

Evaluation von Verfahren der traditionellen chinesischen Medizin in der Klinik am Steigerwald. Teil 1: Erhebungsmethodik

Christian Schmincke^a Paula Torres-Londoño^a Monika Seiling^a Wilhelm Gaus^b

^aKlinik am Steigerwald, Gerolzhofen, Deutschland

^bAbteilung Biometrie und Medizinische Dokumentation, Universität Ulm, Deutschland

Schlüsselwörter

TCM · Naturheilverfahren · Dokumentationssystem · Therapieevaluation

Zusammenfassung

Hintergrund: In der Klinik am Steigerwald bei Gerolzhofen werden Methoden der chinesischen Medizin von europäischen Ärzten eingesetzt. Die Klinik wurde 1996 gegründet und verfügt über 44 Betten. **Zielsetzung:** Entwicklung eines Dokumentationssystems, das der Qualitätssicherung dient und eine Therapieevaluation erlaubt. Es soll sich in den klinischen Alltag integrieren lassen und dem besonderen Therapieansatz der Klinik Rechnung tragen. **Patienten und Methoden:** In der Klinik werden Patienten fast aller Fachgebiete mit chronischen, oft therapieresistenten Erkrankungen aufgenommen und in erster Linie mit chinesischer Phytotherapie und Akupunktur behandelt. Verfahren der klassischen Naturheilkunde und schulmedizinische Methoden ergänzen die angebotenen Therapieformen. Unter Berücksichtigung bestimmter Ausschlusskriterien sollen möglichst alle stationären Patienten in der Dokumentation erfasst werden. **Ergebnisse:** Das Dokumentationsverfahren basiert auf drei Erhebungsinstrumenten. Zwei Fragebögen werden vom Patienten ausgefüllt; in einem dritten dokumentiert der Arzt auf Grundlage des Abschlussgespräches seine Einschätzung des Therapieerfolgs. Von Januar 2000 bis Dezember 2004 wurden 2021 Patienten in die Klinik aufgenommen und bis Ende 2006 nachbeobachtet. Nach Berücksichtigung der Ausschlusskriterien blieb eine Soll-Kohorte von 1609 Patienten, wovon 1282 der Teilnahme an der Befragung zustimmten (Ist-Kohorte). Die Bögen von 1110 Patienten waren auswertbar. In der vorliegenden Arbeit werden die Erhebungsmethoden behandelt, eine Anschlussveröffentlichung soll die Resultate darstellen. **Schlussfolgerung:** Das Dokumentationssystem hat sich nach 7 Jahren als effektiv und zur Therapieevaluation geeignet erwiesen. Eine Verschlinkung der Fragebögen ist geplant.

Key Words

TCM · Naturopathy · Assessment system · Therapy evaluation

Summary

Evaluating Traditional Chinese Medicine as Applied in the 'Klinik am Steigerwald'. Part 1: Methods of Assessment

Background: In the 'Klinik am Steigerwald' (Gerolzhofen, Germany), founded in 1996 and providing accommodation for 44 patients, European physicians apply methods of traditional Chinese medicine (TCM). **Objective:** To develop an assessment system which is suitable for the evaluation of therapies, can be integrated into daily routine, takes into account the particular therapeutic approach of the hospital, and promotes quality management. **Patients and Methods:** The hospital admits all kinds of patients with chronic and often therapy-resistant diseases. Patients are primarily treated with Chinese phytotherapy and acupuncture. Methods of classical naturopathy and Western medicine complete the therapeutic range. All admitted patients are to be assessed. Exclusions are made according to a previously determined set of criteria. A written consent is mandatory. **Results:** The assessment system comprises 3 questionnaires; 2 to be filled in by the patients, and 1 to document the physician's evaluation of the therapeutic success, based on his final consultation of the patient. Between January 2000 and December 2004, 2,021 patients were admitted to the hospital and followed-up until 2006. Of these, 1,609 patients met the inclusion criteria; 1,282 of these, again, agreed to participate in the interviewing process. The questionnaires of 1,110 patients were eligible for analysis. The present paper describes the methods of assessment. Its results are to be published in a future paper. **Conclusion:** Over the past 7 years, the assessment system has shown to be effective and appropriate to evaluate the type of therapy in question. It is intended to shorten the questionnaires.

Einleitung

Die «Klinik am Steigerwald» wurde 1996 mit dem Ziel gegründet, Methoden und Konzepte der traditionellen chinesischen Medizin (TCM), die sich in der ambulanten Arbeit bewährt hatten, in den stationären Bereich zu übertragen [1]. Behandelt werden überwiegend Patienten, die unter therapieresistenten Erkrankungen leiden oder als «austherapiert» gelten. Die durchschnittliche Dauer des stationären Aufenthaltes beträgt 24 Tage. Die Klinik verfügt über 44 Betten und eine privatärztliche Ambulanz. Letztere dient der ambulanten Weiterbehandlung der stationären Patienten (nach Abstimmung mit den Ärzten am Heimatort) und wird auch von Patienten aus der Umgebung in Anspruch genommen. Die Klinik besitzt den Status einer Privatklinik nach § 30 GewO; sie ist seitens der privaten Krankenversicherungen als gemischte Einrichtung 2a (vorwiegend Akut-Krankenhausbehandlungen) anerkannt.

Das in der Klinik angewandte Behandlungskonzept wurde von den Ärzten der Gesellschaft für die Dokumentation von Erfahrungsmaterial der Chinesischen Arzneitherapie (DECA) entwickelt [2]. Diese Gruppe verfolgt das Ziel einer empirisch gestützten Neuformulierung der chinesischen Arzneitherapie im Sinne einer Anpassung chinesischer Krankheitsmodelle und Behandlungstechniken an europäische Gegebenheiten [3–7]. Wichtigste Behandlungsmethode ist die chinesische Arzneitherapie; sie prägt, zusammen mit der chinesischen Diagnostik, maßgeblich Krankheitsverständnis und Behandlungskonzept der Klinik [8–12]. Im Weiteren werden eingesetzt: Akupunktur, Qi Gong, diverse Körpertherapien, klassische Naturheilverfahren und Spezialdiäten. Darüber hinaus werden alle diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen nach schulmedizinischen Standards überprüft, damit beide Optionen gegeneinander abgewogen werden können. Für die Klinik am Steigerwald ergab sich die Ver-

pflichtung, sowohl im Interesse der medizinischen Wissenschaft als auch der Patienten und Kostenträger, die Behandlungsergebnisse zu erfassen und zu evaluieren. Seit Ende 1998 gehören der «Strukturierte Entlassungsbericht» und der «Fragebogen zur Qualitätskontrolle» zu den Klinikroutinen. Sie dienen der Unterrichtung des einweisenden Arztes bei Entlassung des Patienten und ermöglichen die Erkundung der Patientenzufriedenheit. Diese Routinen wurden im August 1999 durch den neu entwickelten «Großen Erhebungsbogen» ergänzt. Die Neuentwicklung war notwendig, da sich die in der Literatur angebotenen Erhebungsinstrumente für unsere Zwecke als ungeeignet erwiesen [13–20]. Sie beziehen sich auf schulmedizinische Behandlungsmethoden oder sind aus Psychosomatik und Psychiatrie entliehen. Sie dienen in der Regel dazu, auf statistischem Wege «Befindlichkeit», «Lebensqualität» oder Ähnliches zu erfassen. Aus diesen Arbeiten konnten wir wertvolle Anregungen schöpfen, wurden aber durch unseren medizinischen Ansatz und die von uns intendierte Zielsetzung der Datenerhebung genötigt, eigene Wege zu gehen.

In der chinesischen Diagnostik hat die subjektive Seite des Krankheitsgeschehens einen deutlich höheren Stellenwert als im Westen. Dies führt zu größerem Detailreichtum bei der Beschreibung von Krankheiten und zu einer Gewichtsverlagerung von der «wissenschaftlichen Diagnose» zum Symptom [6, 10]. In diesem Sinne sollen unsere Befragungsinstrumente eine möglichst umfassende Bestandsaufnahme von Krankheitszuständen ermöglichen.

Erhebungsinstrumente

Das Dokumentationssystem der Klinik am Steigerwald bezieht seine Daten über drei Erhebungsinstrumente (Abb. 1): 1. Großer Erhebungsbogen (vom Patienten bis zu 5-mal aus-

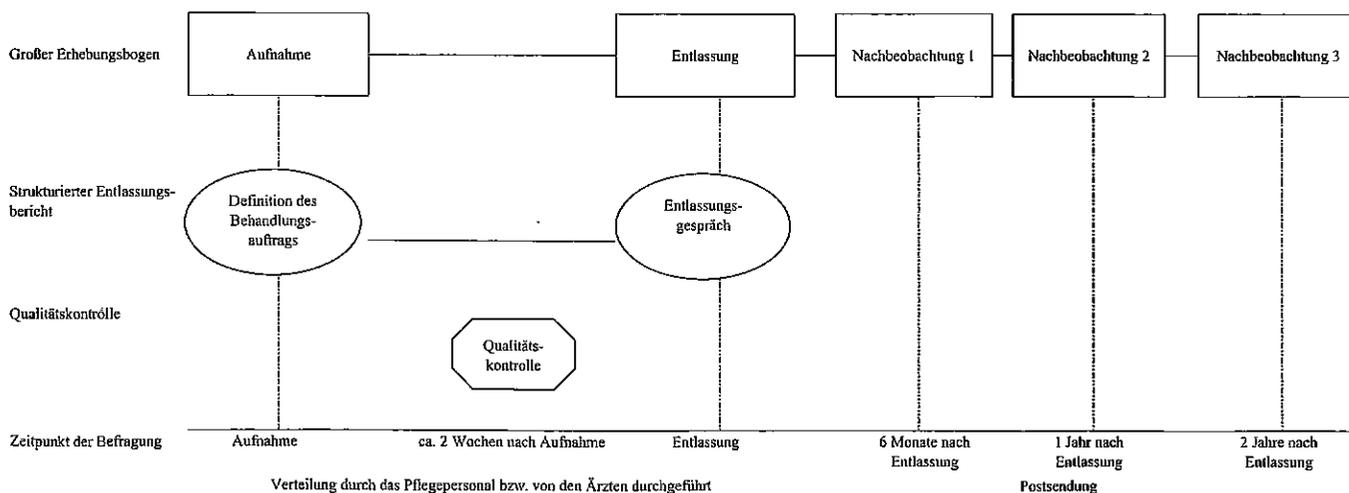


Abb. 1. Ablaufschema der Dokumentation.

Tab. 1. Beschwerdeliste

Kreuzen Sie bitte die Beschwerden an, die ständig und/oder wechselhaft/periodisch auftreten.
Zeitraum: im letzten Monat.

Beschwerdebereich	Beeinträchtigung						
	keine						extreme
Wie hoch schätzen Sie die Beeinträchtigungen bzw. Einschränkungen durch diese Beschwerden in Ihrem Alltag ein?							
1. Schmerzen im Kopf- und Nackenbereich (z.B. Migräne, Gesichtsschmerzen, Nackenschmerzen...)	0	1	2	3	4	5	6
2. Probleme mit den Zähnen und dem Kiefer	0	1	2	3	4	5	6
3. Erkrankung der Sinnesorgane	0	1	2	3	4	5	6

Exemplarische Darstellung der ersten 3 von insgesamt 27 Fragen. Die darauf folgenden Fragen beziehen sich auf andere Organbereiche wie z. B. Atemwege, Herz-Kreislauf- oder Verdauungssystem oder auf psychisch und psychosomatisch bedingte Beschwerdebereiche.

gefüllt), 2. Strukturierter Entlassungsbericht (vom Arzt ausgefüllt), 3. Fragebogen Qualitätskontrolle/Patientenzufriedenheit (vom Patienten 1-mal ausgefüllt). (Die Formulare und Fragebögen dieser Arbeit können hier lediglich in Auszügen wiedergegeben oder zusammenfassend referiert werden. Sie sind teilweise abrufbar unter www.tcm-forschung.de/pdf/alltagsbewaeltigung.pdf und www.tcm-forschung.de/pdf/beschwerdeliste.pdf)

1. Großer Erhebungsbogen

Der große Erhebungsbogen ist das wichtigste der drei Dokumentationswerkzeuge. Er soll ein Gesamtbild des Patienten vermitteln, die Therapieziele erkennbar und den Therapieerfolg prüfbar machen. Er soll in Bezug auf Diagnosen keinen Einschränkungen unterliegen. Im Vordergrund steht die Frage, wie sehr die Patienten durch ihre Beschwerden beeinträchtigt sind und in welchem Maße diese Beeinträchtigungen im Erhebungszeitraum Veränderungen erfahren haben. Neben der körperlichen Verfassung sollen auch Gemütszustände erfasst werden. Ferner sollen auch Therapiewechsel, Probleme mit der Kostenübernahme usw. ermittelt werden.

Befragungszeitraum: Der Große Erhebungsbogen ist auf Langzeitbeobachtung angelegt. Insgesamt sind fünf Befragungstermine vorgesehen: bei Aufnahme, bei Entlassung, 6 Monate nach Entlassung (Nachbeobachtung 1), 1 Jahr nach Entlassung (Nachbeobachtung 2), 2 Jahre nach Entlassung (Nachbeobachtung 3).

Befragungsthemen: Der Große Erhebungsbogen erfasst auf 7 Seiten Daten folgender Art:

1. Allgemeine Angaben: Kurze Sozialanamnese (Geschlecht, Alter, Familienstand ...); Gründe, warum der Patient die Klinik aufsucht; Dauer der Erkrankung; Probleme der Kostenübernahme.
2. Verlaufsbezogene Patientendaten: Beschwerdelage und

Intensität der Beschwerden (Beschwerdeliste); Qualität der Alltagsbewältigung (Alles-was-ich-kann-Liste); Medikamentenkonsument; Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage; Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe (Arztbesuche usw.) und apparativer medizinischer Maßnahmen; Sonstiges, (z.B. Vermeidung geplanter Operationen oder anderer invasiver Maßnahmen). Bei der Erfassung der verlaufsbezogenen Patientendaten spielen die Beschwerdeliste und die Alles-was-ich-kann-Liste eine herausragende Rolle.

Die *Beschwerdeliste* (Tab. 1) soll die Beschwerden und Diagnosen des Patienten nach Maßgabe seiner subjektiven Einschätzung erfassen. Dazu wird ein 27-stelliger Themenkatalog angeboten, der auf einer umfassenden, für Laien einsichtigen Einteilung in Organsysteme und Funktionsbereiche beruht. Das Ausmaß der Beeinträchtigung wird vom Patienten für jeden der 27 Teilbereiche auf einer 7-stufigen Skala angegeben (0 = keine, 6 = extreme Beeinträchtigung).

Die *Alles-was-ich-kann-Liste* (Tab. 2) soll den Patienten anregen, sich über seine Beschwerden hinaus mit seinen positiven Ressourcen, seinen Fähigkeiten, zu beschäftigen. Diese können ein wichtiges Element der diagnostischen Urteilsbildung und ein Ansatzpunkt für die chinesische Therapie sein. In den ersten 13 Fragen werden motorische und vegetative Funktionen angesprochen. Die Fragen 14–40 behandeln geistig-seelische Sachverhalte, welche die emotionalen Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung und Sinngebung berühren. Ebenso wie bei der Beschwerdeliste wird das Potential mittels einer 7-stufigen Skala erfragt. Auch hier ist eine zunehmend negative Bewertung mit ansteigenden Ziffern korreliert.

2. Strukturierter Entlassungsbericht

Der Strukturierte Entlassungsbericht (Abb. 2) fungiert primär als (vorläufiger) Entlassungsbericht an den einweisenden/weiterbehandelnden Arzt. Im Abschlussgespräch zwi-

Tab. 2 Alles-was-ich-kann-Liste

Folgende Fragen betreffen Ihren Alltag und Ihre Alltagsbewältigung.
Es werden sowohl Ihre innere Einstellung als auch Ihre Beziehung zu Ihrer Umgebung berücksichtigt.
Antworten Sie bitte gemäß Ihren Lebensgewohnheiten und persönlichen Maßstäben.

Ich kann ...	persönliche Einschätzung						
	problemlos			gar nicht			
1. meinen Kopf in alle Richtungen bewegen (z.B. nach links und rechts drehen, um eine Straße zu überqueren)	0	1	2	3	4	5	6
2. meine Arme in alle Richtungen bewegen (z.B. um meine Haare zu waschen / zu bürsten)	0	1	2	3	4	5	6
3. mit meinen Händen und Fingern arbeiten (z.B. um Spaghetti zu essen, einen Apfel zu schälen)	0	1	2	3	4	5	6
...							
14. mich konzentrieren und begreifen (z.B. beim Spielen, Arbeiten, Lesen, Nachrichten hören)	0	1	2	3	4	5	6
15. zielorientiert handeln, zentriert sein (z.B. in mir ruhen, ohne immer neben mir zu stehen oder mich gleich aus der Fassung bringen lassen)	0	1	2	3	4	5	6
16. organisieren und planen (z.B. was muss ich diese Woche noch erledigen)	0	1	2	3	4	5	6

Exemplarische Darstellung der Fragen 1–3 und 14–16. Insgesamt besteht die Liste aus 40 Fragen, die sich z.B. mit der psychischen Belastbarkeit im Alltag, dem Umgang mit dem sozialen Umfeld oder mit Stress befassen.

schen behandelndem Arzt und dem Patienten wird der Therapieertrag, bezogen auf die bei der Aufnahme erfragten Diagnosen und Beschwerden, detailliert ermittelt und im Berichtsformular festgehalten. Die (schulmedizinische) Medikation bei Aufnahme und bei Entlassung wird protokolliert, und es werden Empfehlungen für die Weiterbehandlung gegeben. Darüber hinaus erfüllt der Strukturierte Entlassungsbericht im Rahmen der Dokumentation folgende Funktionen: er hilft, das bisweilen diffuse Beschwerdeangebot des Patienten zu klären; er gibt die Möglichkeit, das Problem nicht ausgefüllter Bögen beim Großen Erhebungsbogen einzugrenzen; er kann helfen, über Korrelationen mit den Ergebnissen des Großen Erhebungsbogens, Fragen der Vertrauenswürdigkeit unserer Erhebung zu klären.

Definition des Behandlungsauftrags («Therapieziele»): Vier verschiedene Kategorien werden unterschieden: 1. Grund, warum der Patient zur Behandlung kommt; 2. Beschwerde/Diagnose, die (auf Empfehlung des aufnehmenden Arztes) mitbehandelt wird; 3. keine Zieldiagnose (Beschwerde/Diagnose ohne Behandlungsauftrag); 4. nachträglich aufgetauchte Beschwerde/Diagnose.

Bewertung des Therapieergebnisses: Am Ende des stationären Aufenthaltes dient der Strukturierte Entlassungsbericht zur Protokollierung des Behandlungserfolgs. Im Entlassungsgespräch zwischen Arzt und Patient wird ein Konsens über die Bewertung der einzelnen Symptome und den Therapieerfolg «ausgehandelt». Die Bewertungspositionen korrespondieren

mit der Bewertungsskala des Großen Erhebungsbogens. Diskrepanzen zwischen der subjektiven Erinnerung des Patienten und der Einschätzung des Arztes werden ausdiskutiert. Das letzte Wort hat der Patient.

Veränderung der Dauermedikation: Ein weiterer wichtiger Indikator des Therapieerfolgs ergibt sich aus einem Vergleich der Aufnahme- mit der Entlassmedikation des Patienten. Hier wird die Bewertung etwaiger Veränderungen vom Arzt allein vorgenommen.

3. Fragebogen Qualitätskontrolle/Patientenzufriedenheit

Die Frage nach der Patientenzufriedenheit soll helfen, klinikinterne Abläufe und Strukturen zu verbessern. Der Fragebogen Qualitätskontrolle/Patientenzufriedenheit enthält neben festen Vorgaben zum Ankreuzen Platz für Wünsche, Kritik und Anregungen. Der Bogen wird in der 2. Woche des stationären Aufenthalts vom Pflegepersonal ausgeteilt und kann unter freiwilliger Namensangabe ausgefüllt werden. Geprüft wird die Zufriedenheit des Patienten mit der Betreuung (bezogen unter anderem auf Behandlung, Information/Aufklärung und Zuhören) durch Ärzte, Physiotherapeuten, Krankenpfleger, Patientenbetreuer und Psychotherapeuten. Ebenfalls wird die Zufriedenheit mit den Dienstleistungen der Verwaltung und der Ambulanz sowie mit der Qualität des Essens und der Raumpflege erfragt.

Tab. 3 Zusammenfassung der Dokumentationsraten

	Patienten	
	n	%
In den Jahren 2000–2004 aufgenommen	2021	100
Ausfall durch Ausschlusskriterien	412	20,4
Soll-Kohorte	1609	79,6
Keine oder zurückgenommene Einverständniserklärung / verstorben	327	16,2
Ist-Kohorte	1282	63,4
Fragebogen nicht verwertbar	172	8,5
Fragebogen auswertbar	1110	54,9
Fragebogen auswertbar (Kollektiv I)	1110	100
Unvollständig dokumentiert (fehlende Fragebogen)	615	55,4
Vollständig dokumentiert (Kollektiv II)	495	44,6

Definition der Auswertungskollektive: Erwartungsgemäß war es weder im Klinikbetrieb möglich, alle geplanten Bogen ausfüllen zu lassen, noch haben alle Patienten die Nachbeobachtungsbögen bearbeitet und zurückgeschickt. Auswertbar sind die Fragebögen aber nur bei den Patienten, die den Aufnahme-Erhebungsbogen (Referenzbogen) und mindestens einen weiteren Großen Erhebungsbogen abgegeben haben (Kollektiv I). Eine Teilmenge aus Kollektiv I, nämlich die Patienten, die *alle* Fragebögen ausgefüllt haben, bilden Kollektiv II.

Auswertungsmethodik

Definition der Hauptbeschwerden: Für die Auswertung der Beschwerde-liste haben wir, um klinisch relevante Beschwerden von geringfügigen Beeinträchtigungen abzugrenzen, den Begriff der «Hauptbeschwerde» eingeführt. Als Referenz für alle Folgebefragungen dienen die Angaben, die der Patient bei Antritt seines stationären Aufenthaltes macht. Hier definiert er implizit seine «Hauptbeschwerden», nämlich die Positionen in der 27-stelligen Beschwerdeliste, bei denen er seinen Beeinträchtigungen mindestens die Stufe 3 zuordnet. Analog zu den Hauptbeschwerden gehen auch bei der Alles-was-ich-kann-Liste Problemzonen in die Bewertung ein, bei denen der Patient sich anfänglich mit ≥ 3 einstuft.

Relative Veränderung der Hauptbeschwerden: Wenn der Patient unter der Behandlung oder in der Nachbeobachtungszeit die Einstufung der ursprünglichen Hauptbeschwerden zum Besseren oder zum Schlechteren verändert, so gilt dies als Maß für den Therapieerfolg. Wir haben dies zahlenmäßig als relative Veränderung dargestellt, bezogen jeweils auf die Einstufung bei Aufnahme. Nehmen wir den Schweregrad bei der Aufnahme, den Anfangswert also, als *a* und den Schweregrad zum jeweils späteren Beobachtungstermin, den Endwert, als *e*, so können wir die relative Veränderung durch folgende Formel errechnen:

$$rV = \frac{(a - e) * 100\%}{a}$$

Positive Werte von *rV* bedeuten eine Verbesserung des Zustandes, negative Werte eine Verschlechterung.

Einführung von Bewertungskategorien: Aus Gründen der Praktikabilität haben wir die errechneten *rV*-Werte gruppiert und auf 5 Bewertungskategorien aufgeteilt: deutlich verbessert – leicht verbessert – gleich geblieben – leicht verschlechtert – deutlich verschlechtert (Tab. 4).

Tab. 4 Zuordnung der *rV*-Werte zu den 5 Bewertungskategorien

Ergebnis	<i>rV</i>
Deutlich verbessert	>25%
Leicht verbessert	>0 bis 25%
Unverändert	0
Leicht verschlechtert	<0 bis -25%
Deutlich verschlechtert	< -25%

Diskussion

Das beschriebene Dokumentationssystem wurde nach 1-jähriger Testphase in die Alltagsroutine der Klinik übernommen. Nach jetzt 7 Jahren wollen wir Methoden und Ergebnisse in einer zweistufigen Publikation interessierten Kreisen vorstellen. Unser auf der Methode der TCM fußendes Behandlungskonzept nötigte uns, eigene Erhebungsinstrumente zu entwickeln, um eine möglichst umfassende krankheitsbezogene Selbsteinschätzung der Patienten abbilden zu können. China hat auf der Grundlage fernöstlicher Geistes-traditionen eine eigene Krankheitslehre und Diagnostik entwickelt. Der Krankheitsbegriff der TCM ist holistisch. Er greift über die einzelne Organdiagnose hinaus und orientiert sich primär an der Gesamtverfassung des Patienten, die sich in einem Ensemble von Beschwerden, Funktionseinschränkungen, apparativ fassbaren Normabweichungen ebenso zeigt wie in Äußerungen unbeschädigter Vitalität [3, 5–7]. Vor diesem Hintergrund verliert die westliche Rangordnung zwischen Diagnose, Krankheitssymptom und «Befindlichkeitsstörung» ihre Bedeutung. Die «wissenschaftliche Diagnose» wird zu einem Krankheitsdatum unter anderen. So können chronisch kalte Füße als «Befindlichkeitsstörung ohne Krankheitswert» eine genauso wertvolle diagnostische Information liefern wie die (westliche) Diagnose einer arteriellen Hypertonie. Als Modellklinik, die ihre Aufgabe in einer Integration westlicher und östlicher Sicht- und Heilweisen sieht, mussten wir bestrebt sein, diese «Rohdaten» möglichst ungefiltert zu dokumentieren. Unser weit gefasster Krankheitsbegriff trägt der Vorgehensweise der chinesischen Diagnostik ebenso Rechnung, wie er dem spontanen Krankheitsverständnis des Patienten entgegenkommt: Soll dieser eine gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung abgeben, wird er in der Regel keinen Unterschied machen zwischen einem Leiden, das er spürt, aber medizinisch nicht einordnen kann (wie Probleme mit der Temperaturregulation), und einer Störung, von der er zwar weiß, die er aber nicht spüren kann (wie die Hypertonie). Die auf diesem Wege erhaltenen Listen gesundheitlicher Selbsteurteilungen sind nach dem Gesagten kategorial uneinheitlich. Es ist deshalb nicht möglich (und war auch nie unsere Absicht), zusammenfassende Aussagen über den Gesundheitszustand des einzelnen Patienten aus den Fragebögen zu ermitteln. Die Auswertung der Erhebungsdaten zielt vielmehr darauf ab, innerhalb der einzelnen Beschwerdekategorien Veränderungen im Befragungszeitraum dingfest zu machen.

Hier besteht in der Tat ein deutlicher Unterschied zu den Publikationen aus der Klinik Blankenstein und aus den dem Münchner Modell angeschlossenen Einrichtungen, die, wie die vorliegende Arbeit, die Evaluation komplementärmedizinischer Behandlungen zum Ziel haben. In beiden Fällen zielen die Untersuchungen darauf, mit Hilfe erprobter und validierter Fragebögen zur Lebensqualität objektivierbare Aussagen über das Allgemeinbefinden der Patienten zu gewinnen, um daran den Therapieerfolg zu messen [21–24]. Die in Vorbereitung befindliche Anschlussveröffentlichung wird demografische und andere Aufnahmedaten unserer Patienten ebenso wiedergeben wie die Behandlungsergebnisse im Sinne einer Therapieevaluation. Weiteres Untersuchungsthema wird ein Vergleich der Selbstbeurteilung des Patienten mit der ärztliche Beurteilung im Hinblick auf den Therapieerfolg sein. Ferner sollen die Effektivität der Erhebungsmethoden und ihre Aussagekraft vor dem Hintergrund erwartungsgemäß hoher Abbruchraten thematisiert werden.

Erhebung der Daten zur Reduktion von Medikamenten

Im Laufe der Dokumentationsarbeit hat sich die Befragung der Patienten nach ihrem Medikamentenumgang im Großen Erhebungsbogen als äußerst schwierig und komplex erwiesen. Häufig sind die Angaben der Patienten unleserlich, lückenhaft oder widersprüchlich und deshalb nur sehr eingeschränkt verwertbar. Wir sehen dies als Indiz für die nach wie vor unzureichende Aufklärung des Patienten über die ihm verordneten Medikamente. Im Rahmen unserer Dokumentation sind diese Datenlücken ausgesprochen bedauerlich, weil die Dosisreduktion konventioneller Medikamente als wichtiger Indikator für den Erfolg komplementärmedizinischer Behandlungen anzusehen ist. Um die schlechte Compliance in diesem Zusammenhang zu verbessern ist für die Zukunft geplant, dem Patienten mit Versenden der Follow-up-Fragebögen die Anfangsmedikation laut Strukturiertem Entlassbericht in Erinnerung zu bringen und ihn nach Veränderungen und dem aktuellen Stand zu fragen.

Literatur

- Schmincke C: Die Klinik am Steigerwald und die Klinik Silima – zwei TCM-Kliniken der DECA. *Dtsch Z Akupunkt* 2004;47:57–59.
- Friedl F: Qualitätsmanagement in der chinesischen Arzneitherapie. *Dtsch Z Akupunkt* 2000;43:279–282.
- Schmincke C: Das Fibromyalgiesyndrom und die chinesische Medizin; in Berg PA (Hrsg): Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom. Berlin, Springer, 2003, pp 199–212.
- Schmincke C: Chinesische Medizin für die westliche Welt, ed 2. Berlin, Springer, 2004.
- Porkert M: Die theoretischen Grundlagen der chinesischen Medizin, ed 2. Stuttgart, Hirzel, 1982.
- Kaptechuk TJ: Das große Buch der chinesischen Medizin. Die Medizin von Yin und Yang in Theorie und Praxis. Bern, Barth, 1988.
- Maciocia G: Die Grundlagen der Chinesischen Medizin. Kötzing, Verlag für ganzheitliche Medizin, 1994.
- Schmincke C: Drei Fallberichte: Behandlung von entzündlichen Erkrankungen mit chinesischer Phytotherapie. *Dtsch Z Akupunkt* 2004;47:45–48.
- Friedl F: Studie: Wirksamkeitsvergleich chinesischer Drogen – Importware versus in Bayern angebauter Heilpflanzen. *Dtsch Z Akupunkt* 2000; 47:57.
- Porkert M: Lehrbuch der chinesischen Diagnostik. Heidelberg, Verlag für Medizin Dr. Ewald Fischer, 1976.
- Porkert M: Klinische Chinesische Pharmakologie. Heidelberg, Verlag für Medizin Dr. Ewald Fischer, 1978.
- Bensky D: Chinese Herbal Medicine: Materia Medica, ed 8. Seattle, Eastland Press, 1993.
- Brähler E, Scheer JW: Der Giessener Beschwerdebogen (GEB). Handbuch, ed 2. Bern, Huber, 1995.
- Gill TM, Feinstein AR: A critical appraisal of the quality of life measurements. *JAMA* 1994;272:619–626.
- Gunzelmann T, Schumacher J, Brähler E: Körperbeschwerden im Alter. Standardisierung des Giessener Beschwerdefragebogens GEB-24 bei über 60-Jährigen. *Z Gerontol Geriatr* 1996;29:110–118.
- Schulte M, Kümmell HC: Entwicklung eines Fragebogens zur Lebensqualität auf der Grundlage des anthroposophischen Menschenbildes. *Merkurstab* 1996;49:109–122.
- von Zerssen D: Die Befindlichkeits-Skala Parallelformen Bf-S und Bf-S'. Weinheim, Beltz, 1976.
- Ostermann T, Büssing A, Beer AM, Matthiessen PF: The Herdecke questionnaire on quality of life (HLQ): Validation of factorial structure and development of a short form within a naturopathy treated in-patient collective. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3:40.
- Ware JE, Sherbourne CD: The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473–483.
- Guyatt GH, Naylor D, Juniper E, Heyland DK, Jaeschke R, Cook DJ: User's Guides to the Medical Literature. XII. How to Use Articles about Health-Related Quality of Life. *JAMA* 1997;277: 1232–1237.
- Beer AM, Ostermann T, Matthiessen PF: Evaluation stationärer Naturheilkunde – das Blankenstein Modell. Teil I: Patientenkontext und therapeutische Konzepte. *Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd* 2001;8:6–13.
- Ostermann T, Beer AM, Matthiessen PF: Evaluation stationärer Naturheilkunde – das Blankenstein Modell Teil II: Effektstärken und Gesundheitsstatus der Patienten im zeitlichen Verlauf. *Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd* 2002;9:269–276.
- Melchart D, Gaisbauer M, Brenke R, Riker U, Liao JZ, Hager S, Linde K, Weidenhammer W: Beobachtungsstudien im Rahmen eines naturheilkundlichen Klinikverbunds. Teil I: Methoden und Übersicht der Ergebnisse in den beteiligten Kliniken. *Forsch Komplementärmed* 1998;5:18–25.
- Melchart D, Weidenhammer W, Linde K: Beobachtungsstudien im Rahmen eines naturheilkundlichen Klinikverbunds. Teil IV: Methodische Aspekte, Diskussion und Empfehlungen. *Forsch Komplementärmed* 1998;5:184–189.