplementärmedizin. Die Effekte waren nach Cohen schwach ausgeprägt. Bezüglich Beruf, Alter, Berufserfahrung oder anderen Gründen für das Interesse an Komplementärmedizin gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen KIM-Anwender*innen und Nicht-Anwender*innen. Tabelle 10 stellt die Ergebnisse dieser Subgruppenanalysen dar.

Tabelle 10: Subgruppenanalysen zur KIM-Anwendung in verschiedenen Tätigkeitsbereichen und zu Gründen für das Interesse an KIM*

Tätigkeit in der Inneren Medizin		Angabe		Werte
		Ja	Nein	
KIM-Anwendung	Anzahl	17	57	Chi ² = 7,24 p = 0,007 φ = 0,215
	% innerhalb der Anwendung	23,0%	77,0%	
Nicht-Anwendung	Anzahl	6	74	
	% innerhalb der Anwendung	7,5%	92,5%	
Tätigkeit in der Psychiatrie		Angabe		Werte
		Ja	Nein	
KIM-Anwendung	Anzahl	15	59	Chi ² = 4,17 p = 0,041 φ = 0,214
	% innerhalb der Anwendung	20,3%	79,9%	
Nicht-Anwendung	Anzahl	7	73	
	% innerhalb der Anwendung	8,8%	91,3%	
Wunsch, Patient*innen zu Komplementärmedizin beraten zu können		Angabe		Werte
		Ja	Nein	
KIM-Anwendung	Anzahl	39	35	Chi ² = 5,03 p = 0,025 φ = 0,179
	% innerhalb der Anwendung	52,7%	47,3%	
Nicht-Anwendung	Anzahl	29	54	
	% innerhalb der Anwendung	34,9%	65,1%	

* n variiert aufgrund fehlender Daten

KIM-Anwender*innen erlebten eine höhere Wichtigkeit komplementärmedizinischer Verfahren als Nicht-Anwender*innen. Anwender*innen komplementärmedizinischer Verfahren fühlten sich zudem häufiger ausreichend über diese informiert als Nicht-Anwender*innen. Die Effekte war schwach ausgeprägt nach Cohen. Tabelle 11 stellt alle entsprechenden Ergebnisse dar.

Tabelle 11: Subgruppenanalysen zu der Wichtigkeit von und dem Informationsbedarf innerhalb der Komplementärmedizin*

Wichtigkeit von Komplementärmedizin	Median (M_{RANG})	Mann-Whitney-U-Test, Z-Statistik, Signifikanz, Effektstärke
KIM-Anwendung (n = 74)	7 (85,01)	U = 2182,5, Z = -2,51, p = 0,012, r = 0,200
Nicht-Anwendung (n = 77)	5 (67,34)	
Ausreichende Informationen über Komplementärmedizin**	Median (M_{RANG})	Mann-Whitney-U-Test, Z-Statistik, Signifikanz, Effektstärke
KIM-Anwendung (n = 74)	3 (68,34)	U = 2282,0, Z = -2,14 p = 0,032, r = 0,171
Nicht-Anwendung (n = 76)	3 (82,47)	

* n variiert aufgrund fehlender Daten

** Tiefe Werte stehen für eine hohe Zustimmung

3.2.3.5 Regressionsanalysen

Eine multiple lineare Regressionsanalyse ergab bezüglich der Einstellung zu Komplementärmedizin einen signifikanten Einfluss durch das Geschlecht. Es konnte eine positivere Einstellung um 1,6 Punkte (95 % CI: 0,39; 2,72) für Frauen ermittelt werden. Andere Faktoren waren nicht relevant. Das Modell erklärte 18 % der Streuung durch die Variablen (mittelstarker Effekt nach Cohen).

Hinsichtlich der empfundenen Wichtigkeit von Komplementärmedizin konnte ein Einfluss der Variablen Gesundheits- und Krankenpflege sowie Ärztin/Arzt gezeigt werden. Für Angehörige der Pflege konnte eine höhere Einschätzung der Wichtigkeit um 1,7 Punkte (95 % CI: 0,30; 3,13) erhoben werden. Ärzt*innen schätzten die Wichtigkeit um -1,4 Punkte (95 % CI: -2,82; 0,00) geringer ein. Andere Faktoren waren nicht relevant. Das Modell erklärte 17 % der Streuung durch die Variablen (mittelstarker Effekt nach Cohen).

Bezüglich des Interesses an Komplementärmedizin ergab ein Regressionsmodell einen Einfluss des Geschlechts und von Gesundheits- und Krankenpflege. Andere Faktoren waren nicht relevant. Für Frauen konnte ein gesteigertes Interesse um 1,5 Punkte (95 % CI: 0,29; 2,79) und für den Pflegeberuf um 1,4 Punkte

(95 % CI: 0,06; 2,81) festgestellt werden. Das Modell erklärte 16 % der Streuung durch die Variablen (mittelstarker Effekt nach Cohen). Tabelle 12 enthält die ausführlichen Daten der Analysen.

Tabelle 12: Multiple lineare Regressionsanalysen zu Wichtigkeit von, Einstellungen zu und Interesse an Komplementärmedizin

	Einstellung	Interesse	Wichtigkeit
p	0,002	< 0,000	< 0,000
Korr. R² (f²)	0,176 (0,214)	0,159 (0,189)	0,174 (0,211)
	β (p)		
Konstante	(0,714)	(0,064)	(0,214)
Geschlecht	0,267 (0,009)	0,211 (0,017)	0,015 (0,864)
Alter	0,031 (0,892)	0,283 (0,157)	0,313 (0,115)
Berufserfahrung	0,128 (0,596)	-0,117 (0,581)	-0,200 (0,340)
Chirurgie	0,034 (0,748)	-0,073 (0,408)	-0,095 (0,289)
Anästhesie	-0,088 (0,403)	-0,077 (0,399)	-0,073 (0,432)
Psychiatrie	0,051 (0,639)	-0,010 (0,914)	0,113 (0,242)
Pädiatrie	-0,088 (0,389)	-0,072 (0,418)	0,032 (0,722)
Innere Medizin	0,021 (0,844)	-0,001 (0,993)	0,128 (0,175)
Ärztin/Arzt	-0,200 (0,088)	-0,180 (0,069)	-0,197 (0,050)
Pflege	0,113 (0,348)	0,212 (0,040)	0,246 (0,018)
KIM-Anwendung	0,013 (0,898)	-0,006 (0,942)	0,160 (0,059)

Bezüglich Gründen für das Interesse konnten in mehreren binär logistischen Regressionen Unterschiede zwischen Berufsgruppen, Fachbereichen, Alter und Geschlecht gezeigt werden. Für die Variablen Berufserfahrung und KIM-Anwendung zeigten sich in den Modellen keine signifikanten Unterschiede.

Eine binär logistische Regression zeigte einen Einfluss des Arztberufs bezüglich des Interesses an Komplementärmedizin aufgrund der ganzheitlichen Betrachtung des Menschen. Für Ärzt*innen sank die relative Wahrscheinlichkeit der Aussage zuzustimmen um 76 %. Nagelkerkes R-Quadrat betrug 0,275 (starker Effekt nach Cohen). Das Hosmer-Lemeshow Signifikanzniveau lag bei $p = 0,460$. Zudem äußerten Ärzt*innen den Wunsch, komplementäre Verfahren für sich selbst

zu nutzen, mit einer 88 % geringeren relativen Wahrscheinlichkeit. Nagelkerkes R-Quadrat war 0,196 (mittelstarker Effekt nach Cohen). Das Hosmer-Lemeshow Signifikanzniveau lag bei $p = 0,124$.

Bezüglich des Interesses aufgrund eigener positiver Erfahrungen ergab das Regressionsmodell einen Einfluss des Geschlechts und des Fachbereichs Psychiatrie. Ein weibliches Geschlecht führte zu einer dreimal höheren relativen Wahrscheinlichkeit, der Bereich Psychiatrie zu einer siebenmal höheren relativen Wahrscheinlichkeit für diese Begründung. Nagelkerkes R-Quadrat betrug 0,335 (starker Effekt nach Cohen). Das Hosmer-Lemeshow Signifikanzniveau lag bei $p = 0,540$. Beschäftigte innerhalb der Psychiatrie zeigten zudem eine viermal höhere relative Wahrscheinlichkeit, ein Interesse aufgrund positiver Erfahrungen des Umfelds anzugeben. Nagelkerkes R-Quadrat betrug 0,184 (mittelstarker Effekt nach Cohen). Das Hosmer-Lemeshow Signifikanzniveau lag bei $p = 0,744$.

Eine weitere Regression konnte einen Einfluss der Variablen Psychiatrie und Gesundheits- und Krankenpflege auf den Wunsch, komplementärmedizinische Verfahren in der Therapie anzuwenden, erheben. Für den Bereich Psychiatrie war die Wahrscheinlichkeit des Wunsches siebenmal höher, für Gesundheits- und Krankenpflege dreimal höher. Nagelkerkes R-Quadrat lag bei 0,247 (mittelstarker Effekt nach Cohen). Das Hosmer-Lemeshow Signifikanzniveau lag bei $p = 0,297$. Eine ausführliche Darstellung aller Ergebnisse dieser Regressionsmodelle findet sich in Anhang 11.

3.2.4 Auswertung der Freitextkommentare

Der Fragebogen schloss mit der Möglichkeit, Anmerkungen zu der Befragung zu notieren. Die 20 Kommentare umfassten positive Bekundungen der Studie gegenüber, Anmerkungen bezüglich der Machbarkeit des Fragebogens, weitere Ausführungen zum Stellenwert der Komplementärmedizin, Wünsche und Ideen für komplementärmedizinische Verfahren am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein sowie Argumente gegen die Implementierung von Komplementärmedizin am Klinikum. Es gab drei Anmerkungen von Teilnehmenden, die nicht in der Patientenversorgung tätig waren und daher einige Fragen nicht beantworten konnten.

Ein Teilnehmender nutzte das Freitextfeld, um die Wichtigkeit einer evidenzbasierten Medizin zu betonen: *„Verfahren wie Homöopathie oder anderes ohne jegliche Evidenz sind in meinen Augen "Geschäftemacherei" und sollten, wenn dann nur in kontrollierten, randomisierten Studien angewendet werden. Bevor hier keine Evidenz geschaffen werden kann, haben sie nichts in der universitären Ausbildung zu suchen. Die Universität ist hier ethischen und wissenschaftlichen Grundsätzen verpflichtet und darf nicht unwissenschaftlichen Trends hinterherlaufen. Eine wissenschaftliche Überprüfung dieser Verfahren ist allerdings anzustreben.“*

Ein weiterer Kommentar bemerkte die schwierige Umsetzung komplementärmedizinischer Angebote, da sich entsprechend der Refinanzierungsmöglichkeiten die Finanzierung am wissenschaftlichen Standard orientiere. Mehrere Teilnehmende bedauerten den geringen Einsatz am Krankenhaus: in der Pädiatrie sei ein Großteil der Verfahren verboten und es herrsche große Unzufriedenheit bei Patient*innen und Angehörigen. In der Physiotherapie müssten Fortbildungen in diesem Bereich in der Regel selbst getragen werden, angesichts fehlender Evidenz und einer Einstufung als nicht relevant für die Patientenversorgung. Laut einem Kommentar benötige es mehr Zeit, sehr gut geschultes Personal und offene Menschen, um komplementäre Maßnahmen in der Klinik zu integrieren.

In einem weiteren Kommentar wurden „konventionelle Medizin“ oder „wissenschaftsbasierte Medizin“ als vorzuziehende Alternativen gegenüber dem Begriff der Schulmedizin benannt, der für den Teilnehmenden eine abwertende Konnotation enthielt. Derselbe Kommentar endete mit der Frage, ob Komplementärmedizin nicht bei bestimmten Indikationen auch als Alternative zur konventionellen Medizin dienen könne.

Zwei Teilnehmende nutzten das Feld, um den großen Stellenwert der Komplementärmedizin in ihrem Alltag hervorzuheben, der Einsatz gehöre *„so gewohnheitsmäßig dazu, dass ich sie eher schon als "normalen Teil" des Ganzen verstehe“*.

Die vorangegangenen Freitextfelder der Befragung zur Benennung anderer angebotener oder nachgefragter Verfahren sowie anderer Gründe für Interesse an Komplementärmedizin enthielten weitere Meinungsäußerungen und Kommentare. Diese drückten positive als auch negative Einstellungen bezüglich

Komplementärmedizin aus. So gründete das Interesse eines Befragten auf der „*Beobachtung von betrügerischem Verhalten*“. Ein weiterer Teilnehmender betonte seine Sicht, die Physiotherapie sei für ihn/sie „*Teil der Schulmedizin*“.

Für andere Teilnehmende sollten wissenschaftlich „*alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden*“. Ein Kommentar lautete „*Ich mache eine wissenschaftlich orientierte Medizin, was ja nicht gleichbedeutend ist damit, dass für jedes einzelne Verfahren für die jeweilige Indikation ein wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis besteht (weder in der "konventionellen" noch in der Komplementärmedizin)*“.

3.3 Integration der qualitativen und quantitativen Ergebnisse

In Übereinstimmung mit dem Mixed-Methods-Designs wurden die qualitativen und quantitativen Daten zusammengefasst. Hierzu dienen dieselben thematischen Überschriften, die auch in den vorangegangenen Ergebnisdarstellungen verwendet werden.

3.3.1 Interprofessionalität

Der Themenbereich Interprofessionalität kategorisierte in beiden Erhebungen Determinanten interprofessioneller Zusammenarbeit. Die Bedeutung einer funktionierenden interprofessionellen Zusammenarbeit im Bereich der Komplementärmedizin konnte in beiden Ansätzen erhoben werden.

Die qualitativ diskutierte Bedeutung von Interesse an und Wertschätzung der anderen Professionen sowie einer gemeinsamen Zielsetzung konnte quantitativ bestätigt werden. Qualitativ und quantitativ wurden eine Kenntnis der Kompetenzen der anderen Professionen sowie Kolleg*innen oder Vorgesetzte mit Vorbildfunktion als förderlich für die Zusammenarbeit erachtet. Qualitativ wurden starre Hierarchien als Barrieren der Zusammenarbeit herausgestellt. Entsprechend empfanden quantitativ ein Großteil der Befragten flache Hierarchiestrukturen als förderlich, insbesondere Ärzt*innen und Teilnehmende aus der Psychiatrie. Schwierigkeiten der Zusammenarbeit durch gesundheitssystemassoziierte Faktoren wurden qualitativ diskutiert und in Freitextkommentaren der Fragebögen erwähnt.

Eine interprofessionelle Ausbildung wurde in beiden Erhebungsmethoden als förderlicher Faktor der Zusammenarbeit erkannt. Die qualitativ hervorgehobene Bedeutung der Akademisierung der Gesundheitsberufe wurde quantitativ von wenigen Befragten bestätigt.

Qualitativ wurden mehrere besondere Fachbereiche mit funktionierender Zusammenarbeit herausgestellt, darunter die Psychiatrie, für die quantitativ Unterschiede zu anderen Bereichen festgestellt wurden. Teilnehmende der qualitativen Befragung beschrieben eine Distanz zwischen Mediziner*innen und anderen Berufen. Passend dazu ließen sich in quantitativen Regressionsanalysen Unterschiede in Ansichten der Professionen erheben.

In den Interviews wurde die Notwendigkeit fester Strukturen zur Ermöglichung von Kommunikation betont. In den Fragebögen sahen die meisten Teilnehmenden interprofessionelle Teambesprechungen als unterstützend.

3.3.2 Komplementärmedizin

Qualitativ wurden entsprechend der ersten Leitfrage in diesem Themenbereich Vorstellungen, Erfahrungen und Meinungen der Teilnehmenden zu komplementärmedizinischen Verfahren im beruflichen Alltag diskutiert. Quantitativ lag der Fokus auf der Relevanz verschiedener Verfahren für die Patientenversorgung.

In beiden Erhebungen wurde ein heterogenes Verständnis der Begriffe und Probleme mit den Definitionen der komplementären und Schulmedizin deutlich. Sowohl qualitativ als auch quantitativ wurde eine hohe Nachfrage nach Komplementärmedizin durch Patient*innen bestätigt.

Qualitativ diskutierten Teilnehmende die große Varianz der Einstellungen gegenüber Komplementärmedizin, welche auch in den Fragebögen ersichtlich wurde. Dem Pflegeberuf wurden qualitativ viele Aspekte der Komplementärmedizin zugeordnet und eine größere Offenheit diesbezüglich attestiert. Beides konnte quantitativ bestätigt werden. In beiden Erhebungsmethoden konnte ärztlicherseits ein stärkerer Fokus auf evidenzbasierter Medizin nachgewiesen und ein Bedarf an Evidenzstärkung innerhalb der Komplementärmedizin erhoben werden. Die Bereiche Psychiatrie, Onkologie und Palliativmedizin wurden in beiden

Erhebungen als offener gegenüber komplementärmedizinischen Verfahren hervorgehoben.

Sowohl qualitativ als auch quantitativ ergab sich ein Interesse an komplementärer Medizin aufgrund einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen. Hierbei gab es quantitativ Unterschiede zwischen den Professionen. Qualitativ wurden vielfältige Barrieren und Probleme der Integration komplementärer Verfahren in den Berufsalltag diskutiert. Dementsprechend sah quantitativ ein Großteil eine ungenügende Versorgung in der Uniklinik. Beide Methoden offenbarten empfundene Wissenslücken und Ausbildungsbedürfnisse.

4 Diskussion

4.1 Diskussion des Mixed-Methods-Designs

Für diese Studie wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt, um die Forschungsfrage aus verschiedenen Perspektiven zu beantworten. Aufgrund der im Vorfeld geringen Datenlage zum Forschungsfeld wurde ein exploratives Studiendesign angestrebt. Gemäß dieser Erläuterung waren für diese Arbeit andere Mixed-Methods-Designs, wie das explanative, parallele oder Transferdesign, nicht optimal geeignet beziehungsweise schlicht nicht durchführbar [120].

Zur Integration beider Methoden wurde die Triangulation gewählt. Diese diente nicht der Überprüfung der Konformität beider Methoden, sondern beabsichtigt vielmehr eine Validierung der Ergebnisse durch die Perspektivenbereicherung. Unter Diskussion der Ergebnisse werden die Resultate dieser Arbeit im Kontext der Methodentriangulation dargestellt.

Die *guidelines for future research* in der Komplementären und Integrativen Medizin empfehlen das Mixed-Methods-Design als geeignetes Verfahren [37]. Obwohl international die Anzahl der Mixed-Methods-Projekte steigt, ist ihr Gesamtanteil in Deutschland nach wie vor gering [122]. Somit gab es nur limitierte Vorerfahrungen bezüglich Anwendung und Analyse, und diese Arbeit kann zur Erforschung des Studiendesigns beitragen.

4.1.1 Diskussion der qualitativen Methodik

In die qualitative Studie eingeschlossen wurden adulte Mitarbeiter*innen des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, der Praxispartner der Studiengänge Physiotherapie oder Pflege sowie den Lehrpraxen des Instituts für Allgemeinmedizin, welche beruflich komplementärmedizinische Verfahren anwenden. Es sollte eine heterogene Stichprobe aus verschiedenen Gesundheitsberufen, insbesondere aus Ärzt*innen, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen sowie Physiotherapeut*innen – den Berufen, deren Studierende Zielgruppe des Wahlfachs waren – gebildet werden. Dies konnte dank intrinsischer Motivation und der finanziellen Aufwandsentschädigung realisiert werden. Für diese Studie waren Alter und Geschlecht der Teilnehmenden von untergeordneter Wichtigkeit,

dementsprechend wurde der Rekrutierung diesbezüglich keine Priorität eingeräumt. Die Teilnehmenden waren somit eine gezielte Auswahl aus lokalen klinischen Expert*innen. Eine offene Diskussion konnte ermöglicht werden, da der berufliche Alltag aller Teilnehmenden komplementärmedizinische Verfahren umfasste. Der daraus entstehende Selektionsbias musste insbesondere während der Datentriangulation bedacht werden.

Die qualitativen Daten wurden mittels Fokusgruppen und Einzelinterviews erhoben. Durch die Integration beider Erhebungsstrategien konnte eine Erweiterung und Vertiefung der Daten erzielt werden. Die Einzelinterviews wurden entweder persönlich oder telefonisch durchgeführt. Es konnte bezüglich der Ergebnisse kein Unterschied zwischen den zwei Operationsmodi festgestellt werden. Obschon Telefoninterviews aufgrund fehlender Mimik und Gestik Nachteile besitzen, eigneten sie sich für die qualitative Datengenerierung [147].

Die Fokusgruppen bestanden aus jeweils vier bis fünf Teilnehmenden. Demnach entsprach die Gruppengröße den Literaturempfehlungen [128,129]. In der Literatur wird der optimale zeitliche Rahmen für Fokusgruppen mit 90 bis 180 Minuten angegeben [126]. Alle Fokusgruppen unterschritten bewusst diesen zeitlichen Rahmen, indem ein kurzer Leitfaden gewählt wurde. Ziel war es, die Teilnehmenden, die alle in der zeitintensiven Patientenversorgung aktiv waren, zeitlich nicht zu sehr einzubinden, um die Rekrutierung zu erleichtern. Alle Teilnehmenden konnten dessen ungeachtet ihre Ansichten ausführlich darlegen und es konnten konkrete Nachfragen ermöglicht werden. Trotz verhältnismäßig kurzer Interviewzeit konnte eine hohe Inhaltsdichte verwirklicht werden.

Obschon Sättigung in der Literatur als Auslegungssache beschrieben ist [148], verzichteten die Forscherinnen nach Feststellung einer inhaltlichen Sättigung nach Durchführung und Analyse der drei Fokusgruppen und sieben Einzelinterviews auf die Erhebung weiterer qualitativer Daten.

Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet und orthographisch transkribiert. Es waren hierbei, abgesehen von einzelnen, minimalen Wortlauten, alle wesentlichen Gesprächsinhalte verständlich. Zusätzlich wurden durch die Tonaufnahmen und anschließende Transkription auch Lachen, Zögern und Pausen erfasst. Mimik und Gestik der Teilnehmenden wurden für die Fragestellung dieser Arbeit als

nicht relevant definiert und nicht aufgezeichnet. Hieraus entstand während der folgenden Datenanalysen kein Nachteil.

Die Datenanalyse erfolgte in Anlehnung an die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Insgesamt drei Mitarbeitende des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, waren an der Inhaltsanalyse beteiligt. Die Kodierung erfolgte in einem ersten Schritt deduktiv und anschließend induktiv in jeweils mehreren Textdurchläufen. Der Fokus lag auf einer systematischen Vorgehensweise, Reflektion und der Gewährleistung der qualitativen Gütekriterien. Zudem orientierte sich die Entwicklung und Definition einiger Kategorien an den CanMEDS-Rollen Collaborator, Professional und Communicator. Das CanMEDS-Framework gilt als weltweit anerkanntes Kompetenzsystem für Ärzt*innen [137]. Dem Bachelor-Studiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung der Universität Heidelberg sowie dem Postgraduierten-Studiengang Master of Medical Education an mehreren deutschen Universitäten dienen die CanMEDS als Bezugsrahmen für die Curriculumentwicklung [149,150]. Die Übertragung der Rollenbilder auf die Kompetenzbereiche anderer Gesundheitsberufe erwies sich auch für diese Arbeit als gut realisierbar.

4.1.2 Diskussion der quantitativen Methodik

Die quantitativen Daten wurden mittels einer standardisierten Online Befragung erhoben, die an 6113 adulte Mitarbeiter*innen des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, versandt wurde. Der E-Mail-Verteiler der quantitativen Erhebung konnte nicht gezielt konfiguriert werden, daher mussten alle Mitarbeiter*innen händisch angeschrieben werden. So konnte keine Eingrenzung hinsichtlich des Berufs oder der Position vorgenommen werden, auch Mitarbeiter*innen außerhalb des Gesundheitsbereichs erhielten einen Fragebogen und es konnten nicht mit Sicherheit alle relevanten potentiellen Teilnehmenden erreicht werden. Zudem wurden auch Mitarbeiter*innen des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel, erreicht, welche allerdings aus den Analysen ausgeschlossen wurden. Dies resultierte in einem übermäßig umfangreichen Verteiler, welcher nicht auf die entsprechende Zielgruppe fokussieren konnte. So gaben trotz vorheriger Pilotierung einige wenige Teilnehmende in Freitextfeldern

Probleme mit Verständlichkeit und Durchführbarkeit des Fragebogens an. Eine Optimierung hätte hier durch einen angepassten Verteiler oder Filterfragen bzw. Filterbedingungen zum Ausschluss von Teilnehmenden außerhalb der Zielgruppe erreicht werden können. Auf eine psychometrische Analyse des Fragebogens wurde verzichtet. Die Interpretation der Ergebnisse sollte daher mit Vorsicht erfolgen.

In den Kontingenzanalysen ergaben sich signifikante Einflüsse des Faktors KIM-Anwendung. Die erhobenen Zusammenhänge besaßen dabei einen lediglich schwachen Effekt.

Die multiplen linearen Regressionsanalysen waren nach Cohen in ihrem Effekt als mittelstark einzustufen [145]. Die binären logistischen Regressionsanalysen hatten nach Cohen einen mittleren bis starken Effekt. Die Gesamtgüte, gemessen durch Nagelkerkes R-Quadrat, lag bei acht der elf Regressionsmodelle über 0,2, was als akzeptabel zu bewerten ist. Bei den verbleibenden vier Modellen lag Nagelkerkes R-Quadrat zwischen 0,18 und 0,2. Das Hosmer-Lemeshow Signifikanzniveau zur Beurteilung der Anpassungsgüte lieferte nur bei drei Modellen akzeptable Werte von $\geq 0,7$ [146]. Unpassende Modelle bedeuten, dass die unabhängigen Variablen die abhängige Variable nicht gut beschreiben. Im Falle dieser Arbeit spricht das dafür, dass neben den soziodemographischen Variablen weitere Faktoren außerhalb des Modells einen Einfluss auf die Antworten hatten.

4.2 Allgemeine Vorzüge und Limitationen der Arbeit

Die Datenlage bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit innerhalb der Komplementärmedizin ist, wie eingangs beschrieben, bislang limitiert.

Diese Arbeit liefert Ergebnisse hinsichtlich der unterstützenden und hemmenden Faktoren dieser Zusammenarbeit. Ferner konnten Daten über die momentane Praxis komplementärmedizinischer Verfahren an einem Universitätsklinikum, am Beispiel des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, erhoben werden. Die Ergebnisse dieser Arbeit konnten in der von der Karl und Veronica Carstens-Stiftung geförderten Curriculumentwicklung eines interprofessionellen Lehrmoduls „Komplementäre und Integrative Medizin“ genutzt werden. In Übereinstimmung mit Forderungen mehrerer Arbeiten konnte dazu beigetragen

werden, die Einstellungen zu und ihre Beeinflussbarkeit durch Komplementärmedizin von Behandlern und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe zu erforschen [37,151].

Beide Erhebungen offenbarten ein heterogenes Verständnis der Teilnehmenden von Komplementärmedizin. Insbesondere die Evidenzlage verschiedener komplementärmedizinischer Verfahren war vielen Probanden nicht bewusst. Die dadurch fehlende gemeinsame Basis erschwerte qualitativ die Diskussion und quantitativ die Beantwortung einiger Items. In zukünftigen Studien sollten Teilnehmende vor Beginn der Erhebung auf denselben Wissensstand gebracht werden.

Der geringe Rücklauf der quantitativen Erhebung ist vor dem Hintergrund des übermäßig großen E-Mail-Verteilers zu interpretieren, welcher nicht gezielt konfiguriert werden konnte und somit eine unbekannte Anzahl an Teilnehmenden außerhalb des Gesundheitsbereichs einschloss. Folglich bleibt die reelle Rücklaufquote der relevanten Teilnehmenden ungewiss. Dabei erzielten Online Umfragen typischerweise ohnehin geringe Rücklaufquoten [152,153], hinzu kommt eine stetig abnehmende Teilnahmebereitschaft an Befragungen jeglicher Art [154]. Der Effekt von Erinnerungsschreiben auf die Rücklaufquoten bei E-Mail- und Web-Befragungen ist nicht gut belegt [155]. Bisherige Ergebnisse deuten auf eine Erhöhung der Rücklaufquote um lediglich 15 % hin [156]. Dies hätte in der vorliegenden Arbeit etwa 20 weiteren Teilnehmenden entsprochen. Angesichts des unspezifischen E-Mail-Verteilers und einer für die statistische Auswertung ausreichend hohen Teilnehmerzahl wurde auf den Versand einer Erinnerungs-E-Mail verzichtet.

Ferner kann aufgrund des emotional belasteten und polarisierenden Themas [110] und des Auswahlverfahrens mit einer passiven Rekrutierung der Teilnehmenden ein Selbst-Selektionsbias und Unit Nonresponse und somit eine Darstellung der Meinungen von mehrheitlich thematisch sehr interessierten und engagierten Befragten nicht ausgeschlossen werden [157–159]. Weiterhin ist es im Hinblick auf fehlende Daten möglich, dass die Resultate einiger Fragen im Sinne einer Schweigeverzerrung verfälscht sind. Dieser sogenannte Item Nonresponse kann insbesondere bei sensiblen Fragen oder Wissensfragen beobachtet werden [160].

Die Datenanalyse erfolgte durch zwei Ärzt*innen und eine Medizinstudierende. Deren vorherige Ausbildung und professionelles Verständnis könnten zu Verzerrungen und Vernachlässigung anderer Perspektiven bei der Analyse und Interpretation der Daten führen. Durch Einbeziehung einer Physiotherapeutin und wissenschaftlichen Mitarbeiterin im Lehrbereich Physiotherapie an der Universität zu Lübeck in das Forschungsteam zur Unterstützung aller Phasen dieser Mixed-Methods-Studie konnte ein multiprofessioneller Ansatz gestärkt werden. Die objektive Darstellung der quantitativen Ergebnisse sowie die Präsentation von Zitaten der qualitativen Erhebung abseits der Interpretation dienen zudem der unvoreingenommenen Beurteilung dieser Arbeit [161].

Wie eingangs bereits beschrieben, unterliegen sowohl die Anwendung komplementärmedizinischer Verfahren als auch die interprofessionelle Zusammenarbeit starken regionalen und kontextabhängigen Unterschieden [87,114]. Da die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Studie nur an einem Universitätsklinikum stattfand, ist der Transfer von Methodik oder Ergebnissen dieser Arbeit ohne Modifizierung der Messinstrumente auf andere Länder oder Bundesländer nur limitiert möglich.

4.3 Diskussion der Ergebnisse

Ziel dieser Arbeit war es, Determinanten interprofessioneller Zusammenarbeit im Bereich der Komplementärmedizin zu erheben und den Einfluss soziodemographischer Charakteristika auf diese zu untersuchen. Zusätzlich sollten Einstellungen zu und Anwendung von komplementärmedizinischen Verfahren erhoben werden. Die Resultate konnten zur Curriculumentwicklung eines interprofessionell ausgerichteten Wahlfachs „Komplementäre und Integrative Medizin“ beitragen. Die Diskussion der Ergebnisse erfolgte unter Zusammenführung der qualitativen und quantitativen Resultate, geordnet nach den im Ergebnisteil entwickelten Themenbereichen.

4.3.1 Interprofessionalität

4.3.1.1 Determinanten der Zusammenarbeit

Die in dieser Studie ermittelten Determinanten interprofessioneller Zusammenarbeit sind professions- und fachgebietsabhängig, gesundheitssystemassoziiert oder der Kommunikation zuzuordnen. Die Bedeutung einer funktionierenden interprofessionellen Zusammenarbeit im Bereich der Komplementärmedizin konnte sowohl qualitativ als auch quantitativ erhoben werden. Die Anwendung komplementärmedizinischer Verfahren zeigte dabei keinen Einfluss auf die Bewertung der unterstützenden Faktoren der Zusammenarbeit.

Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit sind Kommunikation, Teamarbeit und patientenzentrierte Betreuung sowie ein größeres Verständnis der Rollen anderer Berufe von erheblicher Bedeutung. Gleichzeitig existieren oftmals berufsorientierte anstatt patienten- oder teamorientierte Ziele sowie negative Stereotype, hierarchische Kommunikation und zeitliche Konkurrenz mit Patient*innen [162]. Dies entspricht den in der vorliegenden Arbeit analysierten Barrieren. Eine effizientere Zusammenarbeit kann durch eine Fokussierung auf Teamziele, eine gesteigerte Wertschätzung der Professionen und reduzierte Rivalitäten erreicht werden. Hierzu bedarf es der Identifikation von Arbeitsplatzidentitäten und der Motivation für differierende Ziele [162].

In der qualitativen Inhaltsanalyse wurden unter der Hauptkategorie Professions-spezifische Aspekte die Unterkategorien Professionalität und Arbeit im Team entwickelt, jeweils in Anlehnung an die CanMEDS-Rolle des Professionals bzw. Collaborators. Trotz validiertem Kodierleitfaden mit eindeutigen Definitionen der Kategorien ergab sich in einigen Fällen eine unpräzise Zuordnung der Zitate. Die Zusammenarbeit als ein individuelles, auf Beziehungen basierendes Konzept wird stark von professionellen Identitäten beeinflusst, was eine Trennung dieser Kategorien generell kompliziert. In Analysen studentischer Reflektionen ihrer professionellen Rollen sind fast immer Beschreibungen ihrer Emotionen sowie Identitätsprobleme aufgrund von Hierarchien und einhergehender Angst vor Evaluation enthalten [163]. In diesem Zusammenhang sind klare Definitionen von Rollen und Verantwortlichkeiten für eine effektive Patientenversorgung besonders wichtig [164]. Angesichts der komplexen und mehrdimensionalen Zusammensetzung

von Professionalität ist die Existenz verschiedenartiger Definitionen nicht verwunderlich [165]. Während eine Definition „den gewohnheitsmäßigen und vernünftigen Umgang mit Kommunikation, Wissen, technischen Fähigkeiten, klinischen Überlegungen, Emotionen, Werten und Reflexionen in der täglichen Praxis zum Wohle des Einzelnen und der Gesellschaft“ fokussiert [166], kann auch die variable Komponente der Professionalität durch den Bezug auf eine sich entwickelnde persönliche Identität betont werden [167,168].

Die CanMEDS-Rolle des Professionals legt Engagement für die Patienten, die Gesellschaft, den Beruf sowie für die eigene Gesundheit und Wohlbefinden als Schlüsselkompetenzen fest [137]. Die Professionalität kann von dem Wissen über die erwarteten Berufsnormen profitieren [165]. Um diese Informationen auf IPL anzuwenden ist es essenziell, nicht nur die Zusammenarbeit, sondern auch die Professionalität des Einzelnen zu fördern, oder zumindest die einzelnen beruflichen Phasen der Studierenden zu beobachten und zu berücksichtigen.

Die Kommunikation als wesentliche Determinante der Zusammenarbeit [2,17,169] stellte sich auch im interprofessionellen Kontext als höchstrelevant heraus. Teilnehmende waren der Meinung, dass Kommunikation eine erlernbare Fähigkeit sei. Kommunikationstrainings mithilfe eines validierten Tools, wie dem MAAS-Global D, können zu einer Verbesserung von Kommunikationsfähigkeiten beitragen [170–173]. Eine Beeinflussung der klinischen Kommunikation wird zudem durch die erwartete Empfänglichkeit des Gegenübers beschrieben. Damit auch bei schwierigen Themen der Weg der Kommunikation gewählt wird, werden vertrauensvolle Beziehungen und Gelegenheiten für ungezwungene Gespräche benötigt [174]. Auch die Mehrheit der Teilnehmenden dieser Studie erlebten kurze, inoffizielle Kommunikation als konstruktiv für die Zusammenarbeit. Daneben zeigte sich die Relevanz fester Strukturen wie interprofessioneller Teambesprechungen. Dies deckt sich mit Erkenntnissen aus der Literatur [60,175]. Die Kombination von niederschwelliger und strukturierter Kommunikation scheint somit vorteilhaft für eine funktionierende Zusammenarbeit. Zudem ist hervorzuheben, dass Kommunikation durchweg und unabhängig jeglicher soziodemographischer Faktoren als wichtig empfunden wurde.

Gesundheits- und Krankenpfleger*innen schätzten die Kenntnis von Kompetenzen der anderen Berufe und eine gemeinsame Zielsetzung wichtiger ein als

andere Berufsgruppen. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass insbesondere Mediziner*innen über unzureichendes Wissen zu Kompetenzen der anderen Gesundheitsberufe verfügen [20,21,176]. Diese Resultate bieten eine mögliche Erklärung, weshalb Angehörige des Pflegeberufs dieses Wissen als besonders förderlich für die Zusammenarbeit hervorheben.

Die qualitativ genannte Relevanz der Unterschiede verschiedener Settings im Krankenhaus konnte quantitativ in Regressionsanalysen bestätigt werden. Differenzen in Arbeitsprozessen, Zielsetzungen, Informationsaustausch und Entscheidungsfindungen der unterschiedlichen Settings resultieren in divergenter Zusammenarbeit [177]. Teilnehmende aus der Psychiatrie, die qualitativ als „besonderer Bereich“ mit funktionierender Zusammenarbeit hervorgehoben wurde, empfanden flache Hierarchien förderlicher für die Zusammenarbeit. Tatsächlich existiert in der Psychiatrie eine lange Tradition der integrativen Patientenbetreuung. Bereits 1989 wurde erkannt, dass *„die Aufgabe, Problembereiche zu diagnostizieren, zu untersuchen und anzugehen für eine Disziplin zu groß [ist]“* [178]. Auch jüngere Publikationen beschreiben integrierte Versorgungsansätze in der Psychiatrie zur Behandlung psychischer Erkrankungen mit hoher Lebenszeitprävalenz [179,180]. Basierend auf den qualitativen Interviews und ähnlichen Ergebnissen aus der Literatur [181–183] lässt sich demnach vermuten, dass diese Faktoren Erfahrungswerte sind: der positive Effekt muss persönlich erlebt worden sein, um ihn als solchen wahrzunehmen.

Flachen Hierarchien wurde zudem von Ärzt*innen häufiger als von anderen Professionen eine unterstützende Wirkung auf die Zusammenarbeit zugeschrieben. Dies erscheint im ersten Moment überraschend, sind Ärzt*innen hierarchisch doch meist am höchsten gestellt. Eventuell leiden Mediziner*innen unter dem Druck, der mit dieser Rangordnung einhergeht und würden eine gleichrangige Arbeitsteilung befürworten. Eine Aufgabendelegation kann zu einer Rollenerweiterung, gesteigerter Motivation und Zufriedenheit der nicht-medizinischen Mitarbeiter*innen beitragen, was wiederum die Arbeitsbelastung innerhalb der Teams auszugleichen vermag [184,185].

Ferner wurden qualitativ gesundheitssystemassoziierte Determinanten der Zusammenarbeit, wie Organisationsstrukturen, Zeit und wirtschaftliche Aspekte, benannt. Diese relevanten Rahmenbedingungen sind Studierenden in

interprofessionellen Lehrmodulen jedoch nicht oder nicht vollständig bekannt [186]. Die explizite Behandlung dieser Probleme in IPL-Seminaren könnte das Verständnis zukünftiger Arbeitsbedingungen verbessern und Enttäuschungen bei der Übertragung künstlich erzeugter positiver Teamarbeitserfahrungen während IPL auf die reale Zusammenarbeit verhindern.

4.3.1.2 Akademisierung und Interprofessionelle Lehrmodule

Eine interprofessionelle Ausbildung wurde in beiden Erhebungsmethoden als förderlicher Faktor der Zusammenarbeit erkannt. Oft benannte Hindernisse der Implementierung interprofessioneller Lehrmodule sind die curriculare Einbettung dieser Kurse in die verschiedenen Lehrpläne sowie logistische und organisatorische Schwierigkeiten, gemeinsame Zeiträume und räumliche Ressourcen zu arrangieren [80,81,187]. Die klassischerweise schulische Ausbildung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe gegenüber der universitären Ausbildung der Ärzt*innen in Deutschland verkompliziert die Implementierung weiterhin. Vor diesem Hintergrund wurde in den Interviews repetitiv auf die Chancen der momentan voranschreitenden Akademisierung der Gesundheitsberufe für die interprofessionelle Lehre hingewiesen. Durch die Akademisierung könnten zudem die nicht-ärztlichen Berufe ein höheres Ansehen erlangen sowie ein gesteigertes Selbstbewusstsein durch ihre berufliche Identität generieren und die Attraktivität dieser Berufe würde steigen [188]. Das Gesundheitssystem könnte von einer Umverteilung der Kompetenzen sowie einer Abflachung der Hierarchien profitieren und Forschungsprozesse könnten gestärkt werden [11,188,189]. In den quantitativen Befragungen empfanden lediglich ein Viertel der Teilnehmenden die Akademisierung als unterstützenden Faktor der Zusammenarbeit. Dies bietet Raum für Diskussion. Eine optimierte Zusammenarbeit ist nicht die ursprüngliche Intention der Akademisierung, sondern eher ein glücklicher Nebeneffekt. Weiterhin können Befragte möglicherweise den Einfluss auf die Zusammenarbeit nicht einschätzen, da sie die Akademisierung noch nicht im Berufsalltag erlebt haben. Oder – wie an anderer Stelle in den qualitativen Interviews angemerkt und so auch in der Literatur zu finden – haben Ärzt*innen vermutlich sogar Angst, ihre momentane privilegierte Stellung in Entscheidungs- und Handlungsgewalt zu verlieren und Aufgaben nicht länger nur zu delegieren, sondern tatsächlich abzugeben [190].

Unter Berücksichtigung der oben ausgeführten komplexen Durchführung interprofessioneller Lehre sowie ungenügender Evidenz bezüglich verbesserter Patientenoutcomes durch IPL [191,192] lässt sich die Sinnhaftigkeit derartiger Lehrmodule während der Ausbildung diskutieren. Interprofessionelle Interaktionen können erheblich durch die Studierendenrolle beeinflusst werden, da die Professionsrollen im Studium noch nicht vollständig ausgebildet sind [193]. Andererseits werden interprofessionelle Lehrmodule in vielen Studien sehr gut evaluiert [74,84]. Studierende profitieren von erweiterten Kenntnissen bezüglich beruflicher Rollen und Teamkommunikation [78] sowie von einem Abbau von Vorurteilen [73–75]. Der direkte Einfluss interprofessioneller Teamschulungen auf Patientenoutcomes ist aufgrund der geringeren Verzögerung der Interventionen auf die Patientenversorgung leichter zu messen als der von IPL [2]. Die Implementierung solcher Interventionen ist jedoch im Arbeitsalltag nicht unbedingt einfacher zu realisieren [60,175]. Um den Impact von interprofessionellen Lehrmodulen auf die Patientenversorgung zu erhöhen, existieren Empfehlungen die Lehre über effektive Zusammenarbeit zunächst uniprofessionell zu gestalten, um dann im praktischen Setting interprofessionell zusammen zu lernen und zu arbeiten [186].

Welche Art der interprofessionellen Interventionen zielführend sind, ist nicht verallgemeinernd zu beurteilen, sondern stets individuell und kontextabhängig abzuwägen.

4.3.2 Komplementärmedizin

4.3.2.1 Begriffsdefinitionen

Beide durchgeführte Erhebungen offenbarten Probleme mit den Begriffen der Komplementär- und Schulmedizin. Wie eingangs beschrieben fehlen trennscharfe und konsensfähige Definitionen dieser beiden medizinischen Richtungen [51,52].

Der von mehreren Teilnehmenden favorisierte Terminus „Integrative Medizin“ betont die gemeinsame, koordinierte Anwendung konventioneller und komplementärer Ansätze [53]. Aufgrund widersprüchlicher paradigmatischer Auffassungen hinsichtlich Krankheit und Heilung [194] ist dieser gemeinsame Ansatz jedoch

oftmals nicht realisierbar. Nach Aussage der GMA könne die gemeinsame Anwendung gar dem Grundsatz, dass jeder Bestandteil einer Therapie einen eigenständigen nachweislichen Beitrag leisten muss, widersprechen [195]. Die Bezeichnung nicht-konventioneller Methoden als Komplementärmedizin umfasst zudem ein breiteres Spektrum an möglichen Verfahren als die integrative Medizin.

War der Begriff der Schulmedizin in seinen Anfängen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts noch stark ideologisch belastet und als abwertender Kampfbegriff von Vertretern der Homöopathie und Naturheilkunde geprägt [196], so ist er schon seit Beginn des 20. Jahrhunderts durch seine allgemeine Verbreitung und Akzeptanz zu einer weitgehend wertneutralen Sammelbezeichnung für die herrschende Richtung der Medizin geworden [197]. „Schulmedizin“ vermeidet bewusst eine Wertung gegenüber anderen Medizinrichtungen durch Begriffe wie (natur-)wissenschaftlich, und würdigt zudem den Umstand, dass die heutige universitäre Medizin durch Entwicklungen in der Philosophie, Psychologie und Soziologie maßgeblich mitbestimmt wurde und weiterhin wird [198]. Durch die curriculare Verankerung der Komplementärmedizin im Querschnittsbereich 12 *Rehabilitation, physikalische Medizin, Naturheilverfahren* der ÄAppO wird diese seit 2002 auch universitär gelehrt [39] und reduziert so die Trennschärfe des Terminus „Schulmedizin“.

Es bleibt schwierig einen universell zufriedenstellenden Begriff für die vorrangig universitär gelehrt Medizin als Gegensatz zur komplementären Medizin zu finden. Zudem scheint fraglich, ob eine solche strikte Trennung notwendigerweise begrifflich dargestellt werden muss, welche aufgrund fließender Übergänge und steigender Evidenz innerhalb der KIM zunehmend schwieriger realisierbar ist. Vielerorts werden integrativmedizinisch arbeitende Abteilungen in Kliniken der Maximalversorgung eröffnet [199–201], sodass diese begriffliche Trennung in Zukunft aufgehoben werden könnte. Eine Möglichkeit könnte sein, Therapieverfahren unabhängig der Ideologie in nachweisgestützt und nicht-nachweisgestützt zu unterteilen. So könnten ideologisch vorbelastete Begriffe umgangen und eine patientenzentrierte Versorgung fokussiert werden.

4.3.2.2 Antizipierte und vorhandene Lücken der Evidenzbasierung

In der vorliegenden Arbeit wurde die Problematik der vermeintlich fehlenden Evidenzbasierung und unbefriedigenden Datenlage zur Komplementärmedizin deutlich. Einen positiven Einfluss evidenzbasierten Handelns auf die Zusammenarbeit bestätigten vor allem Ärzt*innen sowie Gesundheits- und Krankenpfleger*innen. Evidenzbasierte Medizin im ursprünglichen Sinn umfasst neben der Berücksichtigung wissenschaftlicher Studien die Patientenwünsche sowie die klinische Erfahrung als gleichwertige Säulen [202]. Für Mediziner*innen wird in der Literatur eine Fokussierung auf wissenschaftliche Nachweise wiederholt beschrieben [95,203], wohingegen Pflegende komplementärmedizinischen Anwendungen unabhängig der Studienlage aufgeschlossen gegenüberstehen [43,101]. Möglicherweise gewichten die Berufsgruppen die Säulen der evidenzbasierten Medizin unterschiedlich. Unter der Voraussetzung eines kongruenten Verständnisses ist es möglich, die Berufe über eine evidenzbasierte medizinische Betreuung zusammenzuführen. Dieses gleichberechtigte Verständnis der evidenzbasierten Versorgung sollte in interprofessionellen Lehrmodulen gelehrt und gefördert werden.

Die Studienlage zu komplementären Heilmethoden wurde bezüglich ihrer Sicherheit und ihren Risiken in der Literatur mitunter als ungenügend bewertet [151,204], jedoch ist dies kein rein komplementärmedizinisches Problem. In der gegenwärtig praktizierten Medizin ist es oftmals notwendig trotz fehlender validierter oder wissenschaftlich erklärter Therapien zu agieren, wie beispielsweise die hohe Prävalenz von Off-Label Therapien in der Pädiatrie oder Onkologie aufzeigen [205,206]. Bereits seit einigen Jahren existieren Bestrebungen, die komplementärmedizinische Forschung voranzutreiben. Im aktuellen Koalitionsvertrag Baden-Württembergs vom Bündnis 90/Die Grünen und der CDU ist dies als Ziel formuliert, damit „*alternative Heilmethoden langfristig in die Normalversorgung integriert und in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden*“ [207]. An mehreren deutschen Universitäten, darunter Duisburg-Essen, Witten-Herdecke und Tübingen, bestehen Lehrstühle für Komplementäre und Integrative Medizin, zudem existieren mehrere Stiftungsprofessuren und Kompetenzzentren [208]. Aus diesen Arbeitsgruppen entstandene Originalarbeiten wurden in den letzten Jahren wiederholt in führenden Journals

wie dem Lancet [209], dem Journal of the American Medical Association [210], dem British Medical Journal [211], in den Annals of Internal Medicine [212] oder in der Cochrane Data Base [213] publiziert. Schon 2011 befassten sich sechs der zehn meistgelesenen Cochrane Reviews mit komplementärmedizinischen Themen [52], aktuell finden sich fast 800 Cochrane Reviews zu komplementärmedizinischen Themen [214].

Dessen ungeachtet sahen Teilnehmende dieser Studie Komplementärmedizin oftmals als disparat zur wissenschaftlich-orientierten Medizin. Diese Gegenüberstellung findet sich vereinzelt auch in der Literatur [195], dabei kann durch die oben dargelegten zunehmenden Forschungsbestrebungen Komplementärmedizin mittlerweile als wissenschaftlich orientiert bezeichnet werden. Nichtsdestotrotz scheint der generelle Diskurs geprägt von Vorurteilen und der Antizipation einer prinzipiell unwissenschaftlichen Medizin. Es lässt sich nicht bestreiten, dass einige komplementärmedizinische Bereiche bisher nicht ausreichend erforscht sind. In der medizinischen Wirksamkeitsforschung werden Komponenten von komplexen Interventionen unabhängig voneinander entwickelt und untersucht, und die wirksamen Komponenten dann gegebenenfalls kombiniert. Komplexen Therapiesystemen innerhalb der Komplementärmedizin liegt jedoch ein übergreifendes theoretisches Konstrukt zugrunde. Eine wesentliche Annahme davon ist, dass sich die Wirkung eines Bestandteils der Intervention nur aufgrund eines anderen Bestandteils entfalten kann [215]. Dies führt zu methodischen Problemen innerhalb der Forschung. Zur Erforschung der spezifischen Wirksamkeit ist es erforderlich die Behandlungsmethoden von der Ideologie zu trennen, überdies bedarf es eines zu untersuchenden Substrats. Beispielsweise ist die strikte Trennung von Verfahren und Ideologie bei der Akupunktur oder bei Phytotherapeutika gut realisierbar. Einige komplementärmedizinische Bereiche entziehen sich jedoch aufgrund fehlender Substrate gänzlich der wissenschaftlichen Überprüfbarkeit. Ein solcher Bereich ist die Homöopathie, welche in beiden Erhebungen polarisierte und von den Teilnehmenden eine Sonderstellung erhielt. Homöopathie besitzt in Deutschland einen international vergleichsweise hohen Stellenwert [100]. Die Ärztekammern streichen jedoch vermehrt die zugehörige Zusatzbezeichnung aus ihren Weiterbildungsordnungen [216], so auch die Ärztekammer Schleswig-Holstein [217]. Ferner haben sich die Bundesärztekammer und die

Kassenärztliche Bundesvereinigung jüngst für ein Ende der Homöopathie als Satzungsleistung der Krankenkassen ausgesprochen [218].

Therapeutische Erfolge resultieren aus spezifischen – also funktional nachweisbaren – sowie unspezifischen Wirkfaktoren. Diese unspezifischen Effekte, zu denen auch die Placeboeffekte zählen, werden heute als reale psychobiologische Phänomene mit therapeutischer Relevanz gewertet [219]. Die Bundesärztekammer empfiehlt die Nutzung der unspezifischen Effekte zur Maximierung des Behandlungserfolgs [220]. Bisherige Forschungsergebnisse legen nahe, dass Placebos funktionelle, objektivierbare Besserungen hervorrufen können [219]. Dabei ist die Wirksamkeit von Placebos nicht nur abhängig von der Darreichungsform, sondern wird im starken Maße durch die Arzt-Patienten-Interaktion beeinflusst [221]. Qualitativ wurde eine empathische Sicht- und Behandlungsweise der Komplementärmedizin zugeordnet. Während der durchschnittliche Patientenkontakt eines Hausarztes/einer Hausärztin neun Minuten beträgt [222], verbringen Heilpraktiker*innen eine Stunde mit jedem/jeder Patient*in [223]. Diese Zeit erlaubt eine intensiviertere Interaktion zwischen Behandler und Patient*in, sodass eine Beziehung etabliert und eine Vertrauensbasis geschaffen werden können. Folglich könnte argumentiert werden, dass die empathische Darreichung komplementärmedizinischer Anwendungen trotz fehlender Nachweise eines spezifischen Effekts gerechtfertigt sein kann. Um unspezifische Effekte zu maximieren und so eine patientenzentrierte Versorgung zu gewährleisten, sollte auch innerhalb der konventionellen Medizin eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung geschaffen werden.

4.3.2.3 Differierender Stellenwert bei verschiedenen Gruppen

Ein hohes Interesse an komplementärmedizinischen Verfahren konnte bei allen Professionen, aber insbesondere innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflege festgestellt werden. Angehörige dieser Profession empfanden komplementärmedizinische Verfahren als wichtiger und gaben eine positivere Einstellung als andere Berufsgruppen an. Diese Beobachtungen decken sich mit den Ergebnissen einer aktuellen deutschen Arbeit [224]. Auch konnte die Anwendung von komplementärmedizinischen Verfahren in der Patientenversorgung durch die Pflege erhoben werden, wie international bereits häufig dokumentiert [99–101].

Die Resultate dieser Studie beschreiben eine Favorisierung der Komplementärmedizin und vermehrte Nutzung alternativer Therapien durch Frauen, welche auch in der Literatur beschrieben werden [31,32,100]. Über die Hintergründe lässt sich spekulieren. Eine mögliche Erklärung bietet das erhöhte Gesundheitsbewusstsein, welches Frauen in der Literatur zugeschrieben wird und welches zugleich mit der Nutzung komplementärer Heilmethoden assoziiert ist [225–227]. Ferner bestand der Großteil der Teilnehmenden in beiden durchgeführten Erhebungen aus Frauen. Dies korreliert mit der Geschlechterverteilung innerhalb der Gesundheitsberufe: 2017 waren 76% des Gesundheitspersonals weiblich [228].

In beiden durchgeführten Erhebungen wurden Bereiche hervorgehoben, in denen komplementärmedizinische Anwendungen eine wesentliche Rolle spielen. Dies waren vor allem Onkologie, Palliativmedizin, Psychiatrie und Allgemeinmedizin. Komplementäre Methoden bieten in diesen Bereichen Therapieoptionen für zahlreiche funktionelle Störungen und zur Behandlung von Nebenwirkungen der konventionellen Therapien. Anwender*innen komplementärmedizinischer Methoden fanden sich quantitativ häufiger in der Inneren Medizin und Psychiatrie. In der Akutversorgung werden komplementäre Verfahren hingegen nicht genutzt. Kongruente Ergebnisse sind in der Literatur zu finden [22,203].

Die Anwendung komplementärmedizinischer Verfahren zeigte quantitativ weder einen signifikanten Einfluss auf die empfundene Wichtigkeit von und die generelle Einstellung zu Komplementärmedizin noch auf die verschiedenen Gründe für das Interesse an derselben. Dies lässt sich einerseits durch das generell hohe Interesse aller Teilnehmenden an KIM erklären. Zudem wurde die KIM-Anwendung als binäre Variable gewählt, sodass auch Teilnehmende, die nur einzelne Verfahren seltener als einmal jährlich anwendeten, als KIM-Anwender*innen gezählt wurden. Dies resultierte in einer sehr heterogenen Gruppe der KIM-Anwender*innen.

Insgesamt konnte in den Fragebögen am häufigsten ein Interesse an Komplementärmedizin aufgrund der ganzheitlichen Betrachtung des Menschen festgestellt werden. Für Ärzt*innen galt dies weniger, zusätzlich wurde für sie eine geringere empfundene Wichtigkeit der KIM erhoben. In den Fokusgruppen wurde darauf hingewiesen, dass Ärzt*innen auch in der konventionellen Medizin eine ganzheitliche Sicht auf Patient*innen anstreben. Es lässt sich spekulieren, dass

die Mediziner*innen sich eventuell durch diese Aussage in ihrem Selbstverständnis angegriffen fühlen könnten.

Nur wenige Teilnehmende gaben finanzielle Gründe für ihr Interesse an Komplementärmedizin an. Selbst KIM-Anwender*innen stimmten dieser Aussage nicht vermehrt zu. Hierbei muss die Möglichkeit bedacht werden, dass dies aus sozialer Erwünschtheit resultierte. Teilnehmende aus der Psychiatrie gaben häufiger positive eigene Erfahrungen an, welche möglicherweise den Wunsch konstituieren, diese Verfahren auch in der Therapie anzuwenden. Qualitativ wurde hier von psychiatrisch Beschäftigten auf Selbsterfahrungen verwiesen, welche auch in der Literatur als förderlich für die Integration komplementärer Anwendungen beschrieben werden [111].

Qualitativ wurde diskutiert, ob der gesamte Bereich der Physiotherapie als Komplementärmedizin betrachtet werden kann. Die Meinungen der Teilnehmenden differierten diesbezüglich stark. Die quantitativen Daten lassen aufgrund einer zu geringen Anzahl teilnehmender Physiotherapeut*innen keine Aussagen zu. Viele physiotherapeutische Anwendungen stützen sich eher auf empirische Evidenz, sprich Erfahrungswerte, als auf experimentelle Evidenz. Da es sich bei der Physiotherapie um eine junge Wissenschaft handelt, ist die Studienlage oftmals gering [229], jedoch betont der Deutsche Verband für Physiotherapie die Bedeutung der Stärkung wissenschaftlicher Nachweise in der Physiotherapie [230]. In der Ausbildungsordnung für Physiotherapeut*innen in Deutschland ist Komplementärmedizin als solche nicht verankert [45].

4.3.2.4 Informations- und Ausbildungsbedarf

Entsprechend den in der Literatur beschriebenen ungenügenden Kenntnissen der Gesundheitsberufe über Komplementärmedizin [36–38], fühlte sich auch der Großteil der Teilnehmenden dieser Studie nicht ausreichend informiert. Selbst Teilnehmende, die selber KIM-Verfahren anwendeten, fühlten sich nur wenig besser informiert. Informationsbedarf besteht für Ärzt*innen und Pflegekräfte insbesondere zu Akupunktur, Entspannungsverfahren, Manueller Medizin und äußerlichen Anwendungen inklusive Massagen [224]. Quantitativ äußerte ein Großteil der Teilnehmenden den Wunsch nach einer zentralen Informationsstelle. In der universitären Ausbildung wird wissenschaftliches Arbeiten samt

Recherchieren erlernt, was eine Chance der Akademisierung der nicht-medizinischen Gesundheitsberufe darstellt.

Neun von zehn Befragten gaben eine unzureichende Behandlung von Komplementärmedizin in der Ausbildung an. Dies ist angesichts der fehlenden Verankerung von Lehre zu komplementären Heilmethoden in Rahmenplänen der Ausbildung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe [45,46] sowie der häufig rudimentären Behandlung von KIM im Medizinstudium [39,41] nicht überraschend. Aufgrund der häufigen Anwendung von komplementärmedizinischen Verfahren sowie der Patientenerwartungen ist eine fundierte Vermittlung von Kompetenzen zu komplementären Heilmethoden für alle Gesundheitsberufe mit direktem Patientenkontakt notwendig [43,44].

Ein weiteres Diskussionsthema war die unzureichende Qualitätssicherung von komplementärmedizinischen Ausbildungen und Anwendungen. Für Patient*innen ist es oftmals unbedeutend, ob ihr Behandler ein*e Ärzt*in ist [96]. Ärzt*innen dieser und weiterer Studien sehen jedoch eine Problematik mit Heilpraktiker*innen und wollen nicht mit diesen gleichgestellt werden [203]. Die Ausbildung von Heilpraktiker*innen ist staatlicherseits nicht so überwacht wie die der Mediziner*innen, Heilpraktiker*innen sind nicht durch ein Werbeverbot beschränkt, nicht an eine Gebührenordnung gebunden und zudem nicht in demselben Maße haftbar wie Ärzt*innen [231,232]. Dies kann Patient*innen gefährden: einerseits durch Behandlungsfehler, noch viel mehr allerdings durch die Verkennung schwerwiegender Erkrankungen [233]. Dies erscheint insbesondere vor dem Hintergrund bedenklich, als dass einer der häufigsten Beratungsanlässe bei Heilpraktiker*innen in der Behandlung von Schmerzen besteht [234].

4.3.2.5 Angebot und Nachfrage

Das quantitativ erhobene Angebot komplementärmedizinischer Behandlungen am UKSH Lübeck zeigte eine hohe Übereinstimmung mit der ermittelten Nachfrage durch Patient*innen. Während dies einerseits auf ein patientenzentriertes Angebot hindeutet, bezeichneten andererseits nur 7 % der Befragten das gegenwärtige Angebot als ausreichend.

Im ambulanten Sektor sind Akupunktur, Manuelle Medizin und Homöopathie die am häufigsten angebotenen Methoden [34,35,235]. Es existieren nur wenige

vergleichbare Arbeiten bezüglich der Nutzung an Universitätskliniken [224,236]. Dort werden Manuelle Medizin, Ernährungstherapie sowie Nahrungsergänzungsmittel und Pflanzenheilkunde als am häufigsten von Patienten genutzt, angegeben [236]. Da eine optimale Vorbereitung der Studierenden auf die Anforderungen ihrer künftigen Tätigkeiten anzustreben ist, erscheint es folgerichtig, insbesondere die dort relevanten Verfahren in das Curriculum mit aufzunehmen.

Teilnehmende der Fokusgruppen diskutierten Probleme mit der Finanzierung und Umsetzung komplementärmedizinischer Anwendungen am UKSH Lübeck. Die duale Finanzierung der Kliniken sowohl durch Investitionen der Länder als auch durch gesetzlich vorstrukturierte Fallkostenpauschalen sieht keine zusätzlichen Kosten für Komplementärmedizin vor und fungiert durch ihre ohnehin gering bemessene Vergütung als erhebliches Hindernis, zusätzliche Verfahren ohne Wirknachweis anzubieten [237]. Es überrascht daher, dass im Qualitätsbericht des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, zahlreiche komplementärmedizinische Verfahren in den medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten aufgeführt sind, darunter Verfahren wie Akupunktur oder Homöopathie [238].

Ferner wurden qualitativ Probleme durch das Verschweigen der Anwendung komplementärer Verfahren durch Patient*innen benannt. Diese Verschwiegenheit ist auch in der Literatur ersichtlich und wird dort durch Antizipation von Desinteresse oder Missbilligung des Behandlers begründet [89,93]. Teilnehmende der vorliegenden Studie attestierten Patient*innen Schwierigkeiten mit der Integration der verschiedenen Ansätze. Eine routinemäßige Anamnese komplementärmedizinischer Verfahren könnte hier eine mögliche Lösung darstellen. Diese findet meistens aufgrund von Unwissen und Unsicherheit auf Seiten der Ärzt*innen nicht statt [94,95], was den Ausbildungsbedarf auf diesem Gebiet bekräftigt.

4.4 Schlussfolgerung

Die Übersicht der qualitativen und quantitativen Daten führt diskussionsbasiert zu folgender Konklusion:

Determinanten der interprofessionellen Zusammenarbeit sind individuell und kontextabhängig. Unterschiedliche Erfahrungen, verschiedene Settings sowie starke persönliche Unterschiede resultieren in einer Unmöglichkeit, den einen allgemeingültigen Weg zu erfolgreicher interprofessioneller Zusammenarbeit zu finden.

In dieser Arbeit wurde ein Einfluss der untersuchten soziodemographischen Faktoren (Alter, Berufserfahrung, Geschlecht, Beruf, Fachbereich, KIM-Anwendung) auf die Zusammenarbeit, sowohl generell als auch im komplementärmedizinischen Kontext, sichtbar. Diese Unterschiede sind bei der Entwicklung interprofessioneller Lehrmodule und Interventionen zu bedenken, um die Inklusion aller Gruppen gleichermaßen sicherzustellen. Aufgrund der meist nur mittelstarken Effekten der Modelle nach Cohen ist dennoch davon auszugehen, dass andere Aspekte, wie z.B. persönliche Erfahrungen mit interprofessioneller Zusammenarbeit, die Wahrnehmung generell im höheren Maße beeinflussen als die untersuchten soziodemographischen Faktoren. Die Ergründung dieser Aspekte bietet eine mögliche Grundlage für weitere Studien.

Das Einbringen der erhobenen Determinanten, wie der gegenseitigen Wertschätzung, Kenntnis über Kompetenzen der anderen Professionen und dem Bewusstsein eines gemeinsamen Ziels in interprofessionelle Lehrmodule kann helfen, das Gesundheitspersonal auf die spätere Zusammenarbeit vorzubereiten. Andere der analysierten Determinanten, wie interprofessionelle Teambesprechungen oder flache Hierarchiestrukturen eignen sich zur Integration in interprofessionelle Interventionen. Die beschriebenen gesundheitssystemassoziierten Determinanten, wie Ressourcenknappheit oder Zeitmangel, zeigen Schwächen und Probleme innerhalb des Systems auf, welche es in der Implementierung von Lehrmodulen bzw. Interventionen zu bedenken gilt.

Die Auswirkungen der Komplementärmedizin auf interprofessionelle Dynamiken ergeben sich aus seiner umstrittenen Position im medizinischen Bereich. Insbesondere der wahrgenommene Mangel an Evidenzbasierung innerhalb der KIM

fungiert als Barriere für die Zusammenarbeit. Begriffsdefinitionen sowie Prinzipien der evidenzbasierten Medizin sollten in interprofessionelle Lehrmodule zu KIM integriert werden, um dargelegte Unterschiede zwischen den Berufen zu überwinden und die IPZ im Bereich der Komplementärmedizin zu fördern.

Teilnehmende dieser Studie waren aufgrund eines möglichen Selbst-Selektions-Bias der Komplementärmedizin gegenüber aufgeschlossen. Mit einem Wahlfach „Komplementäre und Integrative Medizin“ werden vor allem diejenigen erreicht, die ohnehin Interesse an und eine positive Einstellung gegenüber der Komplementärmedizin besitzen. Es stellt sich die Frage, wie auch Studierende mit wenig Interesse oder negativer Einstellung erreicht werden können. Hierzu könnte ein verpflichtendes Lehrmodul hilfreich sein, den Wissensstand über KIM zu verbessern und subsequent fundierte Meinungen zu ermöglichen [112].

5 Zusammenfassung

Fragestellung: Interprofessionelle Zusammenarbeit zeigt einen positiven Einfluss auf Patientensicherheit und Behandlungsqualität. Die Komplementäre und Integrative Medizin bietet die Chance, verschiedene Gesundheitsberufe gemeinsam auf die Anforderungen des Gesundheitssystems vorzubereiten. Ziel dieser Arbeit war es, Determinanten interprofessioneller Zusammenarbeit im Bereich der Komplementärmedizin zu erheben und den Einfluss soziodemographischer Charakteristika auf diese zu untersuchen. **Methodik:** Einem Mixed-Methods-Ansatz folgend wurden leitfadenbasierte Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Vertreter*innen verschiedener Gesundheitsberufe am Universitätsklinikum Lübeck durchgeführt. Die qualitative Inhaltsanalyse erfolgte strukturierend nach Mayring. Basierend auf den Ergebnissen der qualitativen Daten wurde ein Online-Fragebogen entwickelt und an Mitarbeiter*innen desselben Universitätsklinikums verschickt. Die Analyse der quantitativen Daten erfolgte deskriptiv, mit Subgruppenanalysen sowie multiplen linearen und binär-logistischen Regressionsmodellen. **Ergebnisse:** Qualitativ wurden 20 Teilnehmende interviewt. Determinanten der Zusammenarbeit konnten unter den Kategorien Kommunikation, professionsspezifische Aspekte, gesundheitssystemassoziierte Faktoren und Beeinflussung der Zusammenarbeit durch Komplementärmedizin zusammengefasst werden. Quantitativ wurden 157 Fragebögen in die Analysen eingeschlossen (3 %). Am wichtigsten für die Zusammenarbeit waren Teambesprechungen (n = 124, 79 %), gemeinsame Zielsetzung (n = 121, 77 %) und Wertschätzung (n = 119, 76 %). Innerhalb der Regressionsanalysen zeigten sich Unterschiede. Ein heterogenes Verständnis von Komplementärmedizin und ein diesbezüglicher Ausbildungsbedarf wurden deutlich. Die Einstellungen unterlagen einer großen Varianz. Interesse wurde am häufigsten durch die ganzheitliche Betrachtung des Menschen begründet (n = 101, 64 %). **Diskussion:** Determinanten der interprofessionellen Zusammenarbeit sind von individuellen Merkmalen und Kontext mehr beeinflusst als von soziodemographischen Faktoren. Allen Gesundheitsberufen ein kongruentes Verständnis der evidenzbasierten Medizin zu vermitteln, kann dazu beitragen Unterschiede zu überwinden und eine patientenzentrierte Versorgung zu fokussieren. Das Einbringen der erhobenen Determinanten in interprofessionelle Lehrmodule kann auf die spätere Zusammenarbeit vorbereiten.

6 Literaturverzeichnis

- 1 Edward Everett Hale. Im Internet: https://en.wikiquote.org/wiki/Edward_Everett_Hale (Zugriff: 02.10.19)
- 2 Körner M, Bütof S, Müller C, Zimmermann L, Becker S, Bengel J. Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *J Interprof Care* 2016; 30: 15–28
- 3 Will KK, Johnson ML, Lamb G. Team-Based Care and Patient Satisfaction in the Hospital Setting: A Systematic Review. *J Patient-Centered Res Rev* 2019; 6: 158–171
- 4 Sorbero ME, Farley DO, Mattke S, Lovejoy S. Outcome Measures for Effective Teamwork in Inpatient Care - Final Report. 2008
- 5 Schärli M, Müller R, Martin JS, Spichiger E, Spirig R. Interprofessionelle Zusammenarbeit Pflegefachpersonen und Ärzteschaft: Eine Triangulation quantitativer und qualitativer Daten. *Pflege* 2017; 30: 53–63
- 6 Agarwal R, Sands DZ, Schneider JD. Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. hospitals. *J Healthc Manag* 2010; 55: 265–281
- 7 Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication Failures - An Insidious Contributor to Medical Mishaps. *Acad Med* 2004; 79: 186–194
- 8 The Joint Commission. Improving America's Hospitals: The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety. 2007
- 9 Dingwall R. Accomplishing Profession. *Sociol Rev* 1978; 24: 331–350
- 10 Antoni CH. Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2010; 104: 18–24
- 11 Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. 2012
- 12 Klaes L, Köhler T, Rommel A, Schüler G, Schröder H. Zukünftige Qualifikationserfordernisse bei beruflichen Tätigkeiten auf mittlerer Qualifikationsebene im Bereich Public Private Health. Abschlussbericht. Bonn, 2011

- 13 Osterloh F. Pflegepersonal-Stärkungsgesetz: Mehr Geld für die Pflege. Dtsch Arztebl 2018; 115: A-1461
- 14 Barr H. Interprofessional Education: Today, Yesterday and Tomorrow. A review. 2002
- 15 World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva, Switzerland, 2010
- 16 Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R, Hahn EG, Kaap-Fröhlich S, Karstens S, Reiber K, Stock-Schröer B, Sottas B. Position statement GMA Committee – „Interprofessional Education for the Health Care Professions“. GMS Z Med Ausbild 2015; 32
- 17 Interprofessional Education Collaborative. Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: 2016 Update. Washington, DC, 2016
- 18 Academic Collaborative for Integrative Health. Competencies for Optimal Practice in Integrated Environments. 2018; Im Internet: http://www.pacificcollege.edu/sites/default/files/ACCAHC_Competencies.pdf (Zugriff: 27.04.20)
- 19 Fragemann K, Meyer N, Graf BM, Wiese CHR. Interprofessionelle Lehre in der Schmerzmedizin. Der Schmerz 2012; 26: 369–382
- 20 Schwarzbeck V, Hundertmark J, Wipfler K, Mahler C, Frankenhauser S, Schultz JH. Suggestions for interprofessional educational courses from a students' perspective – A qualitative study. GMS J Med Educ 2019; 36
- 21 Woermann U, Weltsch L, Kunz A, Stricker D, Guttormsen S. Attitude towards and Readiness for Interprofessional Education in Medical and Nursing Students of Bern. GMS J Med Educ 2016; 33
- 22 Linde K, Alscher A, Friedrichs C, Joos S, Schneider A. Die Verwendung von Naturheilverfahren, komplementären und alternativen Therapien in Deutschland - eine systematische Übersicht bundesweiter Erhebungen. Complement Med Res 2014; 21
- 23 Hollenberg D, Bourgeault I. Linking integrative medicine with interprofessional education and care initiatives: Challenges and

- opportunities for interprofessional collaboration. *J Interprof Care* 2011; 25: 182–188
- 24 Kligler B, Brooks AJ, Maizes V, Goldblatt E, Klatt M, Koithan MS, Kreitzer MJ, Lee JK, Lopez AM, McClafferty H, Rhode R, Sandvold I, Saper R, Taren D, Wells E, Lebensohn P. Interprofessional Competencies in Integrative Primary Healthcare. *Glob Adv Heal Med* 2015; 4: 33–39
- 25 Templeman K, Robinson A, McKenna L. Advancing medical education: Connecting interprofessional collaboration and education opportunities with integrative medicine initiatives to build shared learning. *J Complement Integr Med* 2016; 13: 347–355
- 26 Rivera J, de Lisser R, Dhruva A, Fitzsimmons A, Hyde S, Reddy S, Tsourounis C, Adler SR. Integrative Health: An Interprofessional Standardized Patient Case for Prelicensure Learners. *MedEdPORTAL* 2018; 14: 10715
- 27 Kutt A, Mayan M, Bienko I, Davies JA, Bhatt H, Vohra S. An Undergraduate Course Combining Interprofessional Education and Complementary Health Approaches Learning Objectives: Successful Integrative Learning that Improves Interest and Reduces Redundancy. *Explore* 2019; 15: 273–282
- 28 Rosenthal B, Gravrand H, Lisi AJ. Interprofessional collaboration among complementary and integrative health providers in private practice and community health centers. *J Interprofessional Educ Pract* 2019; 15: 70–74
- 29 Homberg A, Klafke N, Loukanova S, Glassen K. Findings from a three-round Delphi study: essential topics for interprofessional training on complementary and integrative medicine. *BMC Complement Med Ther* 2020; 20: 348
- 30 Peltzer K, Pengpid S. Prevalence and Determinants of Traditional, Complementary and Alternative Medicine Provider Use among Adults from 32 Countries. *Chin J Integr Med* 2016; 24: 584–590
- 31 Eardley S, Bishop FL, Prescott P, Cardini F, Rey KS, Vas J, Ammon K Von, Hegyi G, Dragan S, Uehleke B, Fønnebø V, Lewith G. CAM use in Europe – The patients’ perspective. Part I: A systematic literature review of CAM prevalence in the EU. 2012

- 32 Marstedt G. Alternative Medizin: Eine Bilanz aus Patientensicht. Gesundheitsmonitor, ein Newsl der Bertelsmann-Stiftung 2003; 2: 2–5
- 33 Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. Der Arzneimittelmarkt in Deutschland. Zahlen und Fakten. 2018
- 34 Marstedt G, Moebus S. Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2002; Heft 9
- 35 Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildungen (Zusatzbezeichnung). Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018; Im Internet: <http://www.gbe-bund.de/> (Zugriff: 27.04.20)
- 36 Wong LY, Toh MPHS, Kong KH. Barriers to patient referral for Complementary and Alternative Medicines and its implications on interventions. Complement Ther Med 2010; 18: 135–142
- 37 Fischer FH, Lewith G, Witt CM, Linde K, von Ammon K, Cardini F, Falkenberg T, Fønnebø V, Johannessen H, Reiter B, Uehleke B, Weidenhammer W, Brinkhaus B. High prevalence but limited evidence in complementary and alternative medicine: Guidelines for future research. BMC Complement Altern Med 2014; 14
- 38 Clement YN, Williams AF, Khan K, Bernard T, Bhola S, Fortuné M, Medupe O, Nagee K, Seaforth CE. A gap between acceptance and knowledge of herbal remedies by physicians: The need for educational intervention. BMC Complement Altern Med 2005; 5
- 39 Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Approbationsordnung für Ärzte. 2002
- 40 Medizinischer Fakultätentag. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM). 2015
- 41 Studiengangsordnung (Satzung) für Studierende des Studiengangs Medizin an der Universität zu Lübeck. 2011
- 42 Kusak G, Gülich M, Lay W, Morfeld M, Schwarzkopf S, Mau W. Entwicklung der Lehre im Querschnittsbereich „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ an den medizinischen Fakultäten 2004-2006/07. Rehabilitation 2008; 47: 2–7

- 43 Hall H, Brosnan C, Frawley J, Wardle J, Collins M, Leach M. Nurses' communication regarding patients' use of complementary and alternative medicine. *Collegian* 2017
- 44 Klafke N, Homberg A, Glassen K, Mahler C. Addressing holistic healthcare needs of oncology patients: Implementation and evaluation of a complementary and alternative medicine (CAM) course within an elective module designed for healthcare professionals. *Complement Ther Med* 2016; 29: 190–195
- 45 Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV). 2019
- 46 Bundesinstitut für Berufsbildung. Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. 2019
- 47 Kern D, Thomas P, Howard D, Bass E. Curriculum Development for Medical Education. A Six-Step Approach. Baltimore, London: The John Hopkins University Press, 1998
- 48 Mahler C, Gutmann T, Karstens S, Joos S. Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. *GMS Z Med Ausbild* 2014; 31
- 49 Kälble K. Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit - Terminologische Klärungen. In: Kaba-Schönstein L, Kälble K (Hrsg.). *Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP)*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2004: 29–41
- 50 Rogers GD, Thistlethwaite JE, Anderson ES, Abrandt Dahlgren M, Grymonpre RE, Moran M, Samarasekera DD. International consensus statement on the assessment of interprofessional learning outcomes. *Med Teach* 2017; 39: 347–359
- 51 Falkenberg T, Lewith G, Roberti di Sarsina P, Von Ammon K, Santos-Rey K, Hök J, Frei-Erb M, Vas J, Saller R, Uehleke B. Towards a pan-European definition of complementary and alternative medicine - A realistic ambition? *Forsch Komplementarmed* 2012; 19: 6–8

- 52 Joos S. Komplementärmedizin im Zeitalter der Evidenzbasierten Medizin. *Z Allgemeinmed* 2011; 166–168
- 53 National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? 2018; Im Internet: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name> (Zugriff: 01.05.20)
- 54 Lemieux-Charles L, McGuire WL. What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Med Care Res Rev* 2006; 63: 263–300
- 55 Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud* 2008; 45: 140–153
- 56 San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care* 2005; 19: 132–147
- 57 Müller C, Zimmermann L, Körner M. Förderfaktoren und Barrieren interprofessioneller Kooperation in Rehabilitationskliniken - Eine Befragung von Führungskräften. *Rehabil* 2014; 53: 390–395
- 58 Karsch-Völk M, Lüssenheide J, Linde K, Schmid E, Schneider A. Was sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzten? - Ergebnisse einer Mixed Methods Querschnittserhebung in bayerischen Pflegeeinrichtungen. *Gesundheitswesen* 2015
- 59 Tang CJ, Zhou WT, Chan SWC, Liaw SY. Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study. *J Nurs Manag* 2018; 26: 11–18
- 60 O'Leary KJ, Sehgal NL, Terrell G, Williams M V. Interdisciplinary teamwork in hospitals: A review and practical recommendations for improvement. *J Hosp Med* 2012; 7: 48–54
- 61 Mickan S, Rodger S. The organisational context for teamwork: Comparing health care and business literature. *Aust Heal Rev* 2000; 23: 179

- 62 Dow AW, Zhu X, Sewell D, Banas CA, Mishra V, Tu SP. Teamwork on the rocks: Rethinking interprofessional practice as networking. *J Interprof Care* 2017; 31: 677–678
- 63 Frenk J, Chen L, Bhutta Z a, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Gates M. Health professionals for a new century : transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376: 1923–1958
- 64 Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen. Berufsübergreifend Denken – Interprofessionell Handeln. 2019
- 65 Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes [Systematic Review] (update). *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 3
- 66 Dyess AL, Brown JS, Brown ND, Flautt KM, Barnes LJ. Impact of interprofessional education on students of the health professions: a systematic review. *J Educ Eval Health Prof* 2019; 16: 33
- 67 Thistlethwaite JE. Collaboration, cooperation, communication, contact and competencies. *GMS J Med Educ* 2016; 33: 11–21
- 68 Committee on Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes, Board on Global Health, Institute of Medicine. Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes. Washington, DC, 2015
- 69 Visser CL, Ket JC, Croiset G, Kusrkar RA. Perceptions of residents, medical and nursing students about Interprofessional education: A systematic review of the quantitative and qualitative literature. *BMC Med Educ* 2017; 17
- 70 Boggatz T, Altmeyen S, Unger A. Das Selbst- und Fremdbild von Auszubildenden in der Pflege, Physiotherapie und Ergotherapie und seine Bedeutung für die interprofessionelle Kooperation. *Pflege Z* 2010; 63: 422–426
- 71 Maharajan MK, Rajiah K, Khoo SP, Chellappan DK, De Alwis R, Chui HC,

- Tan LL, Tan YN, Lau SY. Attitudes and readiness of students of healthcare professions towards interprofessional learning. *PLoS One* 2017; 12
- 72 Eich-Kroh A, Kaufmann A, Winkler-Stuck K, Werwick K, Spura A, Robra B-P. First contact: Interprofessional education based on medical students' experiences from their nursing internship. *GMS Z Med Ausbild* 2016; 33
- 73 Carpenter J. Doctors and nurses: Stereotypes and stereotype change in interprofessional education. *J Interprof Care* 1995; 9: 151–161
- 74 Berger S, Mahler C, Krug K, Szecsenyi J, Schultz JH. Evaluation of interprofessional education: Lessons learned through the development and implementation of an inter professional seminar on team communication for undergraduate health care students in Heidelberg – A project report. *GMS Z Med Ausbild* 2016; 33
- 75 Ebert L, Hoffman K, Levett-Jones T, Gilligan C. „They have no idea of what we do or what we know“: Australian graduates' perceptions of working in a health care team. *Nurse Educ Pract* 2014; 14: 544–550
- 76 Buring SM, Bhushan A, Broeseker A, Conway S, Duncan-Hewitt W, Hansen L, Westberg S. Interprofessional education: Definitions, student competencies, and guidelines for implementation. *Am J Pharm Educ* 2009; 73
- 77 Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. *Effective interprofessional education: argument, assumption and evidence*. London: Blackwell Publishing, 2005
- 78 Abu-Rish E, Kim S, Choe L, Varpio L, Malik E, White AA, Craddick K, Blondon K, Robins L, Nagasawa P, Thigpen A, Chen LL, Rich J, Zierler B. Current trends in interprofessional education of health sciences students: A literature review. *J Interprof Care* 2012; 26: 444–451
- 79 Homeyer S, Hoffmann W, Hingst P, Oppermann RF, Dreier-Wolfgramm A. Effects of interprofessional education for medical and nursing students: Enablers, barriers and expectations for optimizing future interprofessional collaboration - a qualitative study. *BMC Nurs* 2018; 17
- 80 Nock L. Interprofessional teaching and learning in the health care

- professions: A qualitative evaluation of the Robert Bosch Foundation's grant program „Operation Team“. *GMS J Med Educ* 2016; 33
- 81 Zirn L, Korner M, Luzay L, Sandeck F, Muller-Frohlich C, Straub C, Stosel U, Silbernagel W, Fischer J. Design and evaluation of an IPE module at the beginning of professional training in medicine, nursing, and physiotherapy. *GMS J Med Educ* 2016; 33
- 82 Universität zu Lübeck. Interprofessionalisierung. Im Internet: <https://www.uni-luebeck.de/ncch/studium/studiengaenge/pflege/kennenlernen/interprofessionalisierung.html> (Zugriff: 04.10.2020)
- 83 Mahler C, Berger SJ, Karstens S, Campbell S, Roos M, Szecsenyi J. Re-profiling today's health care curricula for tomorrow's workforce: Establishing an interprofessional degree in Germany. *J Interprof Care* 2015; 29: 386–388
- 84 Sander O, Schmidt R, Rehkämper G, Lögters T, Zilkens C, Schneider M. Interprofessional education as part of becoming a doctor or physiotherapist in a competency-based curriculum. *GMS J Med Educ* 2016; 33
- 85 Balzer K, Schröder R, Junghans A, Stahl U, Träder J-M, Köpke S. Improving competencies in evidence-based dementia care: Results from a pilot study on a novel inter-professional training course (the KOMPIDEM project). *GMS J Med Educ* 2016; 33: Doc35
- 86 Beer AM, Ostermann T. On the use of classical naturopathy and complementary medicine procedures in hospitals and clinics practicing gynecology and obstetrics in Germany: Results of a questionnaire survey. *Gynecol Obstet Invest* 2003; 55: 73–81
- 87 Schwarz S, Messerschmidt H, Völzke H, Hoffmann W, Lucht M, Dören M. Use of complementary medicinal therapies in West Pomerania: A population-based study. *Climacteric* 2008; 11: 124–134
- 88 Clarke TC, Black LI, Stussman BJ, Barnes PM, Nahin RL. Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002–2012. *Natl Health Stat Report* 2015; 1–16
- 89 Davis EL, Oh B, Butow PN, Mullan BA, Clarke S. Cancer patient disclosure

- and patient-doctor communication of complementary and alternative medicine use: A systematic review. *Oncologist* 2012; 17: 1475–1481
- ⁹⁰ Canizares M, Hogg-Johnson S, Gignac MA, Glazier RH, Badley EM. Changes in the use practitioner-based complementary and alternative medicine over time in Canada: Cohort and period effects. *PLoS One* 2017; 12
- ⁹¹ Singer J, Adams J. Integrating complementary and alternative medicine into mainstream healthcare services: The perspectives of health service managers. *BMC Complement Altern Med* 2014; 14
- ⁹² Grace S. Interprofessional competencies in the curriculum: Interpretations of educators from five health professions. *J Interprof Care* 2015; 29: 499–500
- ⁹³ Sanford NN, Sher DJ, Ahn C, Aizer AA, Mahal BA. Prevalence and Nondisclosure of Complementary and Alternative Medicine Use in Patients with Cancer and Cancer Survivors in the United States. *JAMA Oncol* 2019; E1–E3
- ⁹⁴ Prajapati SH, Kahn RF, Stecker T, Pulley LV. Curriculum planning: A needs assessment for complementary and alternative medicine education in residency. *Fam Med* 2007; 39: 190–194
- ⁹⁵ Wahner-Roedler DL, Vincent A, Elkin PL, Loehrer LL, Cha SS, Bauer BA. Physicians' attitudes toward complementary and alternative medicine and their knowledge of specific therapies: A survey at an academic medical center. *Evidence-based Complement Altern Med* 2006; 3: 495–501
- ⁹⁶ Ben-Arye E, Frenkel M, Klein A, Scharf M. Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care: Perspectives of patients, physicians and complementary practitioners. *Patient Educ Couns* 2008; 70: 395–402
- ⁹⁷ Waddington F, Lee J, Naunton M, Kyle G, Thomas J, O'Kane G. Complementary medicine use among Australian patients in an acute hospital setting: An exploratory, cross sectional study. *BMC Complement Altern Med* 2019; 19

- 98 Lim EJ, Vardy JL, Oh BS, Dhillon HM. Comparison of integrative medicine centers in the USA and Germany: a mixed method study. *Support Care Cancer* 2017; 25: 1865–1872
- 99 Chang H-Y, Chang H-L. A review of nurses' knowledge, attitudes, and ability to communicate the risks and benefits of complementary and alternative medicine. *J Clin Nurs* 2015; 24: 1466–1478
- 100 Frass M, Strassl RP, Friehs H, Müllner M, Kundi M, Kaye AD. Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. *Ochsner J* 2012; 12: 45–56
- 101 Jong M, Lundqvist V, Jong MC. A cross-sectional study on Swedish licensed nurses' use, practice, perception and knowledge about complementary and alternative medicine. *Scand J Caring Sci* 2015; 29: 642–650
- 102 Klafke N, Mahler C, von Hagens C, Rochon J, Schneeweiss A, Müller A, Salize HJ, Joos S. A complex nursing intervention of complementary and alternative medicine (CAM) to increase quality of life in patients with breast and gynecologic cancer undergoing chemotherapy: Study protocol for a partially randomized patient preference trial. *Trials* 2015; 16
- 103 Ortiz M, Ammann ES, Gross CS, Schnabel K, Walbaum T, Binting S, Fischer HF, Teut M, Kottner J, Suhr R, Brinkhaus B. Complementary medicine in nursing homes - Results of a mixed methods pilot study. *BMC Complement Altern Med* 2014; 14
- 104 Dunger C, Schnell MW. Nurses end-of-life decision making. Professional nurses about the application of complementary care for patients with breathlessness. *Pflege Z* 2012; 65: 170–175
- 105 Helms JE. Complementary and alternative therapies: a new frontier for nursing education? *J Nurs Educ* 2006; 45: 117–123
- 106 Little C. Integrative health care: Implications for nursing practice and education. *Br J Nurs* 2013; 22: 1160–1164
- 107 Flaherty G, Fitzgibbon J, Cantillon P. Attitudes of medical students toward

- the practice and teaching of integrative medicine. *J Integr Med* 2015; 13: 412–415
- 108 Joyce P, Wardle J, Zaslowski C. Medical student attitudes towards complementary and alternative medicine (CAM) in medical education: A critical review. *J Complement Integr Med* 2016; 13: 333–345
- 109 James PB, Bah AJ, Kondorvoh IM. Exploring self-use, attitude and interest to study complementary and alternative medicine (CAM) among final year undergraduate medical, pharmacy and nursing students in Sierra Leone: A comparative study. *BMC Complement Altern Med* 2016; 16
- 110 Valentini J, Glassen K, Eicher C, Washington-Dorando P, Weinschenk S, Musselmann B, Steinhäuser J, Joos S. „Kritische Diskussion sollte mehr gefördert werden!“ – Eine qualitative Auswertung der Lehrevaluation von Medizinstudierenden zur komplementärmedizinischen Lehre. *Dtsch Medizinische Wochenschrift* 2018; 143: e125–e130
- 111 Mattison MJ, Nemeč EC. An active learning complementary and alternative medicine session in a self-care therapeutics class. *Am J Pharm Educ* 2014; 78
- 112 Bailey ML, Chudgar SM, Engle DL, Moon SD, Grochowski COC, Clay AS. The impact of a mandatory immersion curriculum in integrative medicine for graduating medical students. *Explor J Sci Heal* 2015; 11: 394–400
- 113 Forjuoh SN, Rascoe TG, Symm B, Edwards JC. Teaching medical students complementary and alternative medicine using evidence-based principles. *J Altern Complement Med* 2003; 9: 429–439
- 114 McCallin A. Interdisciplinary practice - A matter of teamwork: An integrated literature review. *J Clin Nurs* 2001; 10: 419–428
- 115 Wille E, Schrappe M, Gerlach F, Glaeske G, Haubitz M, Kuhlmeier A, Roseenbrock R. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. 2009
- 116 Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 6

- 117 World Health Organization (WHO). Transforming and scaling up health professional's education and training - World Health Organization Guidelines 2013. 2013; 36
- 118 Kuckartz U. Grundlagen und Grundbegriffe von Mixed-Methods-Forschung. In: Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer VS, 2014: 27–56
- 119 Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 3. Auflage. Los Angeles: SAGE, 2017
- 120 Kuckartz U. Designs für die Mixed-Methods-Forschung. In: Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer VS, 2014: 57–98
- 121 Halcomb E, Hickman L. Mixed methods research. Nurs Stand 2014; 29: 41–47
- 122 Kuckartz U. Zukunft von Mixed-Methods und Empfehlungen für den Praxiseinstieg. In: Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer VS, 2014: 155–164
- 123 Flick U. Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag, 2015: 309–318
- 124 Flick U, von Kardorff E, Steinke I. Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag, 2015: 13–30
- 125 Wollny A, Marx G. Qualitative Sozialforschung - Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Z Allgemeinmed 2009; 85: 467–476
- 126 Kühn T, Koschel K-V. Gruppendiskussionen. Ein Praxis-Handbuch. Wiesbaden: Springer VS, 2017
- 127 Bohnsack R. Gruppendiskussion. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag, 2015: 369–384

- 128 Tausch A, Menold N. Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung: welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen? GESIS Pap 2015; 12
- 129 Carlsen B, Glenton C. What about N? A methodological study of sample-size reporting in focus group studies. *BMC Med Res Methodol* 2011; 11
- 130 Hopf C. Qualitative Interviews - Ein Überblick. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag, 2015: 349–360
- 131 Valentini J, Ruppert D, Magez J, Stegbauer C, Bramesfeld A, Goetz K. Integrated care in German mental health services as benefit for relatives - a qualitative study. *BMC Psychiatry* 2016; 16
- 132 Lambert SD, Loisel CG. Combining individual interviews and focus groups to enhance data richness. *J Adv Nurs* 2008; 62: 228–237
- 133 Dresing T, Pehl T. *Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitung für qualitative ForscherInnen*. 1. Auflage. Marburg: Eigenverlag, 2011
- 134 Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag, 2015: 468–475
- 135 Schmidt C. Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag, 2015: 447–456
- 136 Kuckartz U. Mixed-Methods-Datenanalyse. In: *Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer VS, 2014: 99–122
- 137 Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa, 2015
- 138 Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag, 2015: 319–331

- 139 Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care* 2007; 19: 349 – 357
- 140 Porst R. Fragebogen - Ein Arbeitsbuch. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009
- 141 Ernst E. Komplementärmedizin - Eine kritische Analyse. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 2008; 158: 218–221
- 142 Hoefert H-W, Uehleke B. Komplementäre Heilverfahren im Gesundheitswesen. Analyse und Bewertung. Bern: Huber, 2009
- 143 Pietroni PC. Beyond the boundaries: Relationship between general practice and complementary medicine. *Br Med J* 1992; 305: 564–566
- 144 Jütte R. Alternativmedizin. *Enzyklopädie Medizingeschichte* 2005; 42–49
- 145 Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2. Lawrence Erlbaum Associates, 1988
- 146 Backhaus K, Erichson B, Plinke W, Weiber R. *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. 11. Aufl. Berlin: Springer-Verlag, 2006
- 147 Sturges JE, Hanrahan KJ. Comparing Telephone and Face-to-Face Qualitative Interviewing: A Research Note. *Qual Res* 2004; 4: 107–118
- 148 Kühn T, Koschel K-V. Analyse von Gruppendiskussionen. In: *Gruppendiskussionen. Ein Praxis-Handbuch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011: 173–216
- 149 Mahler C, Karstens S, Roos M, Szecsenyi J. Interprofessionelle Ausbildung für eine patientenzentrierte Versorgung der Zukunft. Die Entwicklung eines Kompetenzprofils für den Bachelor-Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2012; 106: 523–532
- 150 Postgraduierten-Studiengang Master of Medical Education (MME) Deutschland. Im Internet: <http://www.mme-de.net/index.php> (Zugriff: 29.04.20)

- 151 White A, Boon H, Alraek T, Lewith G, Liu JP, Norheim AJ, Steinsbekk A, Yamashita H, Fønnebø V. Reducing the risk of complementary and alternative medicine (CAM): Challenges and priorities. *Eur J Integr Med* 2014; 6: 404–408
- 152 Döring N, Bortz J. *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2016: 405
- 153 Fan W, Yan Z. Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review. *Comput Human Behav* 2010; 26: 132–139
- 154 Menold N, Züll C. Standardisierte Erfassung von Verweigerungs -gründen in face-to-face Umfragen. *Methoden, Daten, Anal* 2011; 5: 91–108
- 155 Couper MP, Coutts E. Online-Befragung. Probleme und Chancen verschiedener Arten von Online-Erhebungen. In: Diekmann A (Hrsg.). *Methoden der Sozialforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2006: 217–243
- 156 Göritz AS, Crutzen R. Reminders in web-based data collection: Increasing response at the price of retention? *Am J Eval* 2012; 33: 240–250
- 157 Carrabba J, Wyckoff S, Scribani M, Jenkins P, May J. Self-selection bias in an epidemiological study of respiratory health of a rural population. *J Agromedicine* 2012; 17: 316–325
- 158 Selikoff IJ, Seidman H. Evaluation of selection bias in a cross-sectional survey. *Am J Ind Med* 1991; 20: 615–627
- 159 Haynes A, Robinson E. Who are we testing? Self-selection bias in laboratory-based eating behaviour studies. *Appetite* 2019; 141
- 160 Messingschlager M. *Fehlende Werte in den Sozialwissenschaften-Analyse und Korrektur mit Beispielen aus dem ALLBUS*. University of Bamberg Press, 2012
- 161 Graneheim UH, Lindgren BM, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today* 2017; 56: 29–34
- 162 Thomson K, Outram S, Gilligan C, Levett-Jones T. Interprofessional experiences of recent healthcare graduates: A social psychology

- perspective on the barriers to effective communication, teamwork, and patient-centred care. *J Interprof Care* 2015; 29: 634–640
- 163 Steinauer JE, Teherani A, Mangini R, Chien J, ten Cate O, O’Sullivan P. Characterizations of motivation and identity in medical students’ reflections about challenging patient interactions. *Med Teach* 2019
- 164 Salas E, Sims DE, Shawn Burke C. Is there A „big five“ in teamwork? *Small Gr Res* 2005; 36: 555–599
- 165 Burr S, Neve H, Leung Y. Evaluating your professionalism. *Br J Hosp Med* 2016; 77: 634–637
- 166 Epstein RM, Hundert EM. Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA* 2002; 287: 226–235
- 167 Hodges BD, Ginsburg S, Cruess R, Cruess S, Delpont R, Hafferty F, Ho MJ, Holmboe E, Holtman M, Ohbu S, Rees C, Ten Cate O, Tsugawa Y, Van Mook W, Wass V, Wilkinson T, Wade W. Assessment of professionalism: Recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Med Teach* 2011; 33: 354–363
- 168 Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: A guide for medical educators. *Acad Med* 2015; 90: 718–725
- 169 Bainbridge L, Nasmith L, Orchard C, Wood V. Competencies for Interprofessional Collaboration. *J Phys Ther Educ* 2010; 24: 6–11
- 170 van Thiel J, Ram P, van Dalen J, Steinhäuser J, Berger S, von der Bey J, Böhmer K, Hammersen F, Fichtner C, Flum E. *MAAS-Global-D Handbuch*. Lübeck, 2015
- 171 Ram P, van der Vleuten C, Rethans J, Grol R, Aretz K. Assessment of Practicing Family Physicians: Comparison of Observation in a Multiple-station Examination Using Standardized Patients with Observation of Consultations in Daily Practice. *Acad Med* 1999; 74: 62–69
- 172 van Thiel J, van der Vleuten C, Kraan H. Assessment of medical interviewing skills: generalizability of scores using successive MAAS-

- versions. In: Harden R, Hart I, Mulholland H (Hrsg.). Approaches to the assessment of clinical competence. Dundee, Centre for Medical education, 1992: 536–540
- 173 Strumann C, Steinhäuser J, Emcke T, Sönnichsen A, Goetz K. Communication training and the prescribing pattern of antibiotic prescription in primary health care. *PLoS One* 2020; 15: 1–19
- 174 Bowen JL, Boscardin KC, Chiovaro J, ten Cate O, Regehr G, Irby DM, O'Brien BC. A view from the sender side of feedback: anticipated receptivity to clinical feedback when changing prior physicians' clinical decisions - a mixed methods study. *Adv Heal Sci Educ* 2019
- 175 Müller CA, Fleischmann N, Cavazzini C, Heim S, Seide S, Geister C, Tetzlaff B, Hoell A, Werle J, Weyerer S, Scherer M, Hummers E. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): Development and piloting of measures to improve interprofessional collaboration and communication: A qualitative multicentre study. *BMC Fam Pract* 2018; 19: 1–11
- 176 Weber T, Hoffmann H. The subjective experience of collaboration in interprofessional tutor teams: A qualitative study. *GMS J Med Educ* 2016; 33: Doc25
- 177 DiazGranados D, Dow AW, Appelbaum N, Mazmanian PE, Retchin SM. Interprofessional practice in different patient care settings: A qualitative exploration. *J Interprof Care* 2017; 32: 151–159
- 178 Meades S. Integrative care planning in acute psychiatry. *J Adv Nurs* 1989; 14: 630–639
- 179 Joseph R, Kester R, O'Brien C, Huang H. The Evolving Practice of Psychiatry in the Era of Integrated Care. *Psychosomatics* 2017; 58: 466–473
- 180 Bröcheler A, Bergmann F, Schneider F. Models of mental health care in psychiatry across sectoral borders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 259: 227–232
- 181 Vietz E, März E, Lottspeich C, Wölfel T, Fischer MR, Schmidmaier R. Ward

- round competences in surgery and psychiatry - A comparative multidisciplinary interview study. *BMC Med Educ* 2019; 19
- 182 Messinger SD. „That’s not his only problem...“ clinical teamwork in a psychiatric emergency room. *Cult Med Psychiatry* 2006; 30: 363–387
- 183 Gabrielsson S, Looi GME, Zingmark K, Sävenstedt S. Knowledge of the patient as decision-making power: staff members’ perceptions of interprofessional collaboration in challenging situations in psychiatric inpatient care. *Scand J Caring Sci* 2014; 28: 784–792
- 184 Riisgaard H, Søndergaard J, Munch M, Le J V., Ledderer L, Pedersen LB, Nexøe J. Work motivation, task delegation and job satisfaction of general practice staff: A cross-sectional study. *Fam Pract* 2017; 34: 188–193
- 185 Goetz K, Campbell S, Broge B, Brodowski M, Steinhäuser J, Wensing M, Szecsenyi J. Job satisfaction of practice assistants in general practice in Germany: An observational study. *Fam Pract* 2013; 30: 411–417
- 186 Paradis E. Interprofessional education for interprofessional collaboration: Where should we go from here? In: Symposium „OP Team meets Port“ - Interprofessionelle Kooperation in der ambulanten Versorgung. Berlin, 2017
- 187 Nowak AC, Klimke-Jung K, Schäfer T, Reif K. Interprofessional practice in health care: An educational project with four learning sequences for students from six study programs. *GMS Z Med Ausbild* 2016; 33
- 188 Kälble K. Der Akademisierungsprozess der Pflege: Eine Zwischenbilanz im Kontext aktueller Entwicklungen und Herausforderungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2013; 56: 1127–1134
- 189 Friedrichs A, Schaub H-A. Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektive. *Humanmedizin* 2011; 28: 1–13
- 190 Sailer M. Die Akademisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe - Veränderungsprozesse im Kontext von Bedarfen , Professionalisierung und Ideologien. In: Jerg-Bretzke L, Walter S (Hrsg.). *FEEL! Festschrift für Harald C. Traue*. Lengerich: Pabst Science Publishers, 2017: 119–143
- 191 Brandt B, Lutfiyya MN, King JA, Chioreso C. A scoping review of

- interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. *J Interprof Care* 2014; 28: 393–399
- 192 Cox M, Cuff P, Brandt B, Reeves S, Zierler B. Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes. *J Interprof Care* 2016; 30: 1–3
- 193 Posenau A, Peters T. Communicative positioning of one's own profession in interprofessional settings. *GMS J Med Educ* 2016; 33
- 194 Jütte R. Medizinhistorische Kurzexpertise zur Einordnung der Komplementärmedizin. *Inst für Geschichte der Medizin* 2013; 6–9
- 195 Anlauf M, Hein L, Hense HW, Köbberling J, Lasek R, Leidl R, Schöne-Seifert B. Complementary and alternative drug therapy versus science-oriented medicine. *GMS Ger Med Sci* 2015; 13
- 196 Eckart WU, Jütte R. *Medizingeschichte – Eine Einführung*. UTB-Verlag, 2007
- 197 Jütte R. Von den medizinischen Sekten des 19. Jahrhunderts zu den unkonventionellen Richtungen von heute – Anmerkungen eines Medizinhistorikers. *Mater der EZW* 2004; 10: 369
- 198 Willich SN, Girke M, Hoppe J-D, Kiene H, Klitzsch W, Matthiessen PF, Meister P, Ollenschläger G, Heimpel H. Schulmedizin und Komplementärmedizin. Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden. *Dtsch Arztebl* 2004; 101: A 1314-1319
- 199 Kliniken Essen-Mitte gGmbH. Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin. Im Internet: https://www.essen.de/gesundheit/kliniken/kliniken_essen_mitte/Kliniken_EssenMitte_12.de.html (Zugriff: 11.12.19)
- 200 Klinik für Integrative Medizin und Naturheilkunde. Im Internet: <https://www.sozialstiftung-bamberg.de/klinikum-bamberg/kliniken-und-experten/klinik-fuer-integrative-medizin-und-naturheilkunde/> (Zugriff: 11.12.19)
- 201 Komplementäre Angebote für onkologische Patienten. Naturheilkunde und Integrative Medizin. Im Internet: <https://www.rbk.de/standorte/robert-bosch-krankenhaus/abteilungen/naturheilkunde-und-integrative->

- medizin.html (Zugriff: 11.12.19)
- 202 Sacket DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Br Med J* 1996; 312: 71–72
- 203 Joos S, Musselmann B, Miksch A, Rosemann T, Szecsenyi J. The role of complementary and alternative medicine (CAM) in Germany - A focus group study of GPs. *BMC Health Serv Res* 2008; 8
- 204 Burkhard B. Risk-free complementary and alternative medicine? *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2008; 102: 568–573
- 205 Moulis F, Durrieu G, Lapeyre-Mestre M. Off-label and unlicensed drug use in children population. *Therapie* 2018; 73: 135–149
- 206 Saiyed MM, Ong PS, Chew L. Off-label drug use in oncology: a systematic review of literature. *J Clin Pharm Ther* 2017; 42: 251–258
- 207 Bündnis 90/Die Grünen, CDU-Landesverband. Baden-Württemberg gestalten: verlässlich. nachhaltig. innovativ. Koalitionsvertrag zwischen Bündnis 90/Die Grünen Baden-Württemberg und der CDU Baden-Württemberg 2016-2021. 2016
- 208 Dialogforum Pluralismus in der Medizin. Universitäre Einrichtungen für Naturheilkunde, Komplementärmedizin. Im Internet: <http://www.dialogforum-pluralismusindermedizin.de/links> (Zugriff: 13.10.19)
- 209 Witt C, Brinkhaus B, Jena S, Linde K, Streng A, Wagenpfeil S, Hummelsberger J, Walther HU, Melchart D, Willich SN. Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee: A randomised trial. *Lancet* 2005; 366: 136–143
- 210 Hoppe A, Pfaffenrath V, Streng A, Brinkhaus B, Willich SN, Weidenhammer W, Linde K, Jürgens S, Witt C, Hammes MG, Wagenpfeil S, Melchart D. Acupuncture for Patients With Migraine. *Jama* 2005; 293: 2118
- 211 Melchart D, Streng A, Hoppe A, Brinkhaus B, Witt C, Wagenpfeil S, Pfaffenrath V, Hammes M, Hummelsberger J, Irnich D, Weidenhammer W, Willich SN, Linde K. Acupuncture in patients with tension-type headache:

- Randomised controlled trial. *Br Med J* 2005; 331: 376–379
- 212 Linde K, Brinkhaus B. Randomized trials of Chinese herbal medicine: A new extension of the CONSORT statement. *Ann Intern Med* 2017; 167: 133–134
- 213 Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Ea V, Vickers A, Ar W. Acupuncture for the prevention of episodic migraine (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 6
- 214 Cochrane Library. Im Internet: <https://www.cochranelibrary.com/search> (Zugriff: 04.10.20)
- 215 Verhoef MJ, Lewith G, Ritenbaugh C, Boon H, Fleishman S, Leis A. Complementary and alternative medicine whole systems research: Beyond identification of inadequacies of the RCT. *Complement Ther Med* 2005; 13: 206–212
- 216 TS, EB. Weiterbildung. Neuerungen für drei Ärztekammern verabschiedet. *Dtsch Arztebl* 2019; 116: A2216
- 217 Ärztekammer Schleswig-Holstein. Weiterbildungsordnung vom 05.02.2020. 2020
- 218 Maybaum T. Homöopathie. Ohne Nutznachweis keine Erstattung auf Kassenkosten. *Dtsch Arztebl* 2020; 117: A234
- 219 Meissner K, Linde K. Expertise für die Bundesärztekammer. Krankheitsspezifische Ausprägung von Placeboeffekten. 2013
- 220 Bundesärztekammer. Placebo in der Medizin. Deutscher Ärzte-Verlag, 2011
- 221 Meissner K, Fässler M, Rücker G, Kleijnen J, Hróbjartsson A, Schneider A, Antes G, Linde K. Differential effectiveness of placebo treatments: A systematic review of migraine prophylaxis. *JAMA Intern Med* 2013; 173: 1941–1951
- 222 Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT. The German Health Care System in International Comparison. The Primary Care Physicians' Perspective. *Dtsch Arztebl* 2011; 108: 255–261

- 223 Goetz K, Kattge S, Steinhäuser J. The Phenomena of Naturopathic Practitioner: Predictors of a High Patient Throughput. Evidence-based Complement Altern Med 2017; 2017: 0–5
- 224 Hesmert D, Joos S, Hübner K, Samstag Y, Huber R, Simmet T, Valentini J. Komplementäre und Integrative Medizin an Universitätskliniken in Baden-Württemberg – Eine Befragung von Ärzten und Pflegefachkräften zu Einstellungen, Kenntnissen und Bedürfnissen. In: 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Innsbruck, 2018
- 225 Ernste P. Zwischen Ausgewogenheit und Verweigerung: Präventionsverhalten im mittleren Lebensalter. Forsch Aktuell 2011
- 226 Diketmüller R. Gender Mainstreaming in der Bewegungs- förderung. In: Geuter G, Holleder A (Hrsg.). Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit. Bern: Huber, 2012
- 227 Ellert U, Wirz J, Ziese T. Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (2. Welle). Berlin, 2006
- 228 Statistisches Bundesamt. Statistisches Jahrbuch 2019 - Kapitel 4 Gesundheit. 2019
- 229 Becker A, Becker S, Buss B, Edele F, Göpfert G, Schreiter S, Unger AH. Physiotherapie: Berufliches Selbstverständnis: Schülerbuch. Berlin: Cornelsen, 2011
- 230 Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. Was Physiotherapie ist und was sie leistet. Im Internet: <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/berufsbild.html> (Zugriff: 15.10.19)
- 231 Neupel C. Arzt und Heilpraktiker? Hess Arztebl 2001; 4: 183–184
- 232 Bundesministerium der Justiz. Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) §1. 1939
- 233 Heudorf U, Carstens A, Exner M. Heilpraktiker und öffentliches Gesundheitswesen: Gesetzliche Grundlagen sowie Erfahrungen aus den Überprüfungen der Heilpraktikeranwärter und der infektionshygienischen Überwachung von Heilpraktiker-Praxen im Rhein-Main-Gebiet 2004-2007. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2010;

- 53: 245–257
- 234 Kattge S, Goetz K, Glassen K, Steinhäuser J. Job Profile of Non-Medical Practitioners: A Cross-Sectional Study from the Health Service Perspective. *Complement Med Res* 2017; 24: 285–289
- 235 von Ammon K, Cardini F, Daig U, Dragan S, Frei-Erb M, Hegyi G, Roberti P, Sarsina D, Sørensen J, Ursoniu S, Weidenhammer W, Lewith G. Health Technology Assessment (HTA) and a map of CAM provision in the EU. 2013
- 236 Huber R, Koch D, Beiser I, Zschocke I, Luedtke R. Experience and attitudes towards CAM - a survey of internal and psychosomatic patients in a German university hospital. *Altern Ther Heal Med* 2004; 10: 32–36
- 237 Albrecht M, Kroemer H., Strehl R. An der Grenze der Belastbarkeit. *Dtsch Arztebl* 2013; 110: A65–A68
- 238 Duchrow C. Strukturierter Qualitätsbericht 2015: UKSH, Campus Lübeck. 2015
- 239 Simowitsch S, Kohlrausch J. Geschlechtersensible Sprache - Ein Leitfaden. Dezernat Chancengleichheit und Familie Universität zu Lübeck. Im Internet: https://www.uni-luebeck.de/fileadmin/uzl_barrierefreiheit/Flyer_Geschlechtersensible-Sprache.pdf (Zugriff: 18.06.2021)

IV. Anhang

Anhang 1: Leitfaden für die qualitative Erhebung	VII
Anhang 2: Aufklärung, Einwilligungserklärung und Kurzfragebogen für die qualitative Erhebung	VIII
Anhang 3: Transkriptionsregeln aus dem Institut für Allgemeinmedizin	XII
Anhang 4: COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist	XV
Anhang 5: Fragebogen und Anschreiben für die quantitative Erhebung	XVIII
Anhang 6: Ethikvotum	XXVII
Anhang 7: Soziodemographie nach Fachbereichen, quantitative Stichprobe	XXVIII
Anhang 8: Binär logistische Regression zum Einfluss von Variablen, um verschiedene Faktoren förderlich für die Zusammenarbeit zu finden	XXIX
Anhang 9: Angebot komplementärmedizinischer Verfahren	XXXII
Anhang 10: Nachfrage nach komplementärmedizinischen Verfahren	XXXIII
Anhang 11: Binär logistische Regression zum Einfluss von Faktoren auf das Interesse an Komplementärmedizin	XXXIV

Anhang 1: Leitfaden für die qualitative Erhebung



Leitfragen:

- 1) Welche Rolle spielen komplementärmedizinische Verfahren in Ihrem Beruf?
- 2) Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit Vertretern anderer Professionen in Bezug auf komplementärmedizinische Verfahren?
- 3) Was sind für Sie fördernde und was hinderliche Faktoren für interprofessionelle Zusammenarbeit?
- 4) Welche Strategien haben Sie für sich selbst entwickelt, um besser mit anderen Professionen zusammenzuarbeiten?
- 5) Welche Aspekte sind Ihnen noch wichtig, die wir bisher nicht thematisiert haben?

Anhang 2: Aufklärung, Einwilligungserklärung und Kurzfragebogen für die qualitative Erhebung



Teilnehmerinformationen und Einwilligungserklärung

Entwicklung und Implementierung eines Lehrmoduls Naturheilverfahren und Komplementärmedizin in der Interprofessionellen Lehre (CAMIPRO)

Phase 1: Analyse des Ausbildungsbedarfs und Herausstellen von professionsorientiertem Wissen mit Erarbeitung von Kompetenzprofilen der Berufsgruppen Medizin, Pflege und Physiotherapie in der Komplementärmedizin

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, führt in Kooperation mit der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege und dem Bereich für experimentelle Orthopädie und Unfallchirurgie, eine qualitative Studie zu den Themen Naturheilverfahren und Komplementärmedizin durch im Rahmen eines Projektes zur Entwicklung und Implementierung eines Lehrmoduls Naturheilverfahren und Komplementärmedizin in der interprofessionellen Lehre durch. Ziel soll es sein, das Wahlfach Naturheilverfahren, welches aktuell für Studentinnen und Studenten der Medizin angeboten wird, auch auf die Studentinnen und Studenten der Pflege und Physiotherapie auszurichten. Das Projekt wird gefördert durch die Karl und Veronica Carstens-Stiftung.

Wir möchten innerhalb dieser Studie als Teil des Projekts die Rolle von Komplementärmedizin in Ihrer Profession erfragen. Des Weiteren möchten wir herausfinden, wie sich die interprofessionelle Zusammenarbeit in Bezug auf

Version 1: 15.06.2017

Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung
Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser
Institut für Allgemeinmedizin · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

komplementärmedizinische Verfahren gestaltet und inwieweit Sie Chancen für eine interprofessionelle Ausbildung im Bereich der Komplementärmedizin sehen. Sie können uns durch Ihre Teilnahme helfen, das Wahlfach Komplementärmedizin für die medizinische, pflegerische und physiotherapeutische universitäre Ausbildung bestmöglich zu gestalten.

Die Teilnahme an der Studie beinhaltet ein ca. 60-minütiges Interview, welches in einer Gruppe mit weiteren Studienteilnehmern durchgeführt wird. Das Gruppeninterview wird moderiert, digital mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet, verschriftlicht und anschließend ausgewertet.

Datenschutzrechtliche Informationen

Ihre Daten werden in pseudonymisierter¹ Form, d.h. ohne direkten Bezug zu Ihrem Namen, elektronisch gespeichert und ausgewertet. Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck des oben genannten Studienvorhabens. Die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes werden eingehalten.

Zugriff auf Ihre Daten haben nur Mitarbeiter der Studie, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Dritte erhalten keinen Einblick in die Originalunterlagen. Die Daten sind vor fremdem Zugriff geschützt. Bei Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird Ihr Name nicht genannt.

Die Ethikkommission der Universität zu Lübeck hat im Rahmen des Ethikvotums vom

13.07.2017 keine Bedenken an der Durchführung der Studie geäußert. Die Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig und Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen, ohne dass daraus Nachteile für Sie entstehen. Sollten Sie weitere Fragen zu dieser Studie haben, wenden Sie sich gerne an Kristina Flägel (Tel.: 0451 3101-8012; E-Mail: kristina.flaegel@uni-luebeck.de).

¹ Pseudonymisieren (nach BDSG §3 Abs.6a) ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zum Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.



Einwilligungserklärung

Entwicklung und Implementierung eines Lehrmoduls Naturheilverfahren und Komplementärmedizin in der Interprofessionellen Lehre

Name, Vorname:

Geburtsjahr:

E-Mail:

Berufsbezeichnung:

Berufserfahrung:

Geschlecht: weiblich männlich

Ich habe die schriftliche Information zur oben genannten Studie erhalten, gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit alle meine Fragen zu stellen. Diese wurden zufriedenstellend und vollständig beantwortet. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Teilnahme freiwillig ist und dass ich das Recht habe, diese jederzeit ohne Angabe von Gründen sowie ohne daraus resultierende Nachteile zu beenden.

Version 1: 15.06.2017

Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung
Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser
Institut für Allgemeinmedizin · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview digital mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet und in pseudonymisierter Form vom Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein ausgewertet und veröffentlicht wird.

Bei Rücktritt von der Studie kann auf Wunsch bereits gewonnenes Datenmaterial gelöscht werden. Ich kann mich beim Ausscheiden aus der Studie entscheiden, ob ich mit der Auswertung des Materials bzw. der Studiendaten einverstanden bin oder nicht. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt meine Entscheidung ändern wollen, setze ich mich mit dem Studienleiter in Verbindung.

Ich erhalte eine Kopie dieser Einwilligungserklärung und das Original verbleibt bei der Studienleitung.

Ich wurde über meine Datenschutzrechte informiert. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner Daten sowie der Übermittlung im Rahmen der Studie bin ich einverstanden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Studienteilnehmers)

Name des aufklärenden Forschers:

(Ort, Datum)

(Unterschrift des aufklärenden Forschers)

Anhang 3: Transkriptionsregeln aus dem Institut für Allgemeinmedizin

Die Interviews werden wörtlich transkribiert. Es erfolgt **keine** sinngemäße Satzumlagerung.

Standard-Formatierungen

Arial

Schriftgröße 11

1,5-zeilig

Blocksatz

Seitenzahlen und durchlaufende Zeilennummerierung (jedes Transkript beginnt mit Zeile 1)

neuer Absatz bei Sprecherwechsel

Kopfzeile soll Projekttitle und Fokusgruppennummer bzw. Teilnehmernummer beinhalten

Zeitmarken

nach jedem Absatz (d.h. bei jedem Sprecherwechsel) und nach unverständlichen/unsicher transkribierten Äußerungen (im F4 Programm mit der Taste F8)

Sprecherbezeichnung bei Fokusgruppen und Interviews

Interviewer = I

Befragter = TN mit Kennnummer bei mehreren Befragten (z.B. TN1, TN5)

Sprechpausen

- Pause jeder Länge

Intonation

nein Unterstreichung bei sehr auffälliger Betonung

Satzzeichen zur Verdeutlichung der Intonation werden bei allen rhythmischen und syntaktischen Einschnitten des Redeverlaufs gesetzt, d.h. unabhängig von grammatischen Zeichensetzungsregeln:

? stark steigende Intonation (Fragen und steigend endende Stimmführung)

. stark sinkende Intonation (Abgeschlossener Gedanke)

, schwach steigende Intonation (kurzes Zögern, Gedanke wird aber fortgesetzt)

... schwach sinkende Intonation (abgebrochener Gedanke, gefolgt von einem anderen)	
: stark sinkende Intonation (Ankündigung einer ausführlichen Darstellung)	
(doch)	Vermuteter Wortlaut: Schlecht verständliche Äußerungen und/oder bei Unsicherheit
(5)	Unverständliche Äußerungen (Die Nummer entspricht der Dauer der unverständlichen Äußerung in Sekunden.)
>	Von anderen Teilnehmern unterbrochene Sätze, die nach der Unterbrechung beendet werden
[stöhnt]	Kommentare oder Anmerkungen zu parasprachlichen, nicht-verbalen oder gesprächsexternen Ereignissen
< Name >	Statt dem Namen verwenden des Pseudonyms (falls der TN durch Nennung eines Ortes oder einer Institutionen identifizierbar wird, sollte dieses ebenfalls nicht mit transkribiert werden: < Ort >, < Bank >, etc.)
Statt „Mhm“ [zustimmendes Geräusch]	wenn sie Teil der Antwort des Teilnehmers sind.
Statt „Mhmh“ [ablehnendes Geräusch]	
Zustimmende oder bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha) werden nicht transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.	
Verzögerungssignale (äh, ähm, öh, ah, etc.) werden nicht transkribiert.	
Ist zu merken, dass der Interviewte/die Interviewte überlegt und unterlegt dies mit Geräuschäußerungen (hmm, äh, ähm, etc.) dann wird dies als [überlegendes Geräusch] transkribiert.	
Kennzeichnung von besonders deutlichen Überschneidungen bei gleichzeitigem Sprechen	
Befragter1: Text Text [Textüberschneidung.	
Befragter2: Textüberschneidung] Text Text.	
Wird in der Aufnahme wörtliche Rede zitiert, wird das Zitat in Anführungszeichen („“) gesetzt <u>ohne</u> weitere Formatierung und Hervorhebung. Bitte dabei an die Regeln des Duden halten: https://www.duden.de/sprachwissen/rechtschreibregeln/anfuhrungszeichen . Wörtliche Rede in wörtlicher Rede wird mit halben Anführungszeichen (‘ [Strg + Rautetaste]) gekennzeichnet.	

Äußerungen wie: *In Anführungszeichen* oder *Punkt*, werden mittranskribiert.

Einwürfe einer anderen Person, die den Redefluss nicht unterbrechen, werden unter Angabe seiner Kennung im laufenden Text in Klammern gesetzt.

Die Satzstellung der Sprecher wird in der Regel wie gesprochen transkribiert, auf die Transkription von Stottern etc. wird jedoch verzichtet. Grammatikalisch nicht korrekt gesprochene Sätze bleiben auch in der Transkription grammatikalisch inkorrekt. Hier ist es besonders wichtig mit Satzzeichen zu arbeiten, um dennoch das richtige Verständnis des Textes beim Lesen zu ermöglichen.

Die Transkription orientiert sich am hochdeutschen Wort. Mundart wird dann übernommen, wenn es keinen hochdeutschen Ausdruck dafür gibt, **oder wenn es im Kontext sinnvoll erscheint**. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d.h. dem Schriftdeutsch angenähert.

Anhang 4: COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research)
Checklist [139]

No. Item	Guide questions/description	Reported on Page
Domain 1: Research team and reflexivity		
1. Interviewer/ facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?	19
2. Credentials	What were the researcher's credentials?	19
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study?	19
4. Gender	Was the researcher male or female?	19
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have?	19
6. Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	20
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher?	23
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator?	23
Domain 2: Study design		
9. Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study?	15-17
10. Sampling	How were participants selected?	18
11. Method of approach	How were participants approached?	18
12. Sample size	How many participants were in the study?	29, Tabelle 3

13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	29
14. Setting of data collection	Where was the data collected?	20
15. Presence of non- participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	No
16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample?	29, Tabelle 3
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors?	17, Anhang 1
18. Repeat inter-views	Were repeat interviews carried out?	No
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	20
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the interview?	19
21. Duration	What was the duration of the interviews?	29
22. Data Saturation	Was data saturation discussed?	19
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	No
Domain 3: Analysis and findings		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data?	21
25. Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	31, Tabelle 4, 47, Tabelle 5
26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	21

27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	21
28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	No
29. Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified?	32 ff
30. Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	77 ff
31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	30 ff
32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	30 ff

Anhang 5: Fragebogen und Anschreiben für die quantitative Erhebung

Sehr geehrte Mitarbeiterin, sehr geehrter Mitarbeiter,

das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Lübeck führt in Kooperation mit der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege und dem Bereich für experimentelle Orthopädie und Unfallchirurgie eine Studie zu den Themen Naturheilverfahren und Komplementärmedizin unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des UKSH, Campus Lübeck durch.

Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie uns, das Angebot und Interesse an komplementärmedizinischen Verfahren am UKSH, Campus Lübeck besser zu verstehen, um folglich die Lehre in diesem Bereich für angehende Gesundheitsberufe an der Universität zu Lübeck auszubauen und genauer an die künftigen Anforderungen abzustimmen.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert etwa 10 Minuten. Die Daten werden anonym erfasst und nur für wissenschaftliche Forschungszwecke vom Institut für Allgemeinmedizin am Campus Lübeck ausgewertet.

Sollten Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen, wenden Sie sich gerne an:

Ansprechpartner: Kristina Flägel
Telefonnummer: 0451 3101 8012
Email-Adresse: kristina.flaegel@uni-luebeck.de

Wir danken Ihnen vielmals für Ihre Unterstützung!

Begriffserklärung

Im Folgenden werden Ihnen kurz zentrale Begriffe dieses Fragebogens erklärt. Bitte lesen Sie diese aufmerksam durch, um die Fragen bestmöglich beantworten zu können.

Komplementärmedizinische Verfahren sind Verfahren, die die schulmedizinischen Maßnahmen zur Behandlung einer Erkrankung oder von Beschwerden unterstützen und so ein ganzheitliches Therapieprogramm ermöglichen. Sie dienen nicht als Ersatz für eine klassische schulmedizinische Therapie.

Phytotherapie bezeichnet die Therapie mit ausschließlich aus Pflanzenteilen hergestellten Mitteln. Dazu zählen z.B. Tees, die aus rein pflanzlichen Stoffen bestehen.

Ernährungstherapie beinhaltet die optimale Versorgung mit gesundheitsrelevanten Nährstoffen sowie therapeutisches Fasten, um ernährungsabhängige Erkrankungen oder krankheitsbedingte Ernährungsprobleme zu therapieren.

Aromatherapie bezeichnet die Behandlung von Erkrankungen oder Linderung von Beschwerden mittels Anwendung ätherischer Öle.

1. Wie ist das **Angebot** an komplementärmedizinischen Verfahren in Ihrem Fachbereich?

	Ich führe dies selbst bei Patienten mindestens einmal in der Woche durch.	Ich führe dies selbst bei Patienten mindestens einmal in drei Monaten durch.	Ich führe dies selbst bei Patienten mindestens einmal in zwölf Monaten durch.	Ich führe dies selbst bei Patienten seltener als einmal in zwölf Monaten durch.	Wird von jemand anderem angeboten.	Wird nicht angeboten.	Kann ich nicht beurteilen.
Pflanzenheilkunde / Phytotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ernährungstherapie / Diätetik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heilbehandlungen mit Wasseranwendung / Hydro-/Balneotherapie (z.B. Bäder, Wassertreten, Wickel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Homöopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aromatherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausleitende Verfahren (z.B. Schröpfen, Blutegeltherapie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manuelle Medizin / Manuelle Therapie (z.B. Osteopathie, Massagen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entspannungstechniken (z.B. Meditation, autogenes Training)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte benennen Sie "Andere":

2. Wie oft werden in Ihrem Berufsalltag komplementärmedizinische Verfahren **nachgefragt**?

	Mindestens einmal in der Woche.	Mindestens einmal in drei Monaten.	Mindestens einmal in zwölf Monaten.	Seltener als einmal in zwölf Monaten.	Nie.	Kann ich nicht beurteilen.
Pflanzenheilkunde / Phytotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ernährungstherapie / Diätetik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heilbehandlungen mit Wasseranwendung / Hydro-/Balneotherapie (z.B. Bäder, Wassertreten, Wickel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Homöopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aromatherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausleitende Verfahren (z.B. Schröpfen, Blutegeltherapie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manuelle Medizin / Manuelle Therapie (z.B. Osteopathie, Massagen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entspannungstechniken (z.B. Meditation, autogenes Training)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte benennen Sie "Andere":

3. Auf einer Skala von 0 bis 10: Für wie wichtig empfinden Sie komplementärmedizinische Verfahren für Ihren Beruf?

Gar nicht wichtig Absolut wichtig

4. Auf einer Skala von 0 bis 10: Wie ist Ihr generelles Interesse an Komplementärmedizin?

Gar kein Interesse Sehr großes Interesse

5. Falls Sie sich für komplementärmedizinische Verfahren interessieren, warum interessieren Sie sich dafür?
Mehrfachauswahl ist möglich.

- Konventionelle Medizin ist nicht ausreichend für die ganzheitliche Betrachtung des Menschen
- Positive Erfahrungen im Umfeld
- Positive, eigene Erfahrungen
- Familiäre Prägung
- Komplementärmedizin als Trend
- Wunsch, Verfahren selbst am eigenen Körper anzuwenden
- Wunsch, Verfahren in der Therapie von Patientinnen und Patienten anzuwenden
- Wunsch, Patientinnen und Patienten zu Komplementärmedizin beraten zu können
- Komplementärmedizinische Verfahren als finanzielle Einnahmequelle
- Anderes, und zwar:

8. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen.

	Stimme voll und ganz zu.	Stimme eher zu.	Stimme eher nicht zu.	Stimme gar nicht zu.	Kann ich nicht beurteilen.
Das Thema Komplementärmedizin kommt in der Ausbildung zu kurz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich ausreichend informiert über komplementärmedizinische Verfahren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünsche mir eine zentrale Anlaufstelle, um mich über komplementärmedizinische Verfahren informieren zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das UKSH bietet ausreichend komplementärmedizinische Verfahren in der Patientenversorgung an.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Innerhalb der Komplementärmedizin ist eine interprofessionelle Zusammenarbeit wünschenswert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teamarbeit verbessert die Qualität der Patientenversorgung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Welche Faktoren fördern aus Ihrer Sicht eine interprofessionelle Zusammenarbeit? *Mehrfachauswahl ist möglich.*

- Interprofessionelle Teambesprechungen
- Kurze, inoffizielle Kommunikation mit anderen Berufsgruppen
- Flache Hierachiestrukturen
- Interprofessionelle Ausbildung der Studentinnen und Studenten
- Akademisierung der Gesundheitsberufe
- Vorbildfunktion von Kolleginnen und Kollegen
- Vorbildfunktion von Vorgesetzten
- Kenntnis über die Kompetenzen der anderen Professionen
- Wertschätzung der anderen Professionen
- Gemeinsame Zielsetzungen in der Patientenversorgung
- Evidenzbasiertes (auf wissenschaftlichen Studien begründetes) Handeln der verschiedenen Professionen
- Anderes, und zwar:

Angaben zu Ihrer Person

10. In welchem Jahr sind Sie geboren?

11. Ihr Geschlecht?

Weiblich

Männlich

12. In welchem Fachbereich sind Sie tätig?

13. Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie? *Bitte geben Sie eine ganze Anzahl an Jahren an und runden Sie wenn nötig.*

14. In welcher Berufsgruppe sind Sie aktuell tätig?

Ärztin/Arzt

Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger

Physiotherapeutin/-therapeut

Medizinische(r) Fachangestellte(r)

Hebamme/Entbindungshelfer

Andere, und zwar:

15. An welchem Campus des UKSH sind Sie tätig?

16. Sollten Sie noch Anmerkungen zu der Befragung haben, dann können Sie diese gerne hier notieren:

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write any additional comments or notes regarding the survey.

Anhang 6: Ethikvotum



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Herrn
Prof. Dr. med. J. Steinhäuser
Direktor des Institutes für Allgemeinmedizin

im Hause

Ethik-Kommission

Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Universität zu Lübeck
Stellv. Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann
Tel.: +49 451 3101 1008
Fax: +49 451 3101 1024

ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 17-200

Datum: 13. Juli 2017

Sitzung der Ethik-Kommission am 06. Juli 2017

Antragsteller: Herr Prof. Dr. Steinhäuser

Titel: Analyse des Ausbildungsbedarfs und Herausstellen von professionsorientiertem Wissen mit Erarbeitung von Kompetenzprofilen der Berufsgruppen Medizin, Pflege und Physiotherapie in der Komplementärmedizin

Sehr geehrter Herr Prof. Steinhäuser,

der Antrag wurde unter berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten geprüft.

Das folgende Votum bezieht sich nur auf die im Studienprotokoll genannte Befragung von Ärzten, Pflegefachpersonal, medizinische Fachangestellte und MTA.

Die Kommission hat **nach der Berücksichtigung** folgender **Hinweise** keine Bedenken: Das Studienprotokoll ist um eine Begründung der Anzahl von N=25 Studienteilnehmer sowie um genauere Ausführungen zur Analyse der qualitativen Studiendaten zu ergänzen. Die Einwilligungserklärung sollte keine Studiendaten erfragen, um eine Pseudonymisierung/Anonymisierung zu ermöglichen.

Bei Änderung des Studiendesigns sollte der Antrag erneut vorgelegt werden.

Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten und unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten, ist die Kommission umgehend zu benachrichtigen. Die Deklaration von Helsinki in der aktuellen Fassung fordert in § 35 dazu auf, jedes medizinische Forschungsvorhaben mit Menschen zu registrieren. Daher empfiehlt die Kommission grundsätzlich die Studienregistrierung in einem öffentlichen Register (z.B. unter www.drks.de).

Die ärztliche und juristische Verantwortung des Studienleiters und der an der Studie teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethikkommission durch unsere Stellungnahme unberührt.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Vorsitzender

Herr Prof. Dr. Katalinic (Soz.med. u. Epidemiologie, Vorsitzender)
 Hr. Prof. Dr. Gieseler (Medizinische Klinik I, Stellv. Vorsitzender)
Hr. Prof. Habermann (Chirurgie, Biobank)
Hr. PD Dr. Bausch (Chirurgie)
 Hr. Prof. Dr. Borck (Medizingeschichte u. Wissenschaftsforschung)
 Fr. Farries (Amtsgericht Eutin)
Fr. PD Dr. Jauch-Chara (Psychiatrie)
 Hr. PD Dr. Lauten (Kinder- u. Jugendmedizin)

Frau Martini (Caritas)
 Hr. Prof. Dr. Moser (Neurologie)
 Herr Prof. Obleser (Psychologie)
Hr. Prof. Dr. Raasch (Pharmakologie)
Hr. Prof. Dr. Rehmann-Sutter (MGWF)
 Hr. Schneider (Landgericht Lübeck)
 Fr. Prof. em. Dr. Schrader (Plastische Chirurgie)
 Hr. Dr. Vonthein (Med. Biometrie u. Statistik)

Anhang 7: Soziodemographie nach Fachbereichen, quantitative Stichprobe (n = 154)

Fachbereich	Angabe, % (n)	Fachbereich	Angabe, % (n)
Allgemeinchirurgie	2,5 (4)	Kinderchirurgie	2,5 (4)
Allgemeinmedizin	1,9 (3)	Nephrologie	0,6 (1)
Anästhesie und Intensivmedizin	11,5 (18)	Neurochirurgie	1,3 (2)
Apotheke	1,9 (3)	Neurologie	1,9 (3)
Augenheilkunde	1,3 (2)	Onkologie und Hämatologie	3,8 (6)
Dermatologie, Allergologie und Venerologie	1,9 (3)	Orthopädie und Unfallchirurgie	3,8 (6)
Endokrinologie	1,3 (2)	Palliativmedizin	2,5 (4)
Gastroenterologie	0,6 (1)	Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	14,0 (22)
Gynäkologie und Geburtshilfe	2,5 (4)	Pulmologie	1,3 (2)
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	2,5 (4)	Rheumatologie und klin. Immunologie	1,3 (2)
Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	0,6 (1)	Radiologie und Nuklearmedizin	1,9 (3)
Infektiologie und Mikrobiologie	0,6 (1)	Strahlentherapie	1,9 (3)
Kardiologie und Angiologie	3,2 (5)	Übergreifend	6,7 (10)
Kiefer- und Gesichtschirurgie	0,6 (1)	Andere	10,8 (17)
Kinder- und Jugendmedizin	10,8 (17)		

Anhang 8: Binär logistische Regression zum Einfluss von Variablen, um verschiedene Faktoren förderlich für die Zusammenarbeit zu finden

	Flache Hierarchien		Kenntnis über Kompetenzen der anderen Professionen	
Chi² (p)	21,01 (0,033)		25,28 (0,008)	
Nagelkerkes R² (f²)	0,189 (0,233)		0,235 (0,307)	
Hosmer-Lemeshow	0,583		0,843	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Konstante	1,32	0,822	0,02	0,014
Geschlecht	0,80 (0,30; 2,10)	0,644	1,10 (0,40; 2,99)	0,860
Berufserfahrung	1,07 (0,98; 1,16)	0,154	0,87 (0,76; 0,98)	0,022
Alter	0,97 (0,89; 1,05)	0,428	1,18 (1,04; 1,35)	0,010
Chirurgie	2,17 (0,63; 7,43)	0,219	0,43 (0,12; 1,56)	0,197
Anästhesie	1,94 (0,54; 6,99)	0,314	0,50 (0,13; 1,88)	0,303
Psychiatrie	12,10 (2,67; 54,86)	0,001	1,62 (0,41; 6,43)	0,496
Pädiatrie	1,77 (0,50; 6,26)	0,374	6,87 (0,76; 62,08)	0,086
Innere Medizin	1,62 (0,48; 5,45)	0,433	1,52 (0,40; 5,80)	0,538
Ärztin/Arzt	3,20 (1,11; 9,22)	0,031	2,23 (0,71; 7,03)	0,171
Pflege	0,97 (0,36; 2,62)	0,953	3,92 (1,23; 12,52)	0,021
KIM-Anwendung	0,62 (0,28; 1,37)	0,237	0,62 (0,26; 1,47)	0,278

	Teambesprechungen		Evidenzbasiertes Handeln	
Chi² (p)	21,52 (0,028)		31,21 (0,001)	
Nagelkerkes R² (f²)	0,224 (0,289)		0,274 (0,377)	
Hosmer-Lemeshow	0,101		0,658	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Konstante	0,20	0,361	0,04	0,046
Geschlecht	1,55 (0,56; 4,30)	0,402	0,51 (0,18; 1,42)	0,198
Berufserfahrung	0,93 (0,81; 1,06)	0,247	0,91 (0,82; 1,02)	0,094
Alter	1,09 (0,95; 1,24)	0,219	1,11 (1,00; 1,23)	0,061
Chirurgie	0,66 (0,18; 2,44)	0,534	1,54 (0,41; 5,84)	0,525
Anästhesie	2,62 (0,46; 14,95)	0,279	0,66 (0,18; 2,45)	0,538
Psychiatrie	6,42 (0,72; 57,55)	0,097	3,38 (0,84; 13,62)	0,087
Pädiatrie	1,71 (0,37; 7,82)	0,492	2,06 (0,49; 8,74)	0,328
Innere Medizin	2,27 (0,40; 12,84)	0,353	0,97 (0,27; 3,48)	0,965
Ärztin/Arzt	0,45 (0,13; 1,48)	0,186	3,77 (1,27; 11,18)	0,017
Pflege	3,66 (0,88; 15,22)	0,075	6,17 (2,02; 18,84)	0,001
KIM-Anwendung	1,29 (0,50; 3,36)	0,602	1,32 (0,58; 2,98)	0,509

	Gemeinsame Zielsetzung	
Chi² (p)	24,46 (0,011)	
Nagelkerkes R² (f²)	0,249 (0,332)	
Hosmer-Lemeshow	0,721	
	OR (95% CI)	p
Konstante	0,50	0,347
Geschlecht	3,41 (1,24; 9,41)	0,018
Berufserfahrung	1,00 (0,90; 1,13)	0,949
Alter	1,03 (0,92; 1,15)	0,668
Chirurgie	1,02 (0,24; 4,28)	0,983
Anästhesie	3,39 (0,35; 33,13)	0,294
Psychiatrie	1,70 (0,39; 7,38)	0,486
Pädiatrie	0,74 (0,16; 3,37)	0,692
Innere Medizin	0,59 (0,13; 2,72)	0,502
Ärztin/Arzt	1,28 (0,42; 3,91)	0,667
Pflege	8,83 (1,62; 48,03)	0,012
KIM-Anwendung	0,83 (0,32; 2,16)	0,699

Anhang 9: Angebot komplementärmedizinischer Verfahren*

Charakteristika	Angaben, % (n)						
	Ich führe dies selbst bei Patienten...				Wird von jemand anderem angeboten.		
	min. einmal in der Woche durch.	min. einmal in drei Monaten durch.	min. einmal in zwölf Monaten durch.	seltener als einmal in zwölf Monaten durch.	Wird von jemand anderem angeboten.	Wird nicht angeboten.	
Entspannungstechniken	9,4 (13)	8,6 (12)	2,2 (3)	2,2 (3)	28,1 (39)	49,6 (69)	
Manuelle Therapie/ Medizin	8,1 (11)	5,1 (7)	0 (0)	2,2 (3)	40,4 (55)	44,1 (60)	
Ernährungstherapie	7,5 (10)	8,2 (11)	3,7 (5)	3,7 (5)	38,8 (52)	38,1 (51)	
Aromatherapie	7,6 (10)	5,3 (7)	1,5 (2)	3,0 (4)	22,0 (29)	60,6 (80)	
Pflanzenheilkunde	4,5 (6)	10,6 (14)	3,0 (4)	4,5 (6)	6,1 (8)	71,2 (94)	
Wasseranwendung	3,1 (4)	3,1 (4)	1,6 (2)	1,6 (2)	15,5 (20)	75,2 (97)	
Homöopathie	0,8 (1)	3,2 (4)	0 (0)	1,6 (2)	5,6 (7)	88,8 (111)	
Akupunktur	0,8 (1)	0,8 (1)	0 (0)	1,5 (2)	18,0 (24)	78,9 (105)	
Ausleitende Verfahren	0,8 (1)	1,6 (2)	1,6 (2)	1,6 (2)	5,4 (7)	89,1 (115)	
Andere	8,5 (6)	4,2 (3)	1,4 (1)	1,4 (1)	7,0 (5)	77,5 (55)	

* n variiert aufgrund fehlender Daten

Anhang 10: Nachfrage nach komplementärmedizinischen Verfahren*

Charakteristika	Angaben, % (n)				
	Min. einmal in der Woche	Min. einmal in drei Monaten	Min. einmal in 12 Monaten	Seltener als einmal in 12 Monaten	Nie
Ernährungstherapie	19,8 (26)	25,2 (33)	16,8 (22)	11,5 (15)	26,7 (35)
Manuelle Therapie/Medizin	17,6 (24)	33,8 (46)	9,6 (13)	8,8 (12)	30,1 (41)
Entspannungstechniken	13,6 (18)	27,3 (36)	12,1 (16)	10,6 (14)	36,4 (48)
Pflanzenheilkunde	11,9 (16)	17,8 (24)	11,1 (15)	16,3 (22)	43,0 (58)
Aromatherapie	8,3 (11)	9,0 (12)	12,8 (17)	16,5 (22)	53,4 (71)
Homöopathie	5,2 (7)	20,1 (27)	16,4 (22)	13,4 (18)	44,8 (60)
Akupunktur	4,6 (6)	16,0 (21)	13,0 (17)	13,7 (18)	52,7 (69)
Wasseranwendung	4,5 (6)	10,4 (14)	7,5 (10)	18,7 (25)	59,0 (79)
Ausleitende Verfahren	0,8 (1)	2,3 (3)	7,7 (10)	10,0 (13)	79,2 (103)
Andere	6,3 (4)	6,3 (4)	1,6 (1)	1,6 (1)	84,4 (54)

* n variiert aufgrund fehlender Daten

Anhang 11: Binär logistische Regression zum Einfluss von Faktoren auf das Interesse an Komplementärmedizin

	Interesse an Komplementärmedizin wegen ganzheitlicher Betrachtung des Menschen.		Interesse an Komplementärmedizin aus anderen Gründen.	
Chi² (p)	31,13 (0,001)		21,68 (0,027)	
Nagelkerkes R² (f)	0,275 (0,379)		0,325 (0,481)	
Hosmer-Lemeshow	0,460		0,422	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Konstante	1,43	0,781	0,002	0,016
Geschlecht	0,81 (0,31; 2,13)	0,673	0,34 (0,70; 1,63)	0,175
Berufserfahrung	1,00 (0,92; 1,10)	0,939	0,85 (0,72; 1,02)	0,074
Alter	1,00 (0,92; 1,09)	0,983	1,22 (1,01; 1,47)	0,038
Chirurgie	0,88 (0,24; 3,20)	0,843	0,15 (0,01; 2,09)	0,157
Anästhesie	2,41 (0,57; 10,15)	0,230	0	0,998
Psychiatrie	2,53 (0,66; 9,67)	0,174	0	0,998
Pädiatrie	0,83 (0,21; 3,19)	0,782	0	0,998
Innere Medizin	2,07 (0,49; 8,78)	0,323	1,70 (0,27; 10,65)	0,574
Ärztin/Arzt	0,24 (0,09; 0,67)	0,006	0,65 (0,13; 3,24)	0,600
Pflege	3,03 (0,92; 9,96)	0,068	0,82 (0,11; 6,32)	0,848
KIM-Anwendung	1,49 (0,64; 3,45)	0,354	0,91 (0,21; 4,00)	0,895

	Interesse an Komplementärmedizin aufgrund positiver eigener Erfahrungen.		Interesse an Komplementärmedizin aufgrund positiver Erfahrungen im Umfeld.	
Chi² (p)	40,20 (< 0,000)		20,60 (0,038)	
Nagelkerkes R² (f)	0,335 (0,504)		0,184 (0,225)	
Hosmer-Lemeshow	0,540		0,744	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Konstante	0,04	0,019	0,07	0,040
Geschlecht	3,0 (1,08; 8,36)	0,035	1,14 (0,46; 2,85)	0,774
Berufserfahrung	1,04 (0,95; 1,14)	0,417	0,98 (0,90; 1,07)	0,609
Alter	1,04 (0,95; 1,14)	0,445	1,06 (0,97; 1,15)	0,224
Chirurgie	1,89 (0,51; 7,06)	0,342	1,12 (0,33; 3,83)	0,858
Anästhesie	1,41 (0,36; 5,49)	0,623	2,83 (0,78; 10,22)	0,113
Psychiatrie	7,03 (1,80; 27,50)	0,005	4,26 (1,26; 14,45)	0,020
Pädiatrie	0,59 (0,14; 2,55)	0,482	1,17 (0,33; 4,20)	0,810
Innere Medizin	0,97 (0,26; 3,62)	0,965	2,46 (0,72; 8,35)	0,150
Ärztin/Arzt	0,68 (0,24; 1,94)	0,469	0,93 (0,35; 2,49)	0,887
Pflege	2,23 (0,76; 6,54)	0,143	2,64 (0,96; 7,29)	0,061
KIM-Anwendung	0,80 (0,35; 1,83)	0,597	0,61 (0,28; 1,33)	0,214

	Interesse an Komplementärmedizin, um Verfahren in Therapie anzuwenden.		Interesse an Komplementärmedizin, um Verfahren an sich selbst anzuwenden.	
Chi² (p)	28,32 (0,003)		19,82 (0,048)	
Nagelkerkes R² (f)	0,247 (0,328)		0,196 (0,244)	
Hosmer-Lemeshow	0,297		0,124	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Konstante	0,06	0,030	0,16	0,179
Geschlecht	1,68 (0,63, 4,48)	0,298	1,61 (0,49; 5,24)	0,432
Berufserfahrung	1,01 (0,93; 1,10)	0,843	0,99 (0,90, 1,09)	0,831
Alter	1,03 (0,94; 1,12)	0,565	1,02 (0,93; 1,12)	0,677
Chirurgie	2,72 (0,78; 9,43)	0,115	1,45 (0,37; 5,65)	0,596
Anästhesie	1,49 (0,42; 5,31)	0,540	1,61 (0,38; 6,91)	0,522
Psychiatrie	7,45 (2,08; 26,73)	0,002	1,00 (0,25; 3,96)	0,994
Pädiatrie	0,84 (0,21; 3,31)	0,799	0,45 (0,08; 2,57)	0,367
Innere Medizin	2,24 (0,65; 7,80)	0,204	1,25 (0,33; 4,74)	0,741
Ärztin/Arzt	1,07 (0,38; 3,01)	0,893	0,12 (0,02; 0,63)	0,012
Pflege	2,98 (1,07; 8,28)	0,037	1,41 (0,51; 3,91)	0,514
KIM-Anwendung	1,11 (0,51; 2,44)	0,787	0,77 (0,32; 1,87)	0,179

V. Danksagung

Ich danke meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser für die Überlassung des Themas und das mir damit geschenkte Vertrauen. Ich bin ihm dankbar für die zuverlässige fachliche Betreuung während der Dissertation sowie seine stets konstruktiven und aufschlussreichen Anregungen.

Die erfolgreiche Planung, Durchführung und Auswertung des Forschungsprojektes wären ohne Dr. med. Kristina Flägel undenkbar gewesen. Ich danke ihr für ihre Unterstützung während der gesamten Promotionszeit. Sie war für mich eine unschätzbare wertvolle ZuhörerIn und RatgeberIn bei Fragen jeglicher Art und stand mir stets verlässlich mit Rat und Tat zur Seite. Ohne ihre motivierenden Worte wäre diese Arbeit nicht entstanden.

Ein herzlicher Dank geht auch an Frau PD Dr. phil. Katja Götz, die bei Fragen zur Methodik mit großer fachlicher Kompetenz geholfen hat.

Mein besonderer Dank gilt meiner Familie und engsten Freunden, die mir liebevoll unterstützend während des gesamten Studiums und bei der Anfertigung dieser Arbeit beiseite standen. Ich danke meinen Eltern Sylke und Volkmar Prill, die mir ermöglichten Medizin zu studieren und zu promovieren. Ein großes Dankeschön geht zudem an meinen Partner Paul Herzog, der mich immer wieder darin bestärkt hat, diese Arbeit fertig zu stellen und mich ganz wunderbar und sehr engagiert bei der Korrektur unterstützt hat.

Schließlich bedanke ich mich ganz herzlich bei allen Mitarbeiter*innen, die an den Erhebungen teilgenommen haben, für die Bereitschaft, sich auf das Thema der vorliegenden Arbeit einzulassen und ihre Offenheit in den Gesprächen.

VI. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name Paula Prill
Geboren 01.11.1994 in Göttingen



Universitäre Ausbildung

Okt. 2014 – Juni 2021 Studium der Humanmedizin, Universität zu Lübeck
Sept. 2016 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
April 2020 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
Mai 2021 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Praktisches Jahr

Mai 2020 – April 2021 Chirurgie: Sana Kliniken, Lübeck
Psychiatrie: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Innere Medizin: Klinikum Bremen-Mitte

Beruflicher Werdegang

Seit Okt. 2021 Assistenzärztin in der Inneren Medizin am Klinikum Itzehoe

Zeitraum der Dissertation

Juni 2017 – Juni 2021 Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck
Okt. 2017 – Mai 2018 Qualitative und quantitative Datenerhebung
Juni 2018 – Juni 2021 Datenauswertung und Erstellung der Promotionschrift

VII. Publikationen

Originalarbeiten

Prill P, Steinhäuser J, Herrchenröder M, Flügel K. Determinants of interprofessional collaboration in complementary medicine to develop an educational module “complementary and integrative medicine” for undergraduate students. A mixed-methods study. J Interprof Care. 2021

Kongressbeiträge

Prill P, Flügel K, Steinhäuser J. Determinanten interprofessioneller Zusammenarbeit – ein Mixed-Methods-Ansatz.

Vortrag auf der Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, 25.-28. September 2019 in Frankfurt am Main

Flügel K, Prill P, Götz K, Weber CL, Steinhäuser J. Entwicklung eines interprofessionellen Lehrmoduls „Komplementäre und Integrative Medizin“ – Implikationen für die Hausarztpraxis.

Vortrag auf dem 53. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 12.-14. September 2019 in Erlangen