

# Mehr Balint, weniger EbM

Konzeptionelle Analyse und Vorschlag zum hausärztlichen Umgang mit komplementärer und alternativer Medizin (CAM)

## *More Balint, Less EbM*

*A Way How to Deal with Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Family Practice: a Conceptual Analysis*

Martin Konitzer<sup>1</sup>

**Zusammenfassung:** Balints Placeboverständnis bietet einen Ansatz zur Lösung des Problems, dass der hausärztliche CAM-Einsatz nicht als bloße Erfüllung eines Patientenwunsches und – bei überwiegend fehlenden Wirksamkeitsnachweisen – nicht als „unzulässig“ nach den Kriterien der evidence-based medicine (EbM) anzusehen ist. Der hier gemachte Vorschlag erweitert Balints Placeboverständnis durch Rückgriff auf die Anfänge einer hausärztlichen Interaktionslehre bei Justinus Kerner im 19. Jahrhundert und durch die durch von Uexküll vorgenommenen Aktualisierungen Ende des vergangenen Jahrhunderts. Er umfasst eine hausärztliche alltägliche Haltung und eine hausärztliche Forschungsperspektive gegenüber CAM.

*Schlüsselwörter:* CAM; Placebo; Balint; EbM; Hausarztpraxis

**Summary:** Balint's *Placebo* is showing an approach towards the problem that the use of CAM in family practices is not only following wishes of patients and – because of mostly negative studies – has not to be in contradiction to evidence based medicine. This paper proposes an extension of Balints placebo-concept by presenting ideas of Justinus Kerner from the 19th century and from von Uexküll from the end of the last century. The proposal includes a general attitude towards CAM daily practice as well as a perspective for CAM-research in family medicine.

*Keywords:* CAM; Placebo; Balint; EBM; Family Practice

Komplementäre und alternative Medizin [27] wird seit 2001 mit dem Akronym „CAM“ (complementary and alternative medicine) belegt und in Deutschland von Ärzten vorwiegend in Hausarztpraxen ausgeübt [2, 15].

Die Grundlagen dafür sind strittig, da für die häufigsten Verfahren (Homöopathie, Akupunktur, Misteltherapie) die Wirksamkeitsnachweise in RCT-Studien aus- oder uneindeutig blieben [27] und lediglich die Erfüllung von Patientenwünschen nicht ausreicht zur Begründung hausärztlicher CAM-Anwendung.

Das wurde in einer aktuellen Diskussion unter Hausärzten in der ZFA deutlich [1, 3, 13, 14], auf die sich auch dieser Artikel bezieht.

Als Ausgangspunkt weiterer Überlegungen zur hausärztlichen CAM-An-

wendung schlage ich das „hermeneutische Fallverständnis“ [28] vor: „Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden ist es von besonderer Bedeutung, den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen (hermeneutisches Fallverständnis).“

Wenn sich hermeneutisch (= deutend, übersetzend) die Krankengeschichte und das Krankheitskonzept des Patienten besser würdigen lassen, so kann dies auch für Arzt-Patienten-Interaktionen gelten, deren Kommunikationsmittel und Kommunikationsformen der Übersetzung bedürfen.

Dies knüpft an eine Bemerkung von Uexkülls an, dass der Arzt sich mittels einer Injektion, eines Medikaments, einer Röntgenbestrahlung mit „Subsystemen

verschiedener Integrationsebenen“ des Patienten „unterhält“ [26]. Die Unterhaltung in „CAM-Sprache“ unterscheidet sich von den genannten Interventionen darin, dass das Idiom naturwissenschaftlich unzureichend (Akupunktur) oder nicht (Homöopathie) begründbar ist, aber eine deutliche historische und kulturelle Prägung aufweist. CAM ist im hermeneutischen Interaktionsverständnis ein Mittel der Kommunikation zwischen Patient und Arzt, ein Zeichensystem.

Die Fragen lauten:

- Gibt es Anknüpfungspunkte für einen hermeneutischen Ansatz gegenüber CAM in hausärztlicher Tradition?
- Ergeben sich daraus Konsequenzen für die tägliche Praxis und weitergehende Forschung?

<sup>1</sup> niedergelassen als Facharzt für Allgemeinmedizin in Schwarmstedt, Akadem. Lehrpraxis der MMH

**Peer reviewed article** eingereicht: 13.05.2011, akzeptiert: 19.09.2011

DOI 10.3238/zfa.2012.00113-00117

## Material und Methode

Die Vorgehensweise ist qualitativ-inhaltsanalytisch. Ausgehend vom geläufigen hausärztlichen Verständnis oder auch „Kontextwissen“ [24], das für die Hermeneutik hausärztlicher Interaktion und die Bedeutung von Placeboeffekten in der Hausarztpraxis – das Werk Michael Balints – maßgeblich ist, wurde zur weiteren Beantwortung der Fragen nach Vorläufern und Aktualisierungen des Ansatzes von Balint gesucht.

Man kann sich für die Beantwortung der Fragestellungen auf ein „Corpus“ von drei Texten in chronologischer Folge beschränken:

- Justinus Kerner: Heilung durch Sympathie. Antrittsrede als Vorstand des württembergischen ärztlichen Vereins, 1843 [17]
- Michael Balint: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, 1957/1964 [4]
- Thure von Uexküll: Das Placeboproblem. Kapitel 26, Psychosomatische Medizin, 1996 [26]

Die Ergebnisse werden als Inhaltsanalysen, Konzeptvergleiche und Konsequenzen für die aktuelle hausärztliche Haltung und Forschungsperspektive dargestellt und diskutiert.

## Ergebnisse – Inhaltsanalysen

### Sympathetische Medizin

Kerner machte sich Gedanken über die Haltung einer rational begründeten hausärztlichen Medizin gegenüber volksheilkundlichen Praktiken (Besprechen, Bestreichen, Amulette, magische Rituale usw.) und kam zum Schluss, dass diese nicht naturwissenschaftlich begründbar wirken, sondern „magnetisch“ oder „sympathetisch“ durch Auslösen von Emotionen. Hierbei liege die heilende Kraft weniger im angewandten Verfahren als im Anwender, und er stellte in seiner Antrittsrede als Vorstand des Württembergischen Ärztevereins unter dem Titel „Über die Heilung durch Sympathie“ fest: „dass beim magnetischen Einwirken der heilende Arzt auch zugleich das Heilmittel sey, mus, daß also von der Kraft, die von ihm ausgeht, auch sehr das Gelingen solcher Heilungen abhängt.“ [17]

	Sympathetische Tradition	Allgemeinärztliche Beziehungsmedizin
Therapeutisches Setting	„Magnetischer Rapport“ (Kerner) „Stufe der Kindheit“ (Kerner)	„Die ganze Atmosphäre in welcher die Medizin verabreicht und genommen wird“ (Balint) „Regression“ (Balint)
Arzt im Setting	„Der heilende Arzt auch sogleich das Heilmittel“ (Kerner)	„Droge Arzt“ (Balint)
Ärztliche Technik im Umgang mit der Krankheit	„Übergabe an die Elemente“ (Kerner) Französische Königsmedizin: „Bestreichen“ (Kerner)	Krankheit als zu entfernendes „äußeres Agens“ (Balint) Identifikation mit Patienten (Balint)
Reflexion in Forschung und Lehre	„Erforschung und Erprobung sympathetischer Mittel auch gewiss ein Gegenstand des rationellen Arztes ist“ (Kerner)	„The physician healer: ancient magic or modern science?“ (Dixon, Sweeney, Pereira Grey)
Narrativ basierte Medizin	„Seherin von Prevorst“ (Kerner) „Anna-Katharina Emmerich“ (C. v. Brentano) Gräfin Lesniewska“ (F. Schlegel)	„The narrative of Hilda Thomson“ (Marinker) „The case of Mrs. Ahmed“ (Greenhalgh) „Pathographies“ (McWhinney)

**Tabelle 1** Synopse: Begriffe der allgemeinmedizinischen Beziehungsmedizin und ihre sympathetische Tradition. Literaturverweise auf romantische Literatur und moderne hausärztliche Literatur.

Hervorzuheben sind in seinem Konzept:

- die erstmalige Formulierung vom „Arzt als Heilmittel“
- die Benennung eines therapeutischen Settings mit Regressionsmerkmalen („magnetisch“, „Kindheit“)
- die Forschungsverpflichtung

Bei aller Betonung des Arztes als Heilmittel fällt in Kerners Behandlungsprotokoll der „Seherin von Prevorst“ [18], einem Bestseller der damaligen Zeit, zweierlei auf: eine prozessuale Orientierung am Detail der mitunter bizarren Praktiken und Zurüstungen und eine narrative Orientierung auf Konzepte der Patientin (Tab. 1).

### Droge Arzt

Balint übernimmt eine „wilhelminische“, autoritär-arztzentrierte Variante dieser Tradition [4]. Vermittlungswege aus dem universitären Schülerkreis Schweningers – Bismarcks naturheilkundlichem Hausarzt – durch Groddeck und Ferenczi an Balint sind inzwischen

gesichert [8, 20]. Balint rezensierte 1951 Groddecks „Buch vom Es“ und eine Werkauswahl als „Two old and dear friends in a new form changed from German into English“ [8].

Es bleibt die Wertschätzung Balints [8] für Groddeck ungeklärt angesichts

- dessen Maximen zum Arzt-Patientenverhältnis: „Seelsorger der Menschheit, Erzieher der Zukunft“ [20]; „Herrschaft über den Kranken gewinnen ... ist die Grundlage aller ärztlichen Kunst“ [20];
- dessen Methoden: „springt der Arzt in ganzer Person auf den Leib des Patienten“ [20];
- dessen Evaluation durch Patienten: „Satan“ und „Dr. Grobian“ [20].

Balint versuchte, die interaktiven Abläufe der Placebofunktion im Sinne einer ritualisierten Handlung zu erfassen. Hier gibt es einen deutlichen Widerspruch zwischen einem prozessualen, interaktiv-atmosphärischen Verständnis der Placebowirkung in Fortführung der Sympathetik Kerners gegenüber einer ins priesterliche gesteigerten ärztlichen

	Verfahren		
	Homöopathie	Kneipp-Verfahren	Anthroposophie
Sympathetische Merkmale	Hahnemann „Organon“ 1810 ff.	Kneipp „Meine Wasserkur“ 1886	Steiner „Okkulte Physiologie“ 1911 „Geisteswissenschaft und Medizin“ 1920
Ähnlichkeit	+++	+ (z.B. „Knochenpulver“)	+ (Bezug auf Homöopathie)
Phytosemiotik	+ (Arzneimittel-„Bilder“)	+ („Apotheke“)	+++
Betonung der Propriozeption	+ (z.B. Arzneimittelprüfung, Anamnese)	+++	+ (z.B. Eurythmie)
	Gemeinsamkeiten der sympathetischen Tradition		

**Tabelle 2** Klassische deutsche CAM-Verfahren; Gemeinsamkeiten im Einsatz der sympathetischen Merkmale Ähnlichkeit, Phytosemiotik, Propriozeption.

Autorität. Im mehrdeutigen Begriff der „Apostolischen Funktion“ wird diese Spannung deutlich:

- Zentraler Begriff im „Handbuch für die Droge Arzt“
- „Atmosphäre“
- „Predigt“, „Offenbarung“
- „Patient wird erzogen“
- „Selbstauleser der Patienten“ [4]

Ein weiterer Widerspruch ergibt sich zwischen der positiven priesterärztlichen Orientierung und dem theologisch negativ besetzten Placebo:

„Placebo Domino in regione vivorum“ („Ich werde dem Herrn im Reiche der Lebenden gefallen“) lautet der Anfang von Psalm 116,9, mit dem im Mittelalter der Toten gedacht und zugleich der Auferstehungsglaube bekräftigt wurde. Ab dem 14. Jh. ist die abwertende Bedeutung als „Einschmeichelei“ im Zusammenhang bezahlter Totenklage bekannt, seit dem späten 18. Jh. ist der Eingang in medizinisches Vokabular erfolgt [25] für „Scheinbehandlung“.

### Semiotik des Placebo

Von Uexküll ordnete den drei „Zeichenklassen“ des amerikanischen Philosophen Peirce interaktive Merkmale von Nähe und Distanz zu, was zu einer hausärztlichen Interaktionshermeneu-

tik und Placebolehre in Nachfolge Balints führt [11, 21]:

- Erstheit = Ikon: steht unabweisbar dicht und nahe für etwas, Ähnlichkeit, gefühlsträchtig;
- Zweitheit = Index: zeigt in angemessener Distanz etwas an, wie Rauch das Feuer, logisch-kausal;
- Drittheit = Symbol: Zeichen auf Grundlage frei getroffener Entscheidung und von Vereinbarung, wie Verkehrsschilder oder Geld [26].

Diese Zeichenlehre erlaubt es, pharmakodynamisch wirkungslosem Material (homöopathischen Globuli) oder definierten Situationen (Heilungsritualen) als Zeichen therapeutische Wirkung mittels Regressionsförderung, Erfahrung unabweisbarer Nähe und Dichte (Zeichenklasse „Ikon“ nach Peirce) zuzugestehen. Die therapeutisch eingesetzten Zeichen – Globuli, Nadelstich, Mistelinfusion, Kneipp-Bad etc.– funktionieren im interaktiven Kontext zwischen Arzt und Patient und aufgrund der individuellen Biografie, kultureller Prägung und Dynamik von Übertragung/Gegenübertragung [26].

Die Ikon-Erzeugung – die Auslösung einer Erfahrung des unabweisbar individuell Gemeintseins – ist für die klassischen deutschen CAM-Formen systematisierbar gemäß dem je-

weiligen Überwiegen von Phytosemiotik (Pflanze als Zeichen), Ähnlichkeitsorientierung („das Mittel meint mich“, Homöopathie), Propriozeption (Steigerung der körperlichen Selbstwahrnehmung durch Luft, Wasser, Licht, Kälte Wärme) (Tab. 2).

### Konzeptvergleich

#### Kerner/Balint/von Uexküll

Kerner trägt 1843 vor Hausärzten ein aus hausärztlicher Praxis gewonnenes Konzept zum Umgang mit volkshelkundlichen Praktiken vor. Das Postulat des „Arztes als Heilmittel“ ist vorsichtig formuliert, die Details der untersuchten Praktiken werden sorgfältig beschrieben, Patientengeschichten werden z.T. literarisiert („Seherin von Prevorst“).

Balints Ansatz von 1957 ist durch drei Widersprüche gekennzeichnet:

1. Einerseits gibt es eine Arztzentrierung („Droge Arzt“), andererseits ein prozessuales Placeboverständnis („Atmosphäre“).
2. Balints Arztbild ist „wilhelminisch“, wird von ihm aber für die Interaktionslehre von Hausärzten im britischen NHS der 50er Jahre ausformuliert.
3. Eine positive priesterärztliche Orientierung wird mit dem theologisch negativen Terminus „Placebo“ verknüpft.

Von Uexkülls Semiotik von 1996 erfüllt hausärztliche Bedürfnisse einer hermeneutischen Interaktionslehre durch eine Systematik von Nähe und Distanz, Auf- und Abwärtseffekten diagnostischer und therapeutischer Interventionen. Von Uexküll sorgt damit für eine qualitativ-interaktive Füllung eines bislang schemenhaften Begriffs „Placebo“.

### Konsequenzen für Alltag und Forschung

Für den hausärztlichen Alltag ergeben sich drei Konsequenzen bzw. mögliche Haltungen:

- kritische Distanz
- Voraussetzungen geglückter CAM-Anwendung
- Vermeidung von Fallgruben

**Prof. Dr. med. habil. Martin Konitzer ...**

... war seit den frühen 90er-Jahren als FA Allgemeinmedizin in Hannover niedergelassen, im Sommer 2011 Übernahme einer vakanten Landpraxis nördlich von Hannover. Venia legendi für Allgemeinmedizin 2004 mit einer Arbeit zu „narrative based medicine“ und CAM. Forschungsschwerpunkte: Arzt-Patienten-Interaktion, Praxisepidemiologie, hausärztliche Aus- und Weiterbildung.

**Kritische Distanz**

Nicht jeder Hausarzt muss CAM-Sprache sprechen, wenn sie ihm nicht liegt. Hier gibt es die Möglichkeit, CAM als Zeichensystem im Sinne einer „sozialen Tatsache“ [23] zu akzeptieren oder gar als „metaphysische Last gesellschaftlicher Wirklichkeit“ [23], die nicht ins eigene Konzept passt, lediglich zu dulden.

**Voraussetzungen des erfolgreichen Einsatzes**

Setzt man die CAM-Kenntnis eines Hausarztes und die von Abholz [2] dargestellten Indikationen (Mangel an schulmedizinischen Therapieoptionen, Nebenwirkungen/Wirkungslosigkeit der konventionellen Therapie, primärer Wunsch nach CAM) voraus, so ergibt sich möglicherweise eine „Passung“ [26], wenn eine gemeinsame „Bedeutungserteilung“ [26] hinsichtlich des Beschwerdebildes und des anzuwendenden CAM-Verfahrens stattfindet.

So kann eine Akupunkturtherapie bei chronischem Rückenschmerz ohne organisches Korrelat mittels Punktion von „Fernpunkten“ von einem Patienten als sinnlose Intervention wegen der Ferne gegenüber der Lokalisation der Beschwerde von einem anderen aber als „sanfte“ Intervention ihre individuelle Bedeutungserteilung erfahren.

**Fallgruben**

Weiterhin ergeben sich drei Möglichkeiten des Scheiterns:

- Mangelnde Ikon-Auslösung durch die CAM-Anwendung
- Negative Patientenselbstaulesung
- Nocebo-Wirkung

Die erste Möglichkeit schadet dem Hausarzt, da er „es nicht kann“ und damit eine Schädigung einer bislang intakten hausärztlichen Arzt-Patientenbeziehung droht.

Die zweite Möglichkeit setzt patientenseitig somatoforme Beschwerdebilder, ausgeprägten Leidensdruck, eine Ablehnung von Pharmako- („Chemie“) und Psychotherapie („nicht psychisch krank“) voraus. Für den Hausarzt kann es bei seriell erfolgloser CAM-Anwendung zur negativen „apostolischen Funktion“ mit häufigem Wechsel „schwieriger Patienten“ kommen. Patienten sehen sich in ihrem Widerstand gegen jede therapeutische Intervention bestätigt, denn CAM hat „ja auch nicht geholfen“.

Die erste und zweite Möglichkeit des Scheiterns betreffen also „nonresponder“.

Die dritte Möglichkeit des Scheiterns, negatives „responding“ oder Nocebo, schadet Patienten und Hausarzt. CAM-Interventionen müssen aufgrund ihrer Ikon-Eigenschaft nicht notwendig heilsam wirken. Angstauslösung und diffuses Unwohlsein als Nocebo-Wirkung sind inzwischen Thema der Tagespresse [9].

**Forschung****Hausärztliche EbM-Orientierung**

Für die in der hausärztlichen Praxis häufigsten CAM-Formen Homöopathie, Mistel-Therapie und Akupunktur ergab die Prüfung in großen, sich als exemplarisch verstehenden RCTs unter spezialistischer Regie in den letzten 15 Jahren negative bis unklare Wirksamkeitsnachweise [27]. Problematisch für eine hausärztliche Begründung oder Ablehnung des CAM-Einsatzes aufgrund dieser Ergebnisse ist nicht die Anwendung des RCT-Schemas, sondern sind hausarztferne, spezialistische Regie der Studien und schwerwiegende Verstöße gegen RCT-Konditionen in den Mistel- und Akupunkturstudien [27] sowie die paradoxe Konsequenz der Kassenfinanzierung trotz unzureichender Ergebnisse für die

Akupunktur (via QZV = qualitätsgebundenes Zusatzvolumen der Quartalsabrechnung bei Akupunkturtitel) und negativer Ergebnisse für die Homöopathie (via IV-Verträge = Verträge mit Krankenkassen im Rahmen der „Integrierten Versorgung“ bei Zusatztitel Homöopathie bzw. „Homöopathie-Diplom“ des dt. Zentralvereins homöopathischer Ärzte).

Die EbM gemäße Überprüfung von CAM-Verfahren und CAM-Arzneien bleibt für die hausärztliche Einschätzung des CAM-Einsatzes unabdingbar und wendet lediglich einen Standard auf CAM an, der auch für andere hausärztliche Interventionen Anwendung findet.

**Hausärztliche Konzept-Forschung**

Wenn Hausärzte CAM-Verfahren anbieten, hat dies zur Voraussetzung, dass sie mit ihren Patienten Konzepte zu gewissen Graden teilen. Aber auch Hausärzte in kritischer Distanz zu CAM können CAM als „soziale Tatsache“ [23], interaktives Zeichensystem, konzeptionell beforschen.

Konzepte sind so etwas wie anthropologische Grundannahmen [16] und häufig sehr konträr: z.B. „Maschinenmodell“ vs. „Natürlicher Ablauf“ [6], „Logik“ vs „Gefühl“. Alltagsauffassungen zu Gesundheit und Krankheit wie auch professionelle Theorien lassen sich unter Aspekten der Konzeptforschung auf solche Grundannahmen reduzieren. Hausärztliche Konzeptforschung kann deskriptiv, interventionell oder auch historisch reflektierend solche Grundannahmen hinsichtlich CAM zu klären helfen.

Während es reichlich deskriptive Studien zu Einstellungen bezüglich CAM bei Hausärzten und ihren Patienten gibt [z.B. 12], gibt es wenige interventionelle Studien, die quantitativ oder qualitativ den Abgleich von hausärztlichen und patientenseitigen Konzepten in der Interaktion verfolgen [5].

Unterrepräsentiert sind weiterhin Untersuchungen, die historisch Einstellungen und Einstellungswandel von Hausärzten gegenüber CAM untersuchen. Wir wissen z.B. wenig über die Einstellung jüdischer Kollegen, die als Hausärzte die Hälfte der Mitglieder des Verbandes naturheilkundlicher Ärzte in der Weimarer Republik stellten und sämtlich vertrieben, ver-

schleppt oder ermordet wurden [10, 22]. Wir wissen auch nicht, ob Balints autoritäre „Droge Arzt“ lediglich eine elitäre Variante von CAM-Verständnis aus dem Schweninger-Kreis [19] darstellte oder eine allgemeine Stimmung unter naturheilkundlichen Hausärzten.

## Schlussfolgerungen

Die Betrachtung der Traditionslinie Kerner – Balint – von Uexküll gibt einige Antworten auf die Ausgangsfragen nach einer hausärztlichen CAM-Hermeneutik und ihre alltäglichen und wissenschaftlichen Konsequenzen.

Zunächst ist festzuhalten, dass eine CAM-Hermeneutik bereits in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts seitens Kerner von einem Hausarzt für Hausärzte formuliert wurde.

Von Uexkülls Placebo-Semiotik aus dem Ende des vergangenen Jahrhunderts ist eine Reformulierung des Kernerschen Ansatzes in moderner semiotischer Diktion und wurde bis zur Fassung letzter Hand 2002 unter Einbeziehung hausärztlicher Forschungsergebnisse formuliert und wird heute wesentlich hausärztlich vertreten [11, 21].

Balints interaktive Hermeneutik ist widersprüchlich, transportiert sie doch zentrale Momente des prozessualen Placeboverständnisses von Kerner zu von Uexküll, orientiert sich aber an einem historisch gebundenen Priesterarzt-Typus.

Die heutige Situation ist gegenüber den 90er-Jahren des vorigen Jahrhunderts dadurch gekennzeichnet, dass die EbM-Prüfung von CAM mit überwiegend negativen Ergebnissen [27] verlief und hausärztlicher CAM-Einsatz nicht EbM konform begründbar ist.

Interaktive Hermeneutik und Konzeptforschung bleiben daher notwendige Anstrengungen einer Handlungsbegründung hausärztlichen CAM-Einsatzes.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. habil. Martin Konitzer  
FA Allgemeinmedizin Akupunktur  
Homöopathie Psychotherapie  
Akademische Lehrpraxis der MHH  
Bahnhofstraße 5  
29690 Schwarmstedt  
Tel.: 05071 516  
E-Mail: m-konitzer@t-online.de

## Literatur

1. Abholz H-H. Was wäre, wenn CAM nur Placebo-Wirkung hätte? *Z Allg Med* 2011; 87: 168–169
2. Andritzky W. Unkonventionelle Heilwesen in der ärztlichen Praxis. *Z Allg Med* 1998; 74: 608–614
3. Anlauf M. CAM oder der Versuch ärztliche Basispflichten „outzusourcen“. *Z Allg Med* 2011; 87: 163–164
4. Balint M. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett, 1993
5. Bewig A, Abholz H-H. Pille oder Spritze? Untersuchung zur Frage eines Unterschieds am Beispiel des akuten Rückenschmerzes. *Z Allg Med* 2001; 77: 31–35
6. Borgers D. Die Autoreparatur-Metapher: Allgemeinmedizin als einfache oder komplexe Mechanik. *Z Allg Med* 2002; 78: 181–183
7. Grüsser OJ. *Justinus Kerner 1786–1862. Arzt – Poet – Geisterseher*. Berlin: Springer, 1987
8. Häfner S. Michael Balint über Georg Groddeck. *Balint-Journal* 2010; 11: 27–28
9. Heier M. Ich werde schaden. *FAZ* 21.09.2009
10. Heidel CP (Hrsg) *Naturheilkunde und Judentum*. Frankfurt: Mabuse 2008
11. Herzog P. Die Suche nach der verlorenen Einheit von Körper und Seele in der Heilkunde. Versuch einer Annäherung von Balintgruppe und reflektierter Kasuistik nach Thure von Uexküll. *Balint-Journal* 2011; 12: 33–47
12. Himmel W, Schulte M, Kochen MM. Complementary Medicine: are patients' expectations being met by their general practitioners? *BJGP* 1993; 43: 232–235
13. Jobst D. Die komplementäre Medizin erfüllt Wünsche der Patienten nach einer komplementären Versorgung. *Z Allg Med* 2011; 87: 165–166
14. Joos S. Komplementärmedizin im Zeitalter der Evidenzbasierten Medizin. *Z Allg Med* 2011; 87: 166–168
15. Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J. Integration of complementary and alternative medicine into family practices in Germany: results of a national survey. *Evid Based Complement Alternat Med* 2011; 2011: 495813. Published online 2010 October 19. doi: 10.1093/ecam/nep019 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140199/>
16. Kelly GA. *The Psychology of Personal Constructs*. New York: W.W. Norton & Company Inc., 1955
17. Kerner J. Über die Heilung durch Sympathie. *Medizinisches Correspondenzblatt des Württembergischen Ärztlichen Vereins* 13, 1843 113f. Nachdruck Jütte R. (Hrsg) *Wege der Alternativen Medizin*. Ein Lesebuch. München 1996, 94ff.
18. Kerner J. Die Seherin von Prevorst: Eröffnungen über das innere Leben des Menschen und über das Hereinragen einer Geisterwelt in die Unsere. Cotta, 1838
19. Klein E. *Naturheilverfahren*. Meiner. Dresden 1929
20. Martynkewicz W. Georg Groddeck. Frankfurt a. M., Fischer, 1997
21. Rüter G, Joos S. Stellenwert und Bedeutung einer neu zu gründenden DEGAM-Sektion „Individual- und Beziehungsmedizin“ *Z Allg Med* 2008; 84: 340–345
22. Schramm-Häder U. Gedenken an den verfolgten jüdischen Arzt und Wissenschaftler Professor Emil Klein. *ÄB Thüringen* 2007; 18: 446
23. Searle JR. *Die Konstruktion der gesellschaftlichen Wirklichkeit*. Reinbek b Hamburg: Rowohlt, 1997
24. Strauss A. *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München: UTB, 1994
25. von Jagow B, Steger F. *Literatur und Medizin*. Ein Lexikon. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2005
26. von Uexküll T. Das Placebo-Phänomen. In: von Uexküll T (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*. 5. Aufl. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg, 1996: 363–369
27. Wider B, Ernst E, Pittler MH (Hrsg) *Desktop Guide to Complementary and Alternative Medicine*. 2nd ed. Elsevier Mosby, 2005
28. Wilm S. Mitten in der Wirklichkeit und reflektiert. Neues Potenzial und neuer Ort für die allgemeinmedizinische Forschung *Z Allg Med* 2005; 81: 234–236