

**Aus der Klinik und Poliklinik für Hämatologie/Onkologie
der Universität Würzburg**

Direktor: Professor Dr. med. Hermann Einsele

**Entwicklung von Gesundheitskompetenz zur Unterstützung der Lebensqualität -
Eine Fragebogen basierte Analyse zur Erfassung des subjektiven
Beratungsbedarfs sowie der Motivationslage krebskranker Patienten im Hinblick
auf die Etablierung eines tagesklinischen Therapie- und Schulungsangebotes (KOI
Tagesklinik) an der Universitätsklinik Würzburg**

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Jonas S. Leonhardt

aus Göttingen

Würzburg, Juli 2023

Referent: Prof. Dr. Herman Einsele
Koreferent: Prof. Dr. Achim Wöckel
Dekan: Prof. Dr. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 18.03.2024

Der Promovierende ist Arzt.

Vorwort:

In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich.

Für meine Eltern.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Komplementär- versus Alternativmedizin in der Onkologie – Inanspruchnahme, Evidenz und Definitionen	1
1.2 Integrative Medizin als mögliches Zukunftsmodell in der Onkologie	3
1.3 Verfahren der integrativen Onkologie orientiert an der Gliederung der ersten S3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung onkologischer Patienten	4
1.3.1 Integrative Onkologie in der Versorgungsrealität - etablierte Konzepte der Mind-Body-Medizin in Deutschland	7
1.3.2 Integrative Onkologie an der Universitätsklinik Würzburg	10
1.4 Ziele der Dissertation	10
2. Material und Methoden	12
2.1 Ethikkommission	12
2.2 Datenerhebung und Patientenkollektiv	12
2.3 Fragebogen und Messinstrumente	13
2.4 Datenauswertung	15
3. Ergebnisse	16
3.1 Patientencharakteristika	16
3.1.1 Altersverteilung	16
3.1.2 Krankheitsentität und Therapieziel	17
3.1.3 Erwerbstätigkeit	21
3.2 Individuelles Befinden und Bestandsaufnahme zu gesundheitsförderlichem Verhalten	21
3.2.1 Körperliches und seelisches Befinden	21
3.2.2 Atmung	25
3.2.3 Ernährung und Genussmittel	26
3.2.4 Bewegung	30
3.2.5 Entspannung	33
3.2.6 Naturheilkundliche Selbsthilfestrategien	36
3.2.7 Gedanken – Gefühle – Einstellungen	38
3.2.8 Soziales Netz und Arbeit	40
3.2.9 Lebensstilveränderung	41
3.3 Statistische Zusammenhänge zwischen Patientencharakteristika und Lebensstilbereichen	43
3.3.1 Geschlecht	44
3.3.2 Alter	49
3.3.3 Therapieziel	53
3.3.4 Krankheitsentitäten	58
3.4 Zusammenhänge zwischen Ausführung sowie Motivationslage von gesundheitsfördernden Praktiken mit optimistischen bzw. pessimistischen Gedankengängen	69
3.4.1 Schlaf	70
3.4.2 Entspannung	71
3.4.3 Lebensstiländerungen	76

4. Diskussion	79
4.1 Interpretation der erhobenen Daten	79
4.1.1 Arbeitshypothese	79
4.1.2 Körperliches und seelisches Befinden	79
4.1.3 Atmung und Entspannung	83
4.1.4 Ernährung und Genussmittel	87
4.1.5 Bewegung	90
4.1.6 Naturheilkundliche Selbsthilfestrategien	92
4.1.7 Gedanken- Gefühle- Einstellungen	93
4.1.8 Soziales Netz und Arbeit	96
4.1.9 Erfolgserlebnisse im Hinblick auf Lebensstiländerung	97
4.2 Kritische Betrachtung	100
4.3 Schlussfolgerungen	102
5 Zusammenfassung	104
6. Literaturverzeichnis	106

Appendix

I	Abkürzungsverzeichnis
II	Abbildungsverzeichnis
III	Tabellenverzeichnis
IV	Danksagung
V	Lebenslauf
VI	Eigene Veröffentlichungen
VII	Anlage

1. Einleitung

1.1 Komplementär- versus Alternativmedizin in der Onkologie – Inanspruchnahme, Evidenz und Definitionen

Die Anzahl der Patienten, die neben ihrer schulmedizinischen Behandlung auf komplementäre oder alternativmedizinische Heilverfahren setzen, ist in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. Allein in Deutschland geht man davon aus, dass mindestens die Hälfte aller Patienten solche Angebote zusätzlich in Anspruch nimmt [1]. Die Nachfrage bei onkologischen Patienten ist vergleichbar, auch hier steigen Interesse und Inanspruchnahme von Alternativ- und Komplementärmedizin. Im europäischen Vergleich liegt die Nutzung bei bis zu 50 %, in Deutschland wird die Nutzung sogar bis zu 60 % angegeben [2, 3]

Betroffenen scheint es hierbei nicht um eine Alternative zur konventionellen Therapie zu gehen, sondern vielmehr um eine sinnvolle Ergänzung. So äußerten z.B. in einer deutschlandweiten Umfrage, an der 7000 Brustkrebspatientinnen teilnahmen, Patientinnen den konkreten Wunsch nach einer stärkeren Integration der Komplementärmedizin in die onkologische Behandlung [4].

Zentrale Beweggründe für Patienten, diese Therapieoptionen aufzusuchen, sind Studien zufolge unter anderem das Bedürfnis, persönliche Ressourcen zu stärken im Kampf gegen die Erkrankung [5]. Sie wünschen sich zudem eine aktive Rolle und Mitwirkung, eine ganzheitliche Betreuung und gezielte Unterstützung bei der Bekämpfung von Nebenwirkungen der konventionellen Therapie [6-9]. Eine relativ hohe Akzeptanz fand sich in Studien insbesondere bei Frauen mittleren Alters mit höherer Schulbildung [10]. Es ist Patienten dabei besonders wichtig, einen Überblick über komplementärmedizinische Verfahren zu erhalten, die möglicherweise für sie geeignet sein könnten und möglichst konkrete und praxisnahe Informationen zu erhalten [11].

In einigen Leitlinien, wie z. B. für das Mammakarzinom (S3-Leitlinie), sind komplementärmedizinische Methoden auf Grund vorhandener Evidenz bereits etabliert [12, 13]. Im Juli 2021 wurde die erste S3-Querschnitts-Leitlinie „Komplementärmedizin in der Behandlung onkologischer PatientInnen“ veröffentlicht [14].

Auch seitens der Gesundheitsdienstleister beobachten wir ein wachsendes Angebot an komplementärmedizinischen Verfahren, insbesondere im niedergelassenen Bereich. Im Jahr 2019 wurden in Deutschland insgesamt 49.000 Zusatzbezeichnungen in Akupunktur, Balneologie, Homöopathie, Chirotherapie, Naturheilverfahren und/oder physikalischer Therapie registriert [15], was einem Zuwachs von ca. 40 % gegenüber den Zahlen aus dem Jahr 2000 entspricht [16]. Viele Patienten begeben sich allerdings nicht in ärztliche komplementärmedizinische Behandlung, sondern suchen einen Heilpraktiker auf. 2019 wurden in Deutschland über 37.000 aktive Heilpraktiker registriert, die Zahl ist stetig steigend [17]. Demgegenüber stehen für das Jahr 2020 z.B. knapp 30.000 Ärzte für Allgemeinmedizin [18].

Die Definition von Alternativ- oder auch Komplementärmedizin war in der Literatur nicht immer eindeutig. Alternativmedizin beinhaltet eine Vielzahl von Therapien und Praktiken in verschiedenen Disziplinen und mit unterschiedlicher Evidenz. In den letzten Jahren hat sich zunehmend der Begriff „Komplementäre Medizin“ durchgesetzt, um zu unterstreichen, dass angewendete Verfahren nicht anstelle, sondern ergänzend zu konventionellen Therapiekonzepten eingesetzt werden. Dies ist insbesondere in der Onkologie ein wichtiger Aspekt, da Studien zeigen konnten, dass Patienten, die auf Grund der Nutzung von Komplementärverfahren eine weitere wichtige onkologische Therapie im Rahmen eines multimodalen Konzeptes abgelehnt hatten, eine erhöhte Mortalität aufwiesen [19]. Da es aber nicht für alle Verfahren eine ausreichend gute Datenlage im Hinblick auf ihre Effektivität und Sicherheit gibt (z.B. Stichwort Interaktionen mit onkologischer Therapie), sollten insbesondere in der Onkologie nur gut untersuchte und sichere Methoden zum Einsatz kommen.

Um diesen Aspekt entsprechend zu berücksichtigen, haben Experten den Begriff der integrativen Medizin eingeführt [20]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert integrative Medizin als Verbindung von konventioneller und evidenzbasierter komplementärer Therapie zu einer „best practice“ [21].

1.2 Integrative Medizin als mögliches Zukunftsmodell in der Onkologie

Integrative Onkologie grenzt sich von Alternativmedizin und unkonventionellen Therapiemethoden ab. Die Arbeitsgruppe um Professor Witt prägte eine der ersten allgemein anerkannten Definitionen:

„Integrative Onkologie ist ein Zukunftsmodell einer ganzheitlichen, aber evidenzbasierten Patientenbetreuung in der Onkologie. Als patientenzentriertes, evidenzformiertes Gebiet der Krebstherapie werden Mind-Body-Verfahren, natürliche Produkte und/ oder Lebensstiländerungen aus unterschiedlichen Traditionen begleitend zur konventionellen Krebstherapie eingesetzt“ [22].

Auf Grund der steigenden Nachfrage der Patienten und der wachsenden Evidenz auf dem Gebiet ist es essenziell, Patienten umfassend und seriös zu informieren sowie mögliche Interaktionen zu berücksichtigen. Genutzte Verfahren müssen passend zum onkologischen Behandlungskonzept, den vorherrschenden Symptomen und den Wünschen der Patienten ausgewählt werden.

Die gute Kommunikation und Aufklärung über Möglichkeiten, aber auch Grenzen der Komplementärmedizin im Rahmen einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung stellen eine wichtige Aufgabe dar und erfordern eine entsprechende Qualifikation der onkologischen Behandler [23, 24]. Dieser Tatsache trägt auch die aktuelle S3-Leitlinie Rechnung und empfiehlt in ihren Statements [14]:

- ➔ Regelmäßige Beratung hinsichtlich aktuell durchgeführter oder geplanter komplementärmedizinischer Maßnahmen.
- ➔ Informationsvermittlung und Berücksichtigung von möglichen Interaktionen zwischen geplanten Maßnahmen und der Krebstherapie.
- ➔ Einen gezielten Verweis auf verlässliche Informationsquellen unter Hinweis auf mögliche Qualitätskriterien für Anbieter und unter Benennung unseriöser Methoden zum Schutz der Patienten.
- ➔ Sowohl onkologische wie auch komplementärmedizinische Qualifikation der Anbieter mit Kenntnis der Wirkweise der Indikationen und Kontraindikationen sowie Grenzen dieser Maßnahmen.

- ➔ Systematische und auf Patientenbedürfnisse ausgerichtete Gesprächsführung unter Berücksichtigung der aktuellen Evidenz.
- ➔ Stetige Weiterbildung der medizinischen Fachkräfte für eine qualitätsorientierte Anwendung.

1.3 Verfahren der integrativen Onkologie orientiert an der Gliederung der ersten S3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung onkologischer Patienten

Der Aufbau der S3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung onkologischer Patienten orientiert sich an international vorgeschlagenen und zwischenzeitlich etablierten Klassifikationen, wie sie z. B. vom National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), das Teil des US National Institutes of Health (NIH) ist, entwickelt wurden [25].

Die Evidenz wurde dieser Struktur entsprechend getrennt aufgearbeitet mit eigenen Kapiteln zu:

- Ganzheitlichen Medizinsystemen („whole medical systems“),
- Mind-Body-Verfahren („mind-body interventions“),
- Manipulativen Körpertherapien („manipulative and body-based methods“) und
- Biologischen Therapien („biologically based treatments“)

In den folgenden Abschnitten sollen exemplarisch Verfahren der integrativen Onkologie vorgestellt werden.

Ganzheitliche Medizinsysteme

„Darunter werden ganzheitliche Behandlungsmethoden beschrieben, die sich durch eine die konventionelle Medizin meist ergänzende eigene medizinische Krankheits- und Behandlungstheorie auszeichnen“[26]. Beispiele hierfür sind unter anderem traditionelle Medizinsysteme, wie die traditionelle chinesische Medizin oder auch die traditionelle indische Medizin/ Ayurveda. Als ein konkretes Beispiel für ein Komplementärverfahren mit guter Evidenz, welches den „whole medical systems“ zuzuordnen ist, kann Akupunktur genannt werden. Neben dem ergänzenden Einsatz in der Therapie von Tumorschmerzen (Evidenzgrad B) existiert z.B. auch eine ausreichend gute Datenlage für den Einsatz bei Gelenkschmerzen unter einer Therapie mit Aromatasehemmern sowie zur Vorbeugung Chemotherapie-induzierter Übelkeit [27-30].

Mind-Body-Verfahren

„Den sogenannten Mind-Body-Verfahren liegt der wechselseitige Einfluss von Psyche („Mind“), Körper („Body“) und Verhalten zugrunde“ [31]. Selbstfürsorge und Selbstwahrnehmung/ Achtsamkeit sind zentrale Kernelemente. Zu den Mind-Body-Verfahren werden unter anderem achtsamkeitsbasierte Interventionen zur Stressreduktion („mindfulness-based-stress-reduction“, MBSR), meditative Bewegungsformen wie Tai Chi/ Qigong, Yoga und verschiedene Formen der Meditation (z.B. Visualisierungen, Metta-Meditationen), aber auch die Kombination verschiedener multimodaler Verfahren in einem Konzept gezählt.

Im Rahmen des MBSR Programmes, das von Jon Kabat-Zinn entwickelt wurde, werden Patienten z.B. im Gruppensetting über einen Zeitraum von 8 Wochen strukturiert geschult. Bestandteile des Programmes sind unter anderem Geh- und Sitzmeditation sowie Yogaelemente [32].

In Bezug auf die Onkologie konnte eine Metaanalyse positive Effekte auf die geistige Gesundheit nach dem Einsatz von MBSR bei Brustkrebspatientinnen feststellen [33]. Auch im Bereich der Lebensqualität konnten positive Effekte nachgewiesen werden [34]. Untermuert werden diese Ergebnisse von einer 2017 publizierten Metaanalyse, bei der insgesamt 10 Studien mit insgesamt 1709 Patientinnen eingeschlossen wurden. Es zeigte sich, dass MSBR kurzfristig das Befinden in den Feldern gesundheitsbezogene Lebensqualität, Fatigue, Angst, Schlaf, Stress und Depression signifikant verbessern konnte. In den Bereichen Angst und Depression konnten sogar bis zu 6 Monate nach der Intervention signifikante Unterschiede festgestellt werden [35].

MBSR hat auf Grund der zu geringen Fallzahlen in durchgeführten Studien in der Leitlinie zumindest zahlreiche „kann“ Empfehlungen erhalten, z.B. für die Reduktion von Angst und Ängstlichkeit, bei Ein- und Durchschlafstörungen, Fatigue oder auch kognitiven Beeinträchtigungen.

Einen höheren Empfehlungsgrad haben Yoga und Tai Chi/ Qigong erhalten, zusätzlich zu zahlreichen „kann“ Empfehlungen und je einer „sollte“ Empfehlung bei Fatigue

Empfehlungsgrad B. Im Falle von Tai Chi/ Qigong auch bei Ein- und Durchschlafstörungen. [14, 36-38]

Manipulative Körpertherapien

Unter dem Begriff manipulative Körpertherapien wurden verschiedene passive Therapieformen zusammengefasst, die den Bewegungsapparat und das Gewebe beeinflussen sollen und mit Berührung oder spezifischen Handgriffen arbeiten (z. B. Osteopathie, Chirotherapie, Massagen, etc.). Eine eigene Leitlinie zu Sport und Bewegungstherapie in der Onkologie befindet sich derzeit in Vorbereitung, so dass bis zum Erscheinen zumindest die wichtigsten Aspekte in der S3-Leitlinie Komplementärmedizin mitbesprochen wurden [14].

Auf Grund der zur Verfügung stehenden Datenlage wurde mit je einer „soll“ Empfehlung der höchste Empfehlungsgrad für körperliche Aktivität und Sport zur Behandlung von Fatigue und zur Verbesserung der Lebensqualität (jeweils Evidenzgrad A) ausgesprochen. Generell wird konsensbasiert onkologischen Patienten empfohlen mindestens 150 min moderaten oder 75 min anstrengender körperlicher Aktivität pro Woche nachzugehen. Dabei sollten Patienten auf Ausdauersport, Krafttraining, Koordinationstraining und Beweglichkeitstraining zurückgreifen [14].

Erklärungsansätze für den positiven Effekt von Sport sind Gegenstand aktueller Forschung. Einen neuen Ansatz zeigte eine Studie unter Beteiligung der Universität Leipzig. Diese Untersuchung legt nahe, dass regelmäßiges Ausdauertraining zur Verlängerung von Telomeren auf molekularer Ebene führe. So wird derzeit diskutiert, dass Sport auch den biologischen Alterungsprozess beeinflussen könnte [39].

Für die Mehrzahl der übrigen Verfahren wurden sogenannte Negativempfehlungen bei fehlenden Effekten oder keine Empfehlung auf Grund einer nicht oder nur unzureichenden Datenlage formuliert.

Biologische Therapien

Mikronährstoffe, wie z. B. Vitamine und Spurenelemente, werden ebenso wie sekundäre Pflanzenstoffe und Phytotherapie im Kapitel biologische Therapien

besprochen. Positivempfehlungen wurden z. B. für Ginseng bei Fatigue oder auch für Traubensilberkerze bei menopausalen Symptomen ausgesprochen (jeweils „kann-Empfehlung“) [14].

1.3.1 Integrative Onkologie in der Versorgungsrealität - etablierte Konzepte der Mind-Body-Medizin in Deutschland

Das Essener Modell als international anerkanntes Versorgungsprogramm

Die in Amerika entstandene Bewegung der sogenannten Mind-Body-Medizin wurde zum ersten Mal in der Krebsmedizin in den 1970er Jahren in den USA erfolgreich eingesetzt, indem sie die konventionelle Medizin um Verhaltens- und Lebensstilorientierte Ansätze erweiterte [20, 40].

Besonders die Arbeit von Herbert Benson, der schon 1976 Zusammenhänge zwischen Entspannungstechniken und Blutdruckregulation zeigen konnte, gilt als wegweisend. Es folgten weitere Pioniere auf diesem Gebiet, wie unter anderem John Kabat Zinn, der 1990 das oben beschriebene MBSR-Programm entwickelte, mit dem sich bei chronisch erkrankten Patienten Schmerz-, Angst- und Stresszustände lindern ließen und das bis heute eingesetzt und weiterentwickelt wird.

Orientiert an der wachsenden Evidenz und nach dem in Amerika etablierten Modell der Mind-Body-Medizin entstanden bereits Ende der 1990er Jahre erste multimodale Behandlungsprogramme in Deutschland. Schon früh wurden nach dem heutigen Verständnis von Integrativer Medizin evidenzbasierte und zugleich patientenzentrierte Konzepte entwickelt, um Patienten zu aktiven Teilhabern an ihrer eigenen Gesundheit durch Stärkung der individuellen Ressourcen zu machen.

Als Beispiel sind hier die Kliniken Essen-Mitte in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Naturheilkunde der Universität Duisburg zu nennen. Das Team um Professor Gustav Dobos und Dr. Anna Paul interpretierte das amerikanische Verständnis von Mind-Body-Medizin neu und erweiterte es zum so genannten MICOM Konzept (Mind Body Medicine in Integrative and Complementary Medicine), das auch als „Essener Modell“ bekannt wurde. Im Zentrum stehen wissenschaftlich fundierte oder erfahrungsheilkundlich langjährig etablierte Verfahren aus dem Formenkreis der europäischen Naturheilkunde, aber auch verhaltenspsychologische Aspekte im Sinne eines bio-psychosozialen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit. Es ist das Ziel,

den Menschen allumfassend in seinem Umfeld und unter Berücksichtigung der ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen zu betrachten.

Mehr als zwanzig Jahre später hat sich das „Essener Modell“ als deutsche Anpassung an die amerikanischen Vorbilder als fester und international anerkannter Bestandteil der modernen integrativen Medizin etabliert (s. Abb. 1).

Neben Konzepten für chronische Schmerzpatienten existieren inzwischen validierte Programme für onkologische Patienten, die sich im Wesentlichen an den wissenschaftlich fundierten onkologischen Behandlungsprogrammen des Mind-Body Medical Institut der Harvard Universität Boston und der Abteilung für Behavioral-Medizin der Stanford Universität orientieren. Studien konnten zeigen, dass bei bis zu 70 % der Patienten eine dauerhafte Lebensstilveränderung möglich ist [41].

Ferner mehren sich die Hinweise darauf, dass sehr vieles für eine strukturierte Vermittlung multimodaler Konzepte spricht, die sich in ihrer Wirkung ergänzen.

Eine 2007 durchgeführte Studie von Pierce et al. zeigte z. B., dass bei Brustkrebspatientinnen gerade eine Kombination aus gemüsereicher Ernährung und regelmäßiger Bewegung einen signifikanten Überlebensvorteil verschaffte [42].

Patienten werden im Rahmen des Essener Modells strukturiert in einem teilstationären Setting einmal pro Woche durch erfahrene multiprofessionelle Teams für jeweils 6 Stunden und über fast 3 Monaten unterstützt und geschult (s. Abb 2.). Ziel ist es, einen gesundheitsfördernden Lebensstil in den Alltag zu integrieren, Nebenwirkungen zu lindern und Patienten aktiv in die Krankheitsbewältigung zu integrieren. Die Schwerpunkte liegen hierbei in den Bereichen Bewegung, Entspannung/ Atmung, Ernährung, naturheilkundliches Nebenwirkungsmanagement und Achtsamkeit unter Berücksichtigung der Empfehlungen der S3- Leitlinie und der zur Verfügung stehenden Evidenz [43].

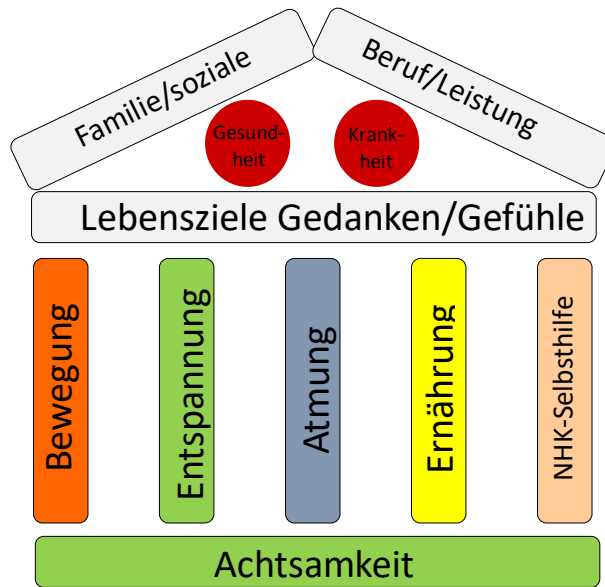


Abbildung 1: Tempel der Gesundheit, angelehnt an Anna Paul [44]

Naturheilkundliche onkologische Tagesklinik – Mind-Body-Medizin							
Ernährungstherapie Bewegungstherapie Entspannung							
Konzept der Psychoneuroimmunologie	Entspannungsverfahren	Stressmanagement	Arbeit mit selbstschädigenden Gedanken und Gefühlen	Yoga	Ernährung	Soziale Kompetenz	Krankheitsbewältigung
Naturheilkundliche Selbsthilfestrategien							
Ärztliche Visite							

Abbildung 2: Übersichtsplan einer onkologischen Tagesklinik an den Kliniken Essen-Mitte, angelehnt an Gustav Dobos[43]

Gegenwärtig wird die Mind-Body-Medizin dieser Haltung entsprechend vom amerikanischen NIH wie folgt definiert:

„Mind/ body medicine focuses on the interactions among the brain, mind, body, and behavior, and the powerful ways in which emotional, mental, social, spiritual, and behavioral factors can directly affect health. It regards as fundamental an approach that respects and enhances each person's capacity for self-knowledge and self-care, and it emphasizes techniques that are grounded in this approach“ [44]

Inzwischen sind Weiterentwicklungen des “Essener Modells” an verschiedenen Standorten in Deutschland etabliert, so unter anderem an der Charité in Berlin

(Immanuel Krankenhaus, Prof. Michalsen), in der Klinik für Naturheilkunde in Bamberg (Sozialstiftung, Professor Langhorst) oder auch am Robert-Bosch Krankenhaus in Stuttgart. Auch international findet das Konzept Anerkennung und Verbreitung, so z.B. am Lehrstuhl für komplementäre und integrative Medizin von Professor Witt in Zürich.

1.3.2 Integrative Onkologie an der Universitätsklinik Würzburg

Nach dem Vorbild des Essener Modells wurden auch in Würzburg neue Behandlungsprogramme ins Leben gerufen. Seit 2016 bietet das Comprehensive Cancer Center Mainfranken mit dem Projekt „Komplementäre Onkologie Integrativ“ (KOI) ein eigenes Programm aus dem Bereich der integrativen Onkologie an. Dieses Konzept verbindet „wissenschaftlich geprüfte Naturheilkunde mit Methoden der Mind-Body-Medizin unter Berücksichtigung des jeweiligen konventionellen Therapiekonzeptes“[45]. Patienten werden zum gezielten Einsatz von Verfahren der klassischen Naturheilkunde, aber auch zu Stressbewältigung, Entspannung, Bewegung und gesunder Ernährung beraten. Daneben finden auch Elemente der MBSR, Akupunktur und Phytotherapie Anwendung.

Perspektivisch soll in Würzburg zusätzlich zu den existierenden Beratungsangeboten ebenfalls ein tagesklinisch ausgerichtetes Programm (genannt Kompaktprogramm KOI) nach dem Essener Modell etabliert werden. Dieses war auch Ausgangsposition für die im Rahmen der Dissertation bearbeiteten Fragestellungen.

1.4 Ziele der Dissertation

In Vorbereitung auf die Etablierung eines strukturierten, integrativonkologischen Behandlungsprogrammes für onkologische Patienten soll zunächst der Bedarf der Patienten vor Ort erfasst werden. Mit Hilfe einer Fragebogen-basierten Analyse soll die folgende Fragestellung untersucht werden:

Ist ein relevanter Teil der onkologischen Patienten an der Verbesserung der eigenen Gesundheitskompetenz (z.B. im Rahmen eines tagesklinischen strukturierten Patientenschulungsprogrammes) interessiert?

Darüber hinaus sollen Erkenntnisse über die Motivations- und Informationslage der möglichen Zielgruppe als Ausgangspunkt für weitere Forschungsprojekte dienen. Konkret sollen folgende Fragestellungen untersucht werden:

- *Welche Lebensstilbereiche sind von besonderem Interesse für die befragten Patienten?*
- *Wie motiviert sind Patienten, die eigenen Ressourcen in einzelnen oder mehreren Bereichen auszubauen?*
- *In welchen Bereichen fühlen sich Patienten schon gut betreut oder informiert?*

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen dazu beitragen, ein tagesklinisches Pilotprojekt bedarfsgerecht und präzise zu planen. Das Programm soll Patienten möglichst nachhaltig darin unterstützen, einen gesundheits- und lebensqualitätsfördernden Lebensstil zu pflegen. Dies kann besser gelingen, wenn die Bedürfnisse der Patienten möglichst frühzeitig im Sinne eines partizipativen Prozesses in die Planungen miteinfließen können.

2. Material und Methoden

In diesem Abschnitt wird auf die Auswahl des Studienkollektivs und Methoden der Datenerhebung und -auswertung eingegangen.

2.1 Ethikkommission

Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg genehmigte das Studienprotokoll (Zeichen: 12/ 19-me).

2.2 Datenerhebung und Patientenkollektiv

Nach Genehmigung durch die Ethikkommission wurden insgesamt 294 Patienten eingeschlossen. Diese waren aufgrund einer hämatologischen Neoplasie oder soliden Tumorerkrankung ambulant am Comprehensive Cancer Center in Würzburg in Behandlung. Patienten ab 18 Jahren wurden eingeschlossen.

Die Befragungen fanden im interdisziplinären Tagestherapiezentrum der Medizinischen Klinik und Poliklinik II (IOT), sowie in der gynäkologischen Chemotherapieambulanz und Tagesklinik der Frauen und Poliklinik der Universitätsklinik Würzburg statt. Die Befragungen wurden im Zeitraum zwischen 08/ 2019 und 10/ 2020 durchgeführt.

Vor Beginn der Befragung wurden die Patienten über Hintergrund und Zielsetzung der Studie mittels einer mehrseitigen Patienteninformation informiert. Die Patienten wurden sowohl über das schon bestehende Angebot in Würzburg als auch kurz über den wissenschaftlichen Hintergrund sowie die Zielsetzung des Projektes ins Bild gesetzt. Jeder Patient wurde mithilfe einer Einwilligungserklärung über die anonymisierte Verwendung der personenbezogenen Daten, insbesondere Alter, Geschlecht, Therapieverlauf und Prognose mündlich sowie schriftlich aufgeklärt (siehe Anhang).

Den Patienten war es während und nach der Befragung möglich, Fragen zu stellen. Bedenkzeit wurde ermöglicht. Der Widerruf bei erteilter Einwilligung war ebenfalls zu jedem Zeitpunkt möglich.

Die Bearbeitung der Bögen wurde in der Regel vor Ort in den jeweiligen Therapiezentren durchgeführt. In einigen Fällen wurde auch dem Wunsch des Patienten entsprochen, die Fragebögen zu Hause zu vervollständigen und beim nächsten Termin abzugeben. Weitere Informationen über die genaue Diagnose, Therapie und

Medikationspläne wurden je nach Dokumentationssituation mithilfe des klinikinternen EDV-Systems aus dem letzten Arztbrief, Ambulanzbrief oder Tumorboard übernommen. Diese in der Regel nachträglich erhobenen Informationen beziehen sich dabei auf den Zeitpunkt, an dem die Befragung ursprünglich stattgefunden hatte.

2.3 Fragebogen und Messinstrumente

Der hier verwendete Fragebogen wurde in Anlehnung an bereits etablierte Fragebögen nach dem Curriculum Mind-Body-Medizin des Lehrstuhls für Naturheilkunde an den Kliniken Essen-Mitte entwickelt.

Dieser umfasst 8 Seiten und ist in zehn verschiedene Untergruppen eingeteilt:

- Körperliches und seelisches Befinden mit Fokus auf Tagesrhythmus, Schlaf und subjektivem Energieniveau,
- Atmung,
- Ernährung und Genussmittel,
- Bewegung,
- Entspannung inklusive Erfassung der subjektiven Stressbelastung,
- Naturheilkundliche Selbsthilfestrategien,
- Gedanken – Gefühle – Einstellungen, insbesondere im Kontext der individuellen Erkrankung,
- Soziales Netz und Arbeit,
- individuelle Erfahrungen mit Lebensstilveränderung.

Diese Untergruppen entsprechen den einzelnen Elementen des Essener Modells, ergänzt durch weitere Fragestellungen.

Innerhalb der Untergruppen wurde ermittelt, inwiefern der Patient ein gesundheitsförderndes Verhalten bereits selbst durchführt und wie hoch die eigene Motivation des Patienten ist, sein Verhalten in der Zukunft ggf. zu ändern. Es wurde ebenfalls erhoben, in welchem zeitlichen Rahmen der Patient sich eine Verhaltensänderung vorstellen könnte.

Abbildung 3 und Tabelle 1 zeigen exemplarisch, wie in der Untergruppe Ernährung des Anamnesebogens Informationen zusammengetragen wurden. Zuerst wurden die

Patienten gebeten, anhand einer Auflistung zum Thema Lebensmittelauswahl (z.B. viel Obst und Gemüse, Vollkornprodukte, gesunde pflanzliche Fette, selten Fleisch/Wurstwaren) grob einzuschätzen, ob sie sich Ihrer Auffassung nach ausgewogen ernähren oder inwiefern sie sich ggf. vorgenommen haben, an Ihrem Ernährungsverhalten etwas zu verändern.

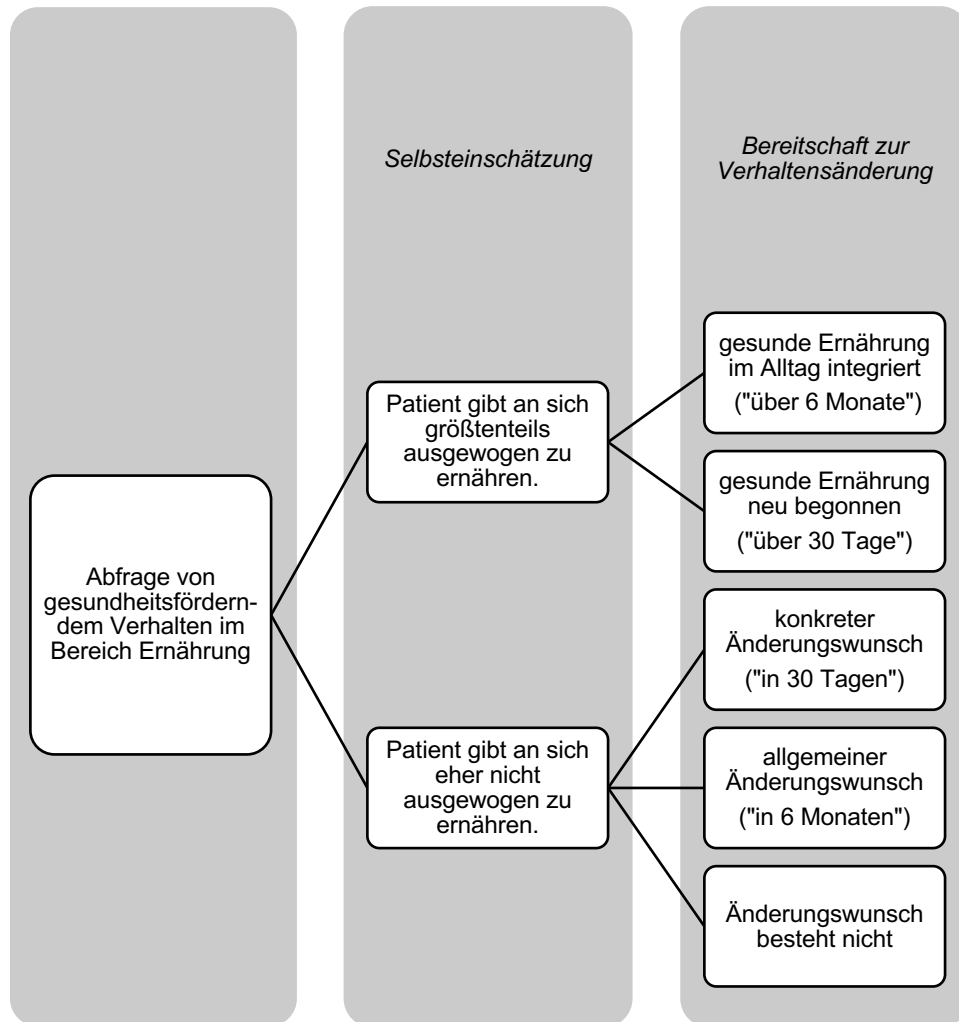


Abbildung 3: Selbsteinschätzung und Veränderungsbereitschaft

Um den Stellenwert der Ernährung und auch das Essverhalten der Teilnehmer im Alltag besser zu verstehen, wurden die Patienten im Anschluss zu weiteren Teilaspekten befragt. Hierzu gehörte beispielsweise, wie in Tabelle 1 aufgeführt, ob bei den Patienten ein Bewusstsein für den Zusammenhang von Wohlbefinden/ Gesundheit und Ernährung vorlag. Ebenfalls wurde erhoben, in welchem Setting Patienten Mahlzeiten für gewöhnlich konsumieren, das heißt, ob bewusst und in Ruhe oder „nebenbei“ gegessen

wird. Der tägliche Flüssigkeitsbedarf und der Konsum von Genussmitteln sowie Drogen wurden ebenfalls erfragt.

Tabelle 1: Stellenwert der Ernährung und Essverhalten im Alltag

Kriterien gesundheitsfördernder Ernährung	Erfassung im Anamnesebogen
Stellenwert	<i>Bewusstsein für einen Zusammenhang von Gesundheit bzw. Wohlbefinden und Ernährung.</i>
Setting	<i>Zeitlicher Rahmen, Umgebung, persönliches Erleben und Achtsamkeit bei der Einnahme von Mahlzeiten.</i>
Flüssigkeitsbedarf	<i>Deckung des täglichen Flüssigkeitsbedarfs.</i>
Genussmittel	<i>Regelmäßige Zufuhr (quantitativ) von Genussmitteln, ggf. auch als Mahlzeitenersatz.</i>
Drogen	<i>Gebrauch von Suchtmitteln.</i>

Der Fragebogen nutzte Multiple Choice Fragen mit Einfachauswahl. In Freitextfeldern konnten geläufige Routinen in den jeweiligen Lebensstilbereichen konkretisiert werden. Mehrfachantworten bei Einzelauswahl wurden nicht gewertet. Zusätzlich wurden im Fragebogen Alter, Beruf und verordnete Medikation erhoben.

2.4 Datenauswertung

Zur Auswertung der Patientendaten wurden die Fragebögen codiert und tabellarisch erfasst. Jedem Patienten wurde ein numerisches Pseudonym zugeordnet. Die statistische Auswertung erfolgte selbstständig und wurde mithilfe von Microsoft Excel und IBM SPSS Statistics Version 25 for Windows [46] durchgeführt. Im Vorfeld erfolgte eine Beratung durch das Institut für klinische Epidemiologie und Biometrie.

Für die deskriptive Statistik wurden Häufigkeiten, Spannweiten, Minimum, Maximum, Mittelwerte (M), Mediane sowie Standardabweichungen (SD) angegeben. Normalverteilungen wurden durch Kolmogorov-Smirnov-Tests überprüft.

Die statistische Analyse von Zusammenhängen erfolgte mittels Chi-Quadrat-Test, bei erwarteten Zellohäufigkeiten < 5 wurde die Monte-Carlo-Methode angewandt. Die

Effektstärke wurde mittels Phi-Koeffizient (ϕ) beziehungsweise Cramers V angegeben und nach Cohen ähnlich einer Korrelation interpretiert. Das Signifikanzniveau lag bei allen Berechnungen bei $p < 0,05$ [47].

3. Ergebnisse

3.1 Patientencharakteristika

3.1.1 Altersverteilung

Nach der Datenerhebung ergab sich eine Stichprobe von $n = 294$ Patienten mit 148 weiblichen und 146 männlichen Probanden. Es zeigte sich eine Spannweite von 25- 89 Jahren (Mittelwert: 63,89, Standardabweichung: $\pm 11,86$, Median: 65); das Alter bezieht sich auf den Befragungszeitpunkt. Die Altersverteilung ist in Abb. 4 und 5 getrennt nach Geschlechtern dargestellt. Gemäß Kolmogorov-Smirnov-Test mit $p > 0,05$ kann bei der Altersverteilung der Frauen bei der vorliegenden Studie von einer Normalverteilung ausgegangen werden. Bei der Altersverteilung der Männer liegt keine Normalverteilung vor (Abb. 5).

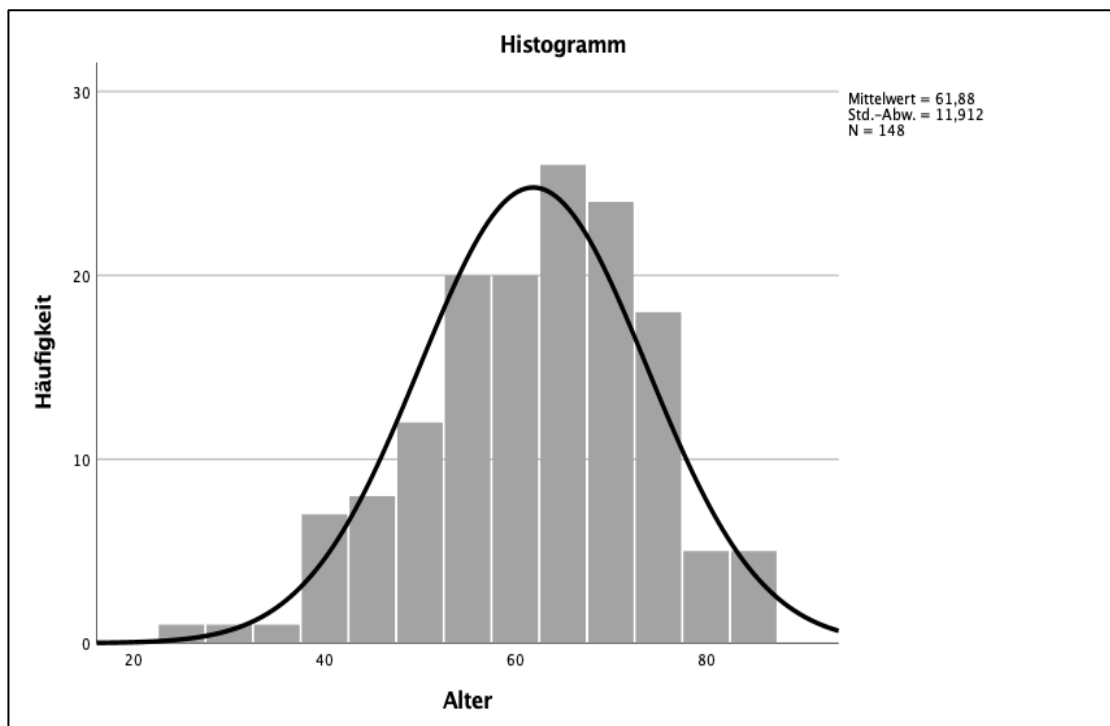


Abbildung 4: Histogramm der Altersverteilung der Frauen

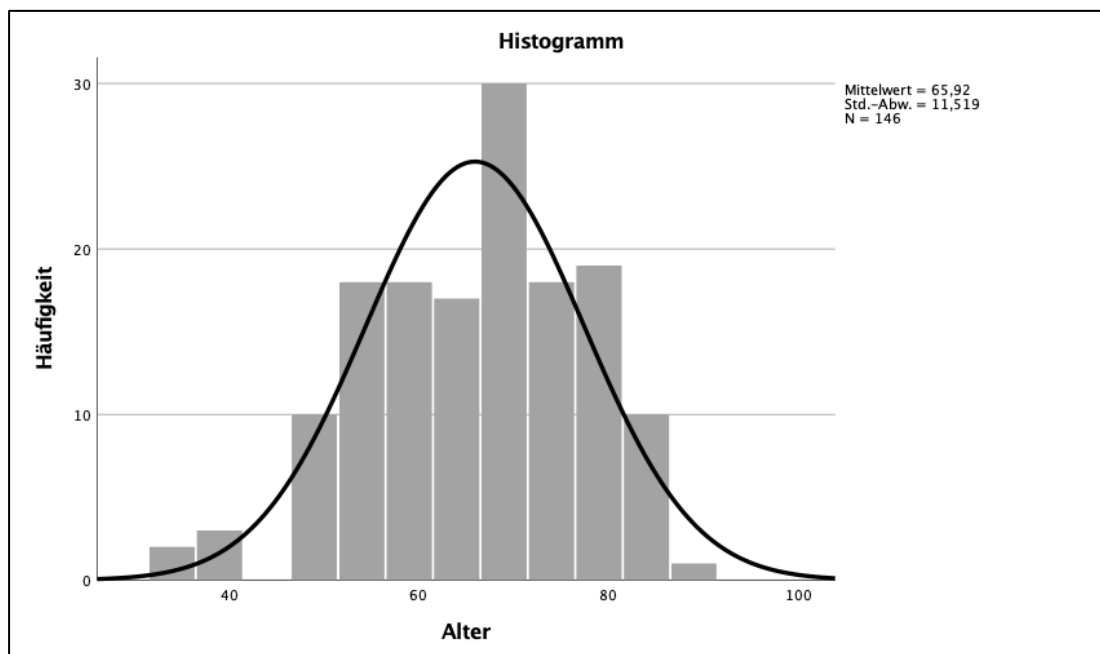


Abbildung 5: Histogramm der Altersverteilung der Männer

Innerhalb der Stichprobe wurden die Patienten anhand ihres Alters in Subgruppen unterteilt, hierbei wurde sich an der Arbeit von Sender und Zarbokrsky für onkologische Patienten orientiert, die z.B. die Gruppe der jungen Krebspatienten mit entsprechend anderen Bedürfnissen, der Gruppe der 40- 65 -jährigen sowie der Gruppe der älteren Krebspatienten >65 Jahre gegenüberstellt [48]. Der jüngste eingeschlossene Patient in der Gruppe der AYAs (adolescent and young adult patients) war 25 Jahre alt. Die genaue Verteilung auf die Altersgruppen ist in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Altersgruppen des Patientenkollektivs

Altersgruppen	n	%	Spannweite	Mittelwert	Median
			Alter (in Jahren)	Alter (in Jahren)	Alter (in Jahren)
25 – 39 J.	9	3,1	25- 39	35,11	37
40 – 65 J.	142	48,3	40- 65	55,78	57
Über 65 J.	143	48,6	66- 89	73,75	72

3.1.2 Krankheitsentität und Therapieziel

Bei Studieneinschluss wurden auch die Diagnose und das Therapieziel (palliativ versus kurativ) zum Befragungszeitpunkt erfasst. Zum Befragungszeitpunkt wurden n= 207

(70,4 %) Patienten in palliativer und n= 87 (29,6 %) Patienten in kurativer Intention behandelt. Verglichen mit kurativ therapierten Patienten waren besonders viele palliative Patienten in der Gruppe der über 65-Jährigen vertreten, die Geschlechterverteilung zeigte sich ausgeglichen (Tabelle 27). Bei der Erfassung des Therapieziels traten auch Grenzfälle auf, insbesondere wenn das Staging noch nicht abgeschlossen war. Diese Patienten wurden als kurativ gewertet.

Besonders viele palliative Patienten hatten eine hämatoonkologische (72 %) oder gastroenterologische Diagnose (44,9 %). Die meisten Patienten, die in kurativer Intention behandelt wurden, hatten einen dermatologischen (58,3 %) oder gynäkologischen Tumor (55,1 %).

Im Hinblick auf die Altersgruppen finden sich in der Zusammenschau die im Durchschnitt jüngsten Patienten (M= 56,8) in der Gynäkologie und die durchschnittlich ältesten Patienten (M= 67,5) in der Dermatologie (Tabelle 3).

Tabelle 3: Fachrichtungen und Altersgruppen der Patienten

	<u>25-39 J.</u>		<u>40-65 J.</u>		<u>ab 65 J.</u>		<u>Mittel-</u>	<u>Spann-</u>	<u>Median</u>	<u>Gesamt</u>		
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>wert</u>	<u>weite</u>		<u>n</u>	<u>%</u>	
							<u>Alter (in</u>	<u>Jahren)</u>	<u>Alter (in</u>	<u>Alter (in</u>		
<i>Hämato-onkologie</i>	3	<i>1</i>	57	<i>19,4</i>	70	<i>23,8</i>	65,5	39-89	67,5	130	<i>44,2</i>	
<i>Gastro- enterologie</i>	3	<i>1</i>	34	<i>11,6</i>	45	<i>15,3</i>	65,3	31 - 84	67	82	<i>27,9</i>	
<i>Gynäkologie</i>	2	<i>0,7</i>	35	<i>11,9</i>	12	<i>4,1</i>	56,8	25 - 84	56	49	<i>16,7</i>	
<i>Dermatologie</i>	1	<i>0,3</i>	8	<i>2,7</i>	15	<i>5,1</i>	68	37 - 85	72,5	24	<i>8,2</i>	
<i>Sonstige*</i>	0	<i>0</i>	8	<i>2,7</i>	1	<i>0,3</i>	54,8	40 - 66	57	9	<i>3,1</i>	

*Sonstige: Beinhaltet unterschiedliche Erkrankungen, die nicht den vier Übergruppen zugeordnet werden können und zum Zwecke der Übersichtlichkeit zusammengefasst wurden (z.B. Prostata-Karzinom/Urologie).

Abbildung 6 zeigt ergänzend zur Tabelle 3 die Häufigkeiten der Entitäten der befragten Patienten unterteilt nach Alter und Geschlecht.

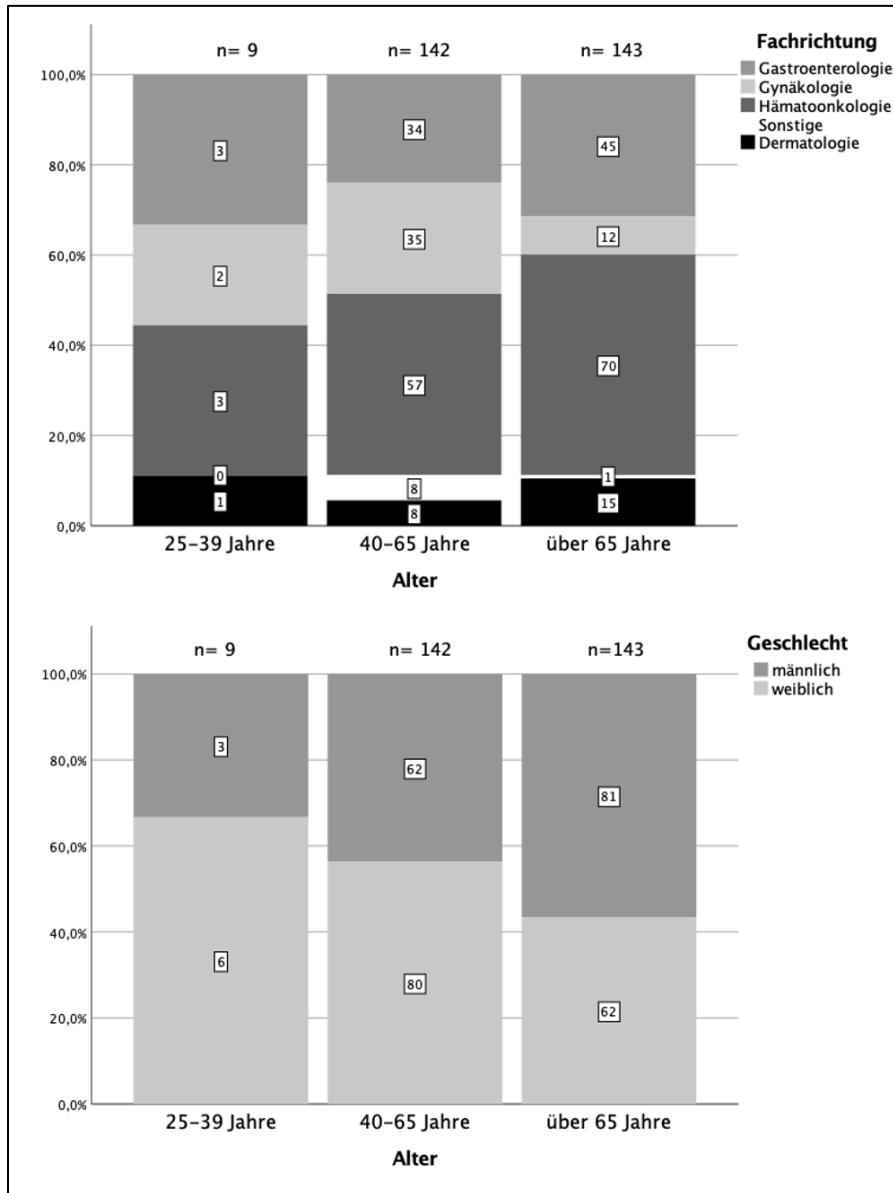


Abbildung 6: Verteilung der Tumorentitäten nach Fachrichtung, Altersgruppen und Geschlecht

Die meisten Patienten litten an hämatonkologischen Tumoren (n= 130, siehe Abb. 7). Da die Medizinische Klinik und Poliklinik II einen Behandlungsschwerpunkt mit besonderer Expertise für das Multiple Myelom aufweist, war diese Entität besonders häufig (n= 78 /60 %) gefolgt von anderen Lmyphomerkrankungen (n= 37 /29 %). Es wurden n= 8 Leukämien (6 %) sowie 6 Patienten mit Amyloidose und 1 Patient mit Myelodysplastischem Syndrom erfasst, die aus Gründen der besseren Auswertbarkeit jeweils unter Sonstige (5 %) zusammengefasst wurden.

Die zweitgrößte Gruppe waren Patienten mit gastroenterologischen Tumoren (n= 82, s. Abb. 7). Am häufigsten waren Kolorektale Karzinome mit n= 29 (35 %) und Pankreaskarzinome n= 22 (27 %) vertreten. Es wurden n= 17 (21 %) Adenokarzinome des gastroösophagealen Übergangs (AEG) bzw. des distalen Magens erfasst. Vierzehn weitere Patienten (17 %) wurden aufgrund ihrer Heterogenität zu der Gruppe „Sonstige“ subsummiert: Hierzu zählten n= 5 Cholangiozelluläre Karzinome, n= 3 Duodenalkarzinome, n= 3 Adeno-CUP Syndrome, n= 2 Plattenepithelkarzinome des Ösophagus und n= 1 gemischtes Neuroendokrines Adenokarzinom.

In der Gruppe der gynäkologischen Tumoren machte das Mammakarzinom mit 34 unter 48 Patientinnen die Mehrzahl der Erkrankungen aus (n= 34 /70 %). Es fanden sich n= 9 Tuben- bzw. Ovarialkarzinome (18 %) und n= 4 Corpus- bzw. Endometriumkarzinome (8 %) sowie n= 2 Zervixkarzinome (4 %).

Insgesamt litten von 24 dermatologischen Patienten n= 22 an einem Malignen Melanom (92 %). Die verbleibenden n= 2 (8 %) Patienten waren an Plattenepithelkarzinomen erkrankt.

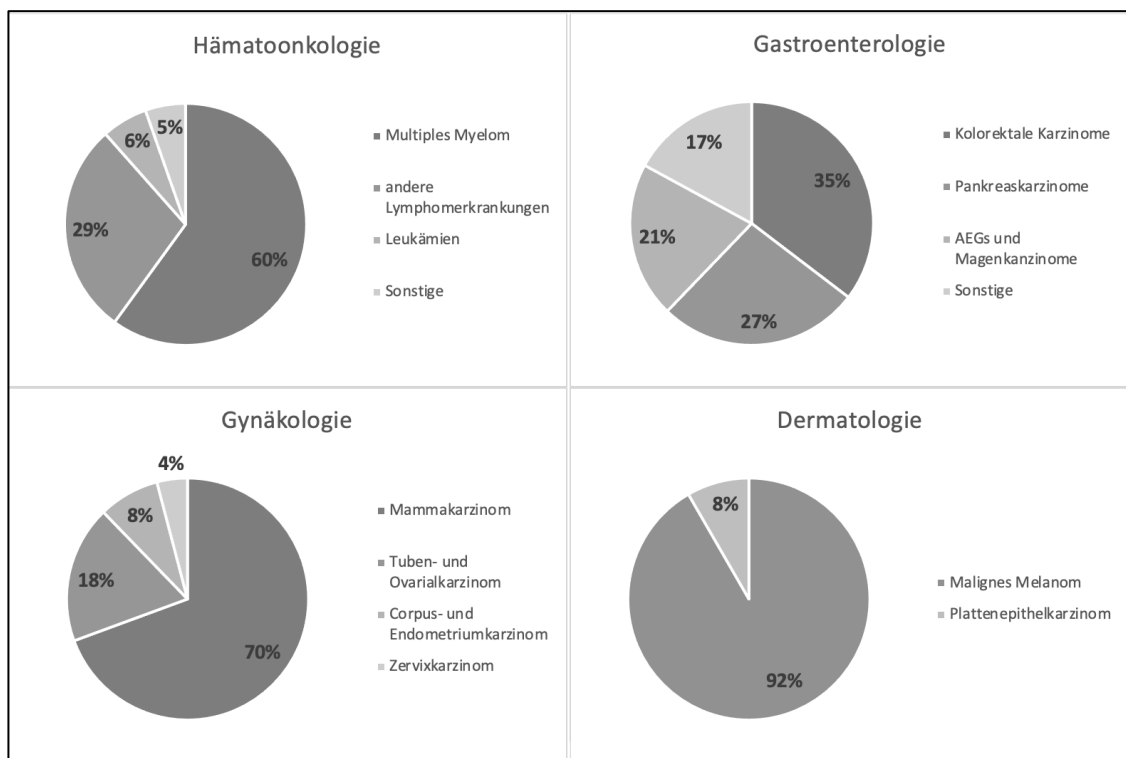


Abbildung 7: Krankheitsentitäten nach Fachgebieten

3.1.3 Erwerbstätigkeit

Nachdem in anderen Studien die Inanspruchnahme von Komplementärmedizin insbesondere bei jungen Akademikerinnen am ausgeprägtesten war, wurde im Rahmen der Befragung ergänzend der aktuelle Beruf abgefragt. Ferner könnten eine Frühberentung und die damit einhergehenden größeren zeitlichen Ressourcen für Lebensstilmodifikationen die Bereitschaft zu einer Verhaltensänderung beeinflussen. Angaben zum aktuellen Berufsstatus wurden von insgesamt n= 285 Patienten gemacht. Hierbei vermerkten 45 % (n= 129) sich in Rente zu befinden oder keine Erwerbstätigkeit mehr auszuführen. Unter den übrigen 55 % vermeintlich Erwerbstätigen wiesen jedoch n= 27 Patienten (9,5 %) ein Alter von mindestens 70 Jahren auf, so dass unklar bleibt, ob die Frage von dieser kleinen Patientengruppe tatsächlich korrekt erfasst und beantwortet wurde. Möglicherweise wurde die ehemals ausgeführte Tätigkeit angegeben.

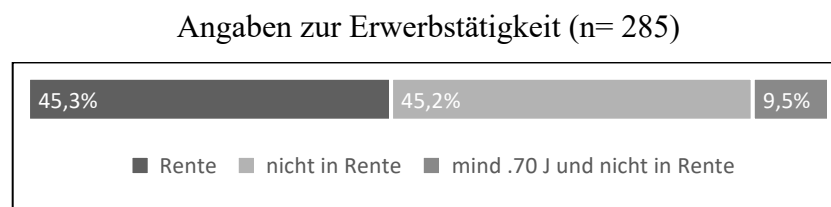


Abbildung 8: Erwerbstätigkeit

3.2 Individuelles Befinden und Bestandsaufnahme zu gesundheitsförderlichem Verhalten

Die Auswertung erfolgte für eine gute Übersichtlichkeit in derselben Reihenfolge, wie die Variablen im Fragebogen abgefragt wurden. Die Prozentwerte der Auswertung beziehen sich auf die Anzahl n der Patienten, welche die Frage beantwortet haben, Enthaltungen wurden nicht berücksichtigt.

3.2.1 Körperliches und seelisches Befinden

Tagesrhythmus

Erhebungen der Deutschen Krebsgesellschaft zu Folge leiden geschätzt zwei Drittel aller Krebspatienten an Schlafstörungen und konsekutiv an Tagesmüdigkeit und

Konzentrationsstörungen [49]. Im ersten Abschnitt des Anamnesebogens wurden Patienten daher zu ihrer Schlafsituation und ihrem Tagesrhythmus befragt:

„Wie ist Ihr Tagesrhythmus (Wann stehen Sie auf, wann gehen Sie zu Bett)?“

Hieraus wurde im Nachhinein die nächtliche Ruhezeit errechnet, diese lag im Durchschnitt bei 8,8 Stunden/ Nacht. Diese Frage wurde von einem erheblichen Teil, ca. 25 % der Befragten, nicht beantwortet. Gelegentlich wurde im Freitextfeld darauf verwiesen, dass kein regelmäßiger Tagesrhythmus bestünde. Die Angabe eines Patienten 17 h täglich zu schlafen ist im Diagramm aus Übersichtsgründen nicht dargestellt (Abb. 9).

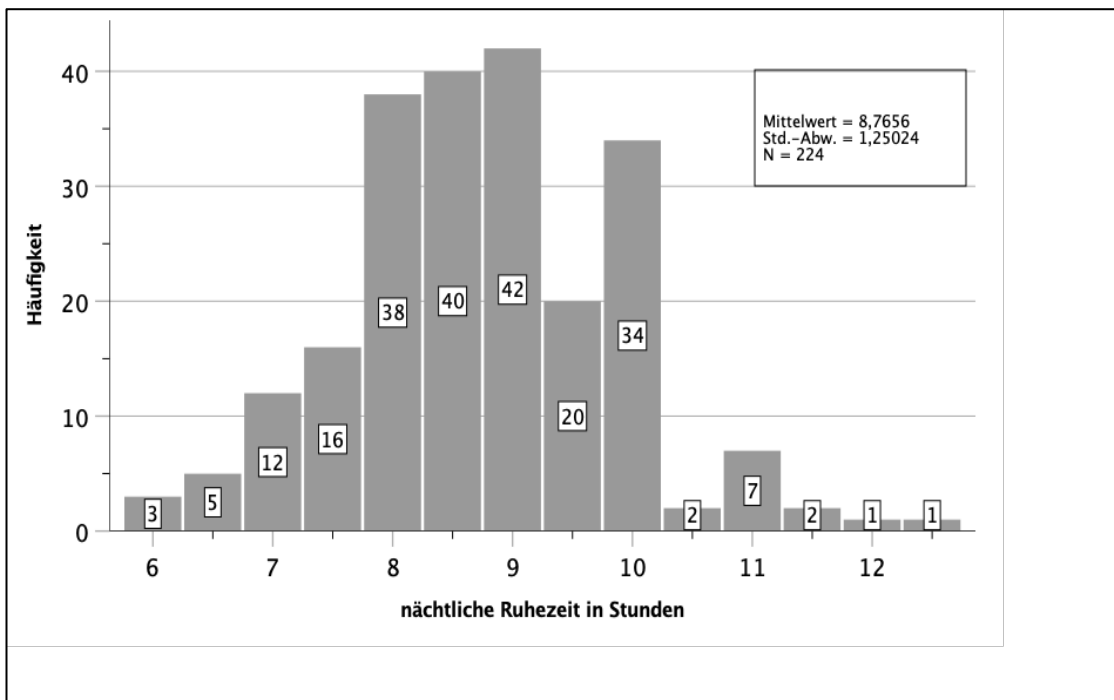


Abbildung 9: nächtliche Ruhezeit

Subjektiv empfundene Schlafqualität

Auf die Frage

„Schlafen Sie gut und erholsam?“

gaben insgesamt 271 von 294 Patienten eine Rückmeldung. Die Mehrheit dieser Patienten gab an, in der Regel gut und erholsam zu schlafen 67,5 % (n= 183). Passend hierzu gaben in der Folgefrage

„Besteht eine Einschlafstörung?“

71 % (n= 193) der Patienten an, keine Probleme beim Einschlafen zu haben. Diese Frage wurde 272-mal beantwortet. Auf die Frage

„Besteht eine Durchschlafstörung?“

berichteten 61,3 % (n= 165) der Patienten trotz eines mehrheitlich als erholsam empfundenen Schlafes über eine Durchschlafstörung. Von 294 gaben hier 269 Patienten eine Antwort. Details sind in Abbildung 10 dargestellt.

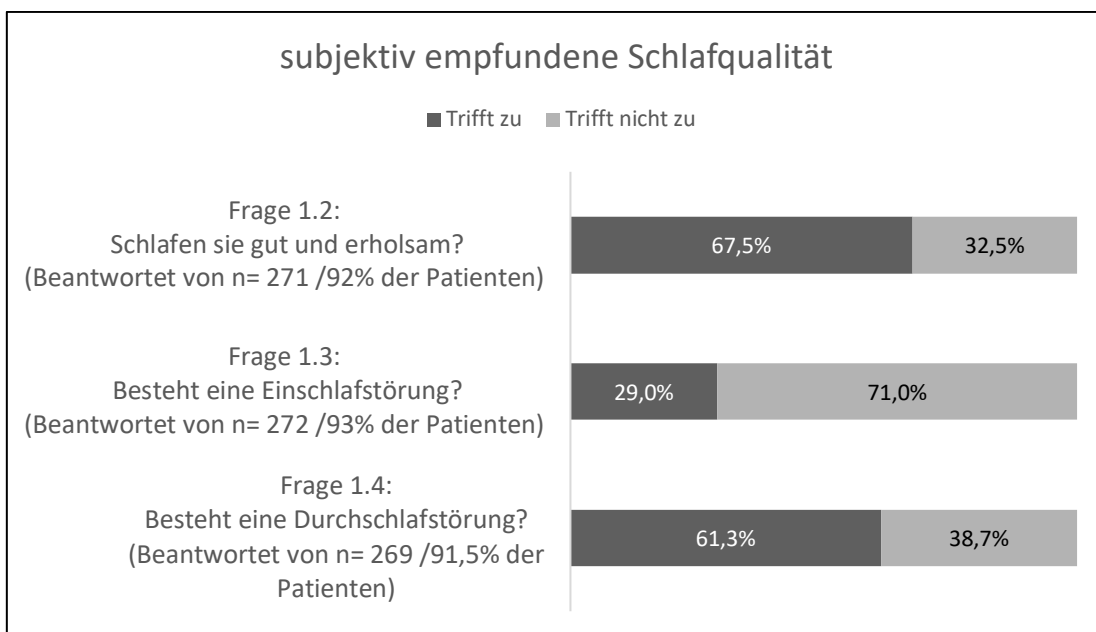


Abbildung 10: subjektiv empfundene Schlafqualität

Medikamente

Insbesondere für die Gruppe der älteren Krebspatienten ist bekannt, dass im Vergleich zur älteren Allgemeinbevölkerung signifikant häufiger mindestens fünf Medikamente gleichzeitig eingenommen werden (jeder zweite ältere onkologische Patient) [50]. Dies kann vermehrte Nebenwirkungen, ein erhöhtes Risiko von Interaktionen und eine verminderte Lebensqualität mit sich bringen. Im Zuge der Befragung haben wir die teilnehmenden Patienten daher gebeten, ihre täglich eingenommenen Medikamente zu notieren. Den meisten Patienten war ihre aktuelle Medikationsliste im Moment der Erhebung allerdings nicht vollständig erinnerlich. Daher wurden, wie oben schon geschildert, diese im Nachhinein aus der digitalen Patientenakte erhoben.

Besonders berücksichtigt wurde dabei die Anzahl an unterschiedlichen Wirkstoffen (entsprechend ihrer Darreichungsform), die zum Zeitpunkt der Befragung täglich verordnet war. Mehrfach pro Tag verordnete Wirkstoffe wurden in der Auswertung nur einmal berücksichtigt. Bedarfsmedikation, ebenso wie Wirkstoffe, die seltener als einmal pro Tag eingenommen werden sollten, gingen nicht in die Auswertung mit ein.

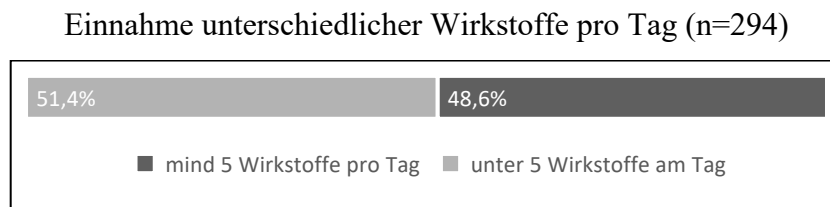


Abbildung 11: Polypharmazie – Übersicht über die Anzahl der eingesetzten Wirkstoffe pro Tag (< 5 versus mindestens 5)

Abbildung 11 zeigt, dass 48,6 % (n= 143) der Patienten mehr als fünf unterschiedliche Wirkstoffe pro Tag einsetzten.

Energieniveau

Auf einer numerischen Skala von 0 (= ich bin sehr erschöpft) bis 10 (= wo ist das Holz, das ich hacken kann) wurden die Patienten gebeten, einzutragen, auf welchem Energieniveau sie sich durchschnittlich bewegten. Diese Frage wurde von n= 267 Patienten vollständig beantwortet, 27 Patienten enthielten sich. Bei der Datenerfassung wurde bei einer Angabe von Intervallen entsprechend der Durchschnittswert genutzt

(Abb. 12). In der Zusammenschau ließ sich ein durchschnittliches Energieniveau von 5,7 feststellen.

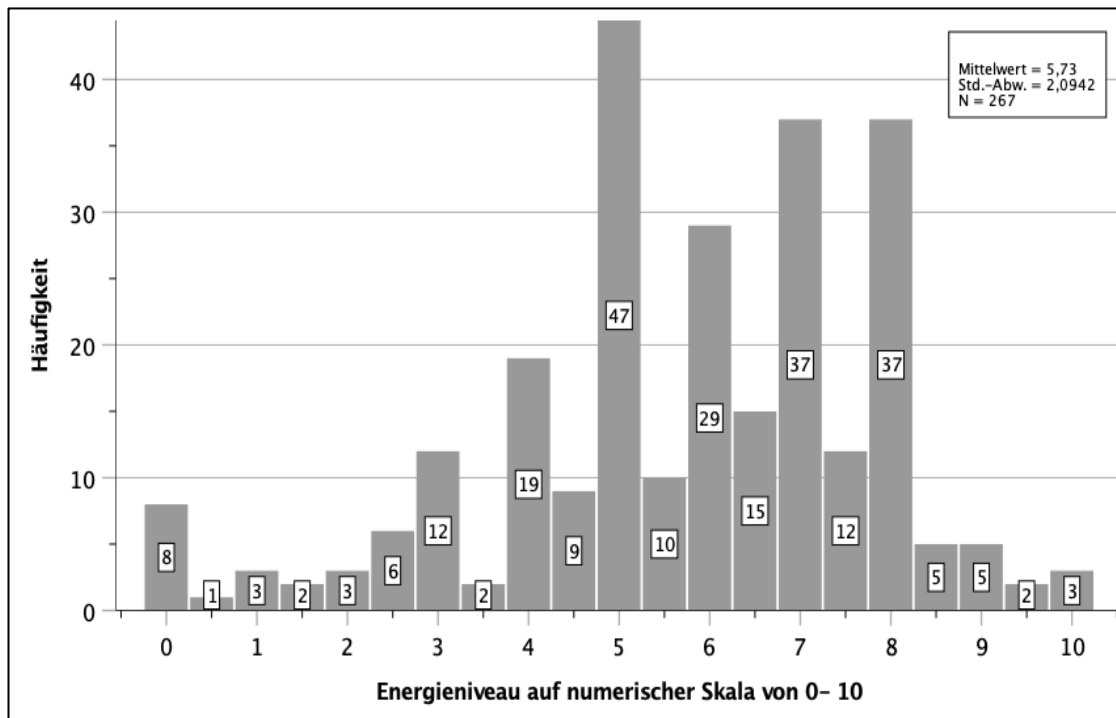


Abbildung 12: Energieniveau auf einer Skala von 0-10

3.2.2 Atmung

Die Auswirkung regelmäßiger Fokussierung auf den Atem als Anker zur Regulation des autonomen Nervensystems wurde in verschiedenen Studiensettings untersucht. Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass konzentrierte Atemübungen zu einer verbesserten Stressregulation beitragen und z.B. Ängste reduzieren könnten [51, 52]. Übungstechniken fokussieren dabei nicht nur auf formale Praxis, sondern auch auf die informellen Elemente, d.h. das achtsame Wahrnehmen des Atems außerhalb von definierten Übungseinheiten als Achtsamkeitsressource im Alltag. Wir haben die Patienten daher gebeten, Angaben hierüber zu machen und folgende Fragen gestellt, die mit „trifft zu“ oder „trifft nicht zu“ beantwortet werden sollten:

„Mir ist bewusst, dass meine Atmung mit meiner inneren Anspannung in Verbindung steht.“

„Ich achte mindestens einmal am Tag bewusst auf meine Atmung.“

„Falls nicht: Ich habe vor in den nächsten 30 Tagen damit anzufangen.“

Mit 72,4 % (n= 202) gab die Mehrheit der Patienten an, den Zusammenhang zwischen innerer Anspannung und Atmung zu kennen, 15 Patienten machten hierzu keine Angabe (s. Abb. 13). Die Folgefrage wurde von 278 Patienten beantwortet und mehr als die Hälfte achtete mindestens einmal am Tag bewusst auf die eigene Atmung (54 %, n= 150). Insgesamt äußerten darüber hinaus 53 Patienten unter 189, die diese Zusatzfrage beantworteten, dass sie sich vornehmen möchten, innerhalb der nächsten 30 Tage wenigstens einmal am Tag auf ihren Atem zu achten (28 %).

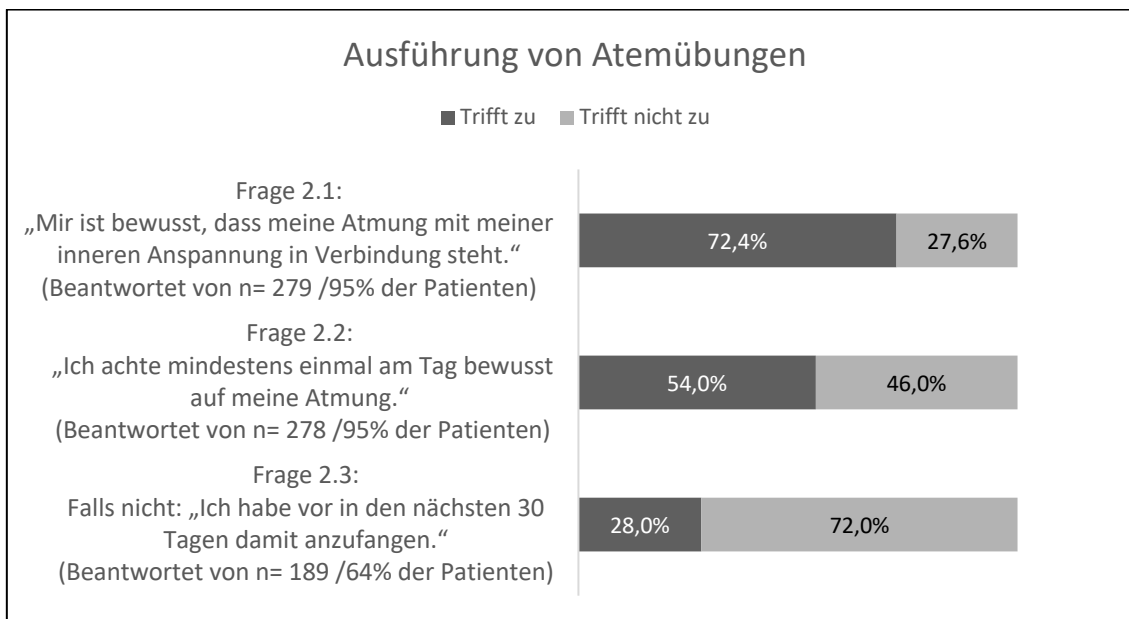


Abbildung 13: Ausführung von Atemübungen

3.2.3 Ernährung und Genussmittel

Wie unter anderem die Epic-Studie (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) zeigen konnte, gilt insbesondere eine mediterrane vollwertige und pflanzenbetonte Ernährung als eine wichtige Säule in der Krebsprävention und -therapie [53]. Die protektive Wirkung der mediterranen Ernährung ist hauptsächlich auf die Kombination von antioxidativen Elementen, Ballaststoffen und mehrfach ungesättigten Fetten zurückzuführen [54-56]. Entsprechend empfehlen die Fachgesellschaften eine

ausgewogene Kombination von Obst und Gemüse, Fisch, Getreide und mehrfach ungesättigten Fetten. Außerdem wird zu einem reduzierten Verzehr von Fleisch, Milchprodukten und mäßigem Konsum von Alkohol, vor allem Rotwein geraten.

Schätzungen gehen derzeit davon aus, dass bis zu 50 % der Krebsfälle vermieden werden könnten durch folgende Verhaltensweisen:

- das Einhalten einer gesunden Ernährung,
- ein normales Körpergewicht,
- ausreichend körperliche Aktivität,
- die Vermeidung berufsbedingter Karzinogene,
- und die Reduktion von Umweltschadstoffen und langfristigen Infektionen [57].

Aus diesem Grund wurden Patienten zunächst nach ihren Ernährungsgewohnheiten und Genussmitteln bzw. Drogen sowie zum Stellenwert der Ernährung im Rahmen der persönlichen Gesundheitsfürsorge befragt.

Auf die Frage:

*Ernähren Sie sich, insbesondere im Hinblick auf Ihre Erkrankung größtenteils gesund?
(d.h. fleisch- und fettarm mit viel Obst und Gemüse, Vollkornprodukten und „guten Fetten“ wie Olivenöl, Rapsöl bzw. Omega-3-Fettsäuren über Fisch)*

gab die überwiegende Mehrheit der Patienten an, sich nach eigenen Einschätzungen bereits gesund und bewusst zu ernähren. 72 % (n= 199) gaben an, bereits seit mindestens sechs Monaten auf ihre Ernährung zu achten, 12 % (n= 34) ernährten sich seit weniger als sechs Monaten gesundheitsbewusst (s. Abb. 14). Weitere 8,7 % der Patienten gaben an vorzuhaben, sich in Zukunft gesünder ernähren zu wollen. Hier konnte weiter unterschieden werden in Patienten, die in 30 Tagen (3,6 %, n= 10) oder innerhalb der nächsten sechs Monate (5,1 %, n= 14) mit einer gesundheitsbewussten Ernährung beginnen wollten. Für 93,1 % der Patienten, die diese Frage beantworteten,

scheint die Ernährung eine wichtige Rolle zu spielen. 18 Patienten machten keine Angaben zu dieser Frage.

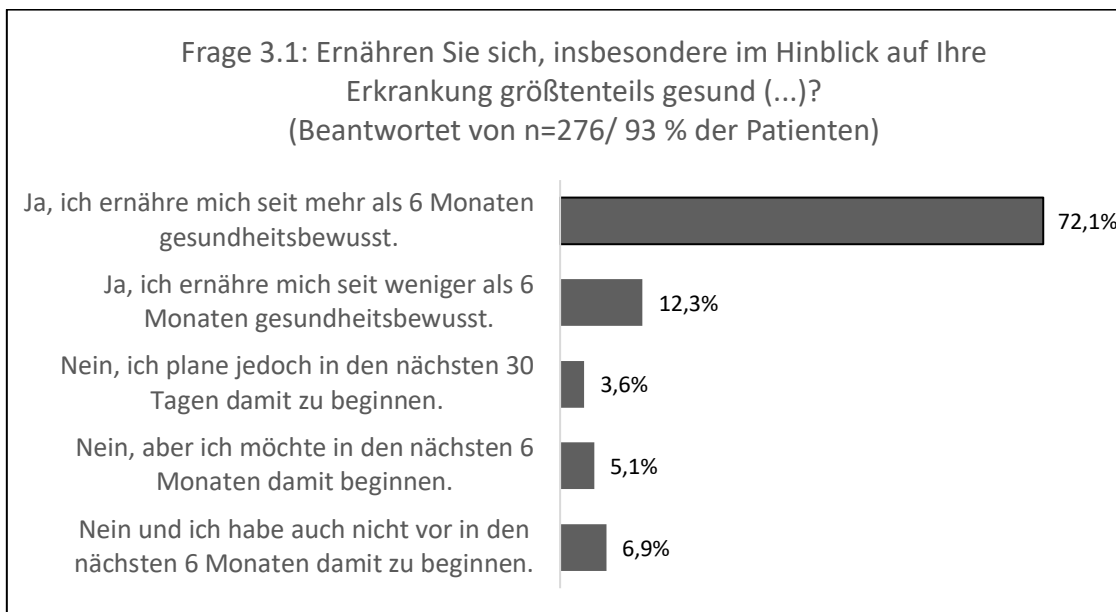


Abbildung 14: Selbstevaluation und Motivation zu gesunder Ernährung

In den folgenden Fragen sollten Patienten Stellung zu unten dargestellten Aussagen und Statements nehmen. Die Ergebnisse bestätigen das Ergebnis aus Frage 3.1 - einer großen Mehrheit scheint gesunde Ernährung ein wichtiges Anliegen zu sein.

„Mir ist bewusst, dass ich mit dem, was ich esse, mein Wohlbefinden/ meine Gesundheit beeinflussen kann.“

„Ich esse meist bewusst (ohne TV, ohne Zeitung), nehme mir für eine Mahlzeit mindestens 20 min. Zeit, setze mich dafür an einen Tisch, kaue jeden Bissen gründlich und genieße das Essen.“

„Genussmittel sind keine Lebensmittel, aber sie können uns dennoch guttun, wenn wir sie in Maßen genießen (z.B. pro Tag 1-2 Tassen Kaffee, 1 Riegel dunkle Schokolade, 0,1 l Rotwein zum Essen). Genussmittel gönne ich mir:“

„Um meinen Flüssigkeitsbedarf zu decken, trinke ich täglich mindestens 2 l Wasser, Kräutertees, Saftschorlen.“

„Rauchen Sie oder konsumieren Sie Drogen?“

Aus der Abbildung 15 wird ersichtlich, dass die Mehrheit der Patienten der Meinung war, dass Essen und Wohlbefinden sich gegenseitig beeinflussen (94,5 %, n= 276), entsprechend auch auf das Essverhalten (79,3 %, n= 230) und eine ausreichende Trinkmenge achtete (79,3 %, n= 205).

In den Fragen 3.4 und 3.6 wurden der Gebrauch von Genussmitteln und Nikotin respektive anderen Drogen erfragt und Patienten gebeten, ihren Konsum zu quantifizieren. Die Ergebnisse sind in Abbildung 15 und 16 zusammengefasst.

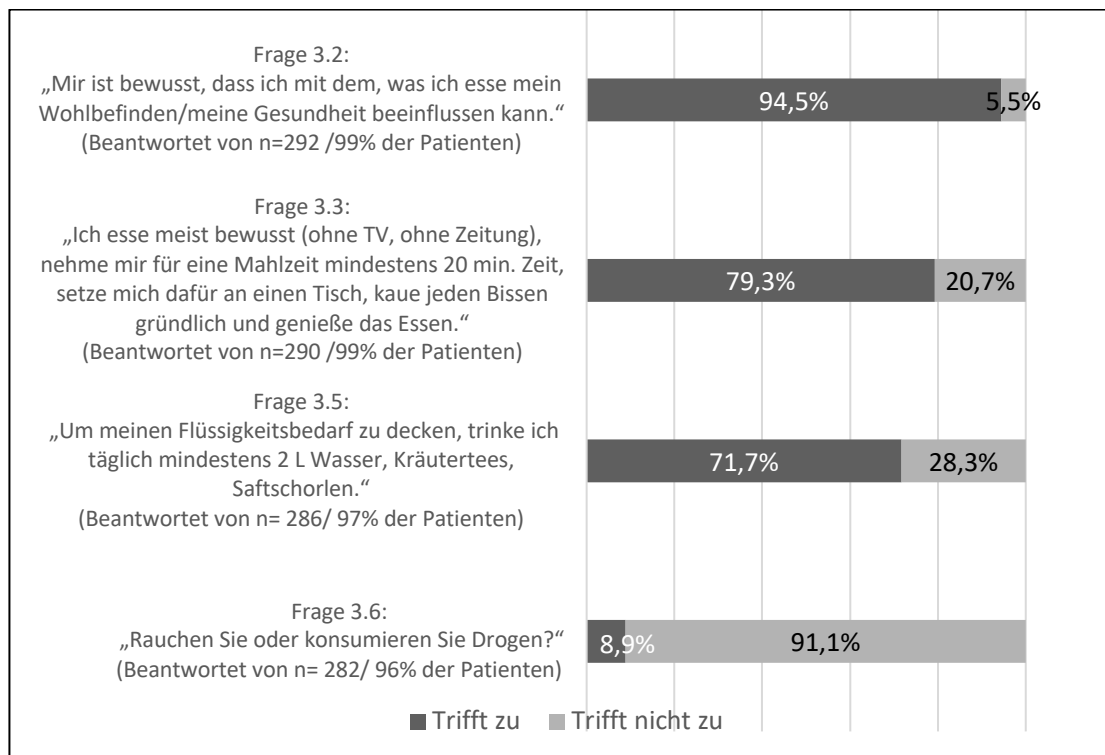


Abbildung 15: Erfassung von Ernährungsgewohnheiten

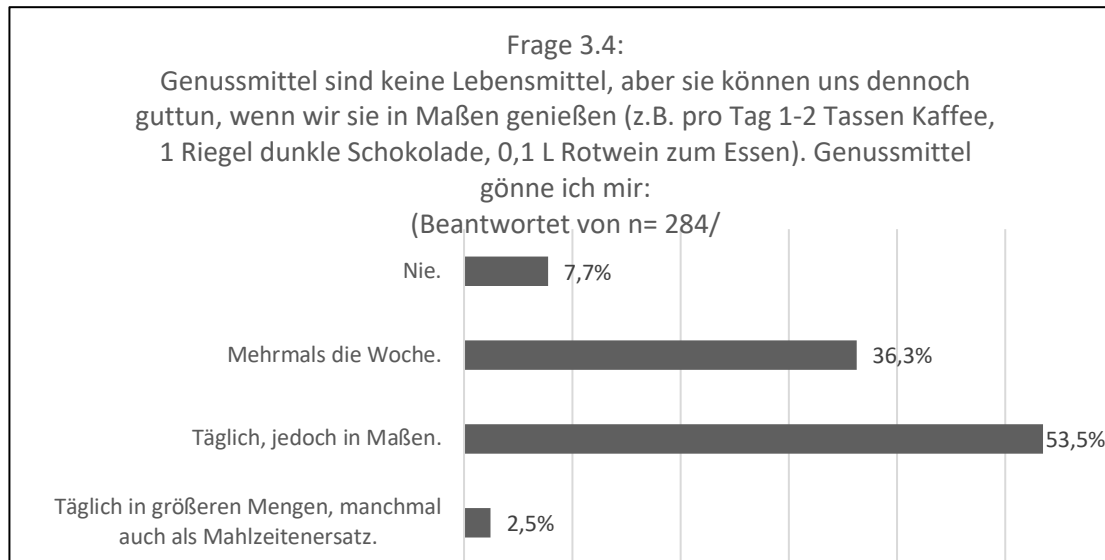


Abbildung 16: Nutzung von Genussmitteln

3.2.4 Bewegung

Nicht nur im Bereich der Prävention von Krebserkrankungen, sondern auch in deren Therapie gewinnen Sport und Bewegung an Bedeutung. In der aktuellen S3-Leitlinie Komplementärmedizin wird regelmäßige körperliche Aktivität nicht nur nach, sondern auch während der laufenden Behandlung von Krebspatienten empfohlen: Zur Vermeidung von Bewegungsmangel wird zu Kraft- und Ausdauertraining sowie Koordinations- und Beweglichkeitstraining geraten[14].

Der Nutzen zur Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen und nicht zuletzt zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität ist inzwischen gut belegt. Laut Prof. Baumann von der Universität Köln hätten sich Sport- und Bewegungstherapie sogar zum wichtigsten Einsatzmittel, gegen unerwünschte Arzneimittelwirkungen etabliert [58]. Um einen fundierten Einblick in die sportlichen Routinen der Patienten zu bekommen und einen zusätzlichen Bedarf an tagesklinischen Leistungen zu ermitteln, wurden den Probanden daher folgende Fragen gestellt:

Bewegen Sie sich zurzeit regelmäßig, d.h. für jeweils 30 min an mindestens 4 Tagen pro Woche (Spazieren gehen, Walken, Radfahren...?)

„Ich habe Bewegung fest in meinen Alltag eingebaut (z.B. Treppe statt Lift.)“

„Ich treibe regelmäßig Sport.“

„Durch Krankheit bin ich körperlich in der Bewegung stark eingeschränkt.“

Zum Zeitpunkt der Befragung waren insgesamt 78,2 % (n= 211) der Patienten bereits körperlich aktiv (mehr oder weniger als 6 Monate). Von den verbleibenden 21,8 % (n= 59) der Patienten, die zum Befragungszeitpunkt keiner körperlichen Aktivität nachgingen, planten die meisten (14,4 %, n= 39), dies in der Zukunft aufzunehmen. Nur 7,4 % (n= 20) der Befragten zeigten weder jetzt noch in Zukunft Interesse an regelmäßiger Bewegung (s. Abb. 17).

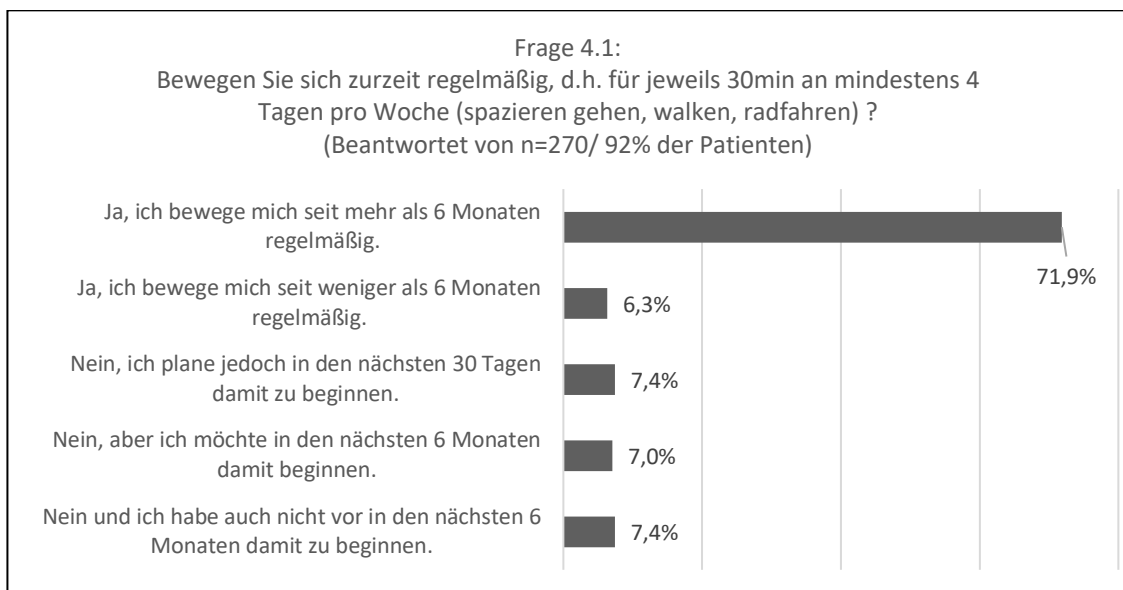


Abbildung 17: Erfassung von regelmäßiger Bewegung

Auffallend ist jedoch, dass Patienten in der Regel auf mehr Alltagsbewegungen achteten und nur selten Sport oder intensive Bewegungsformen ausgeübt wurden. Während ein Großteil der Patienten angab, Bewegung fest in den Alltag integriert zu haben (87,6 %, n= 248), meldete nur eine Minderheit zurück, regelmäßig das von den Leitlinien empfohlene Maß an Sport auszuüben (30,4 %, n= 85). Detaillierte Angaben hierzu sowie ggf. auch der Zeitraum, über den Sport als gesundheitsförderliche Lebensstilintervention bereits aufrechterhalten wird, und ob sich Patienten durch die

Erkrankung maßgeblich in der Möglichkeit, sich zu bewegen eingeschränkt fühlen, sind den Abbildungen 17 und 18 zu entnehmen.

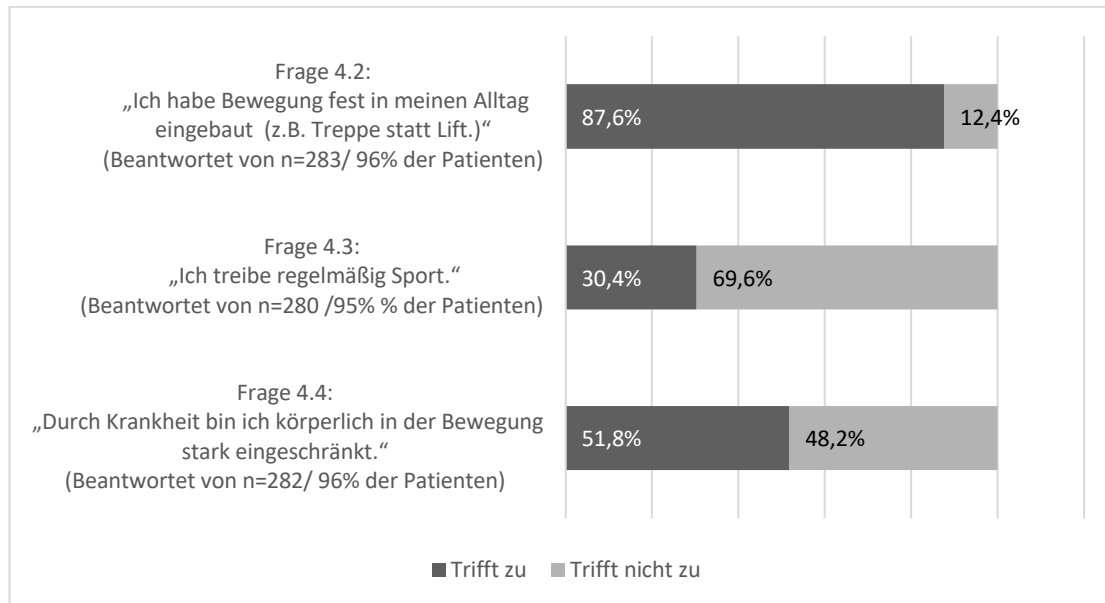


Abbildung 18: Erfassung von sportlicher Betätigung und körperlicher Limitation

Von den 30,4 % (n= 85) an sportlich aktiven Patienten (Frage 4.3) konkretisierten einige ihre Aktivitäten in einem Freitextfeld. Die häufigsten Angaben sind hier folgend mit den entsprechenden Häufigkeiten in Klammern aufgeführt. Wenn ein Patient mehrere Sportarten ausführte, werden diese ebenfalls gelistet (s. Tabelle 4).

Tabelle 4: Freitextangaben sportliche Aktivitäten

Freitextangaben zu genutzten Sportarten	
- Laufen/ Joggen/ Nordic Walking (n= 54)	- Ball- und Rückschlagsportarten (n= 4)
- Radfahren (n= 31)	- Schwimmen (n= 3)
- Gymnastik (n= 13)	- Tanzen (n= 2)
- Krafttraining und Fitness (n= 11)	- Wald- und Gartenarbeit (n= 2)
- Yoga und Pilates (n= 9)	- Rudern (n= 1)
	- Hundesport (n= 1)

3.2.5 Entspannung

Auch wenn es derzeit keinen bewiesenen direkten Zusammenhang zwischen Stress und der Krebsentstehung gibt, haben sich in der Vergangenheit einige Entspannungstechniken und -systeme im klinischen Alltag etabliert, mit denen man erkrankte Patienten erfolgreich unterstützen kann. Auch in der aktuellen S3-Leitlinie Komplementärmedizin wird auf solche Programme verwiesen, insbesondere der Einsatz von MBSR Programmen oder achtsamkeitsbasierte Atemtechnik werden als Möglichkeit genannt, um Nebenwirkungen wie Fatigue oder Schlafstörungen zu behandeln [14]. Um die Verwendung und das Interesse der Patienten an diesen oder ähnlichen Entspannungstechniken weiter zu untersuchen, wurden die Patienten gebeten, anzugeben, wie oft sie derzeit solche Praktiken anwenden.

Führen Sie zurzeit regelmäßig bewusste Entspannungsübungen wie Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Phantasie Reisen, Meditationen oder anderes durch?

Etwas weniger als die Hälfte der Patienten, die diese Frage beantworteten, gab an, Entspannungsverfahren nicht zu nutzen und daran im Zeitraum von 6 Monaten auch nichts ändern zu wollen (46 %, n= 127). Siebzehn Prozent der Patienten formulierten zumindest eine Absicht, sich in den nächsten 30 Tagen (5,8 %, n= 16) bzw. im Zeitraum der nächsten 6 Monate (11,2 %, n= 31) mit diesem Thema auseinandersetzen zu wollen. Ein ungefähr gleich großer Anteil der Patienten gab an, bereits eine regelmäßige (18,9 %, n= 52) oder zumindest eine intermittierende (18,1 %, n= 50) Übungspraxis etabliert zu haben (Abbildung 19).

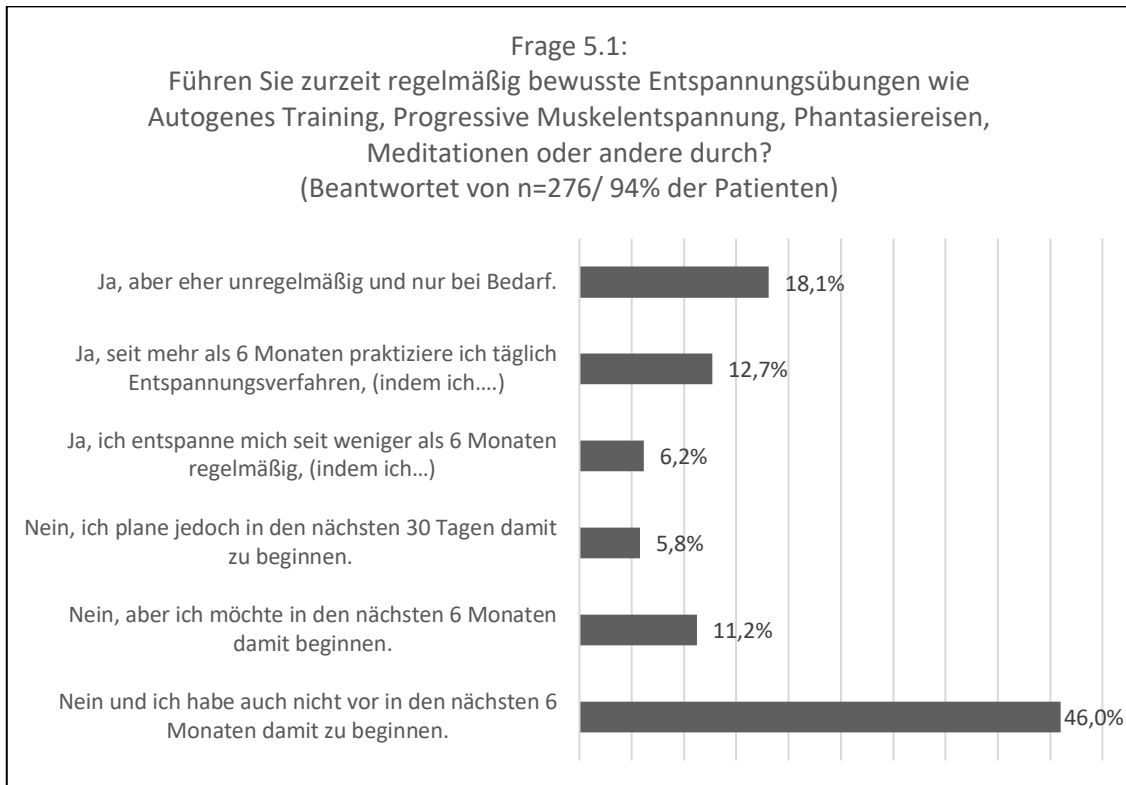


Abbildung 19: Erfassung der Durchführung von Entspannungsübungen

Unter den 12,7 % (n= 35) der Patienten, die bereits seit über 6 Monaten täglich Entspannungsverfahren praktizierten, konkretisierten einige Patienten ihre Antwort in einem Freitextfeld (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Freitextangaben Entspannungsverfahren

Freitextangaben zu genutzten Entspannungsverfahren	
Seit mehr als 6 Monaten:	Seit weniger als 6 Monaten
<ul style="list-style-type: none"> - Entspannungs- und Atmungsübungen (n= 7) - Lesen (n= 5) - Meditation (n= 5) - Musik- und Radioprogramme (n= 4) - Yoga (n= 3) - Schlaf (n= 3) - Sport (n= 2) - Muskelübungen (n= 2) - Singen (n= 1) - Autogenes Training (n= 1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Meditation (n= 7) - Yoga (n= 3) - Spazieren und Walken (n= 3) - Lesen (n= 2) - Atmungsübungen (n= 1)

Um neben den bereits etablierten Ressourcen auch die jeweilige Belastungssituation der Patienten besser verstehen zu können, wurden ergänzend folgende Fragen gestellt:

„Ich fühle mich oft angespannt, belastet und gestresst.“

„Ich habe den Eindruck, dass sich Stressbelastung (z.B. innere Anspannung) negativ auf meine Gesundheit auswirkt.“

„Ich bin überzeugt davon, dass ich Einfluss auf meine innere Anspannung nehmen kann.“

Etwas weniger als die Hälfte der Patienten gab an sich häufig belastet und gestresst zu fühlen (42 %, n= 117), wobei 84 % den Eindruck hatten, selbst Einfluss auf die innere Anspannung nehmen zu können (n= 233). Die genaue Verteilung der Antworthäufigkeiten sind der Abbildung 20 zu entnehmen.

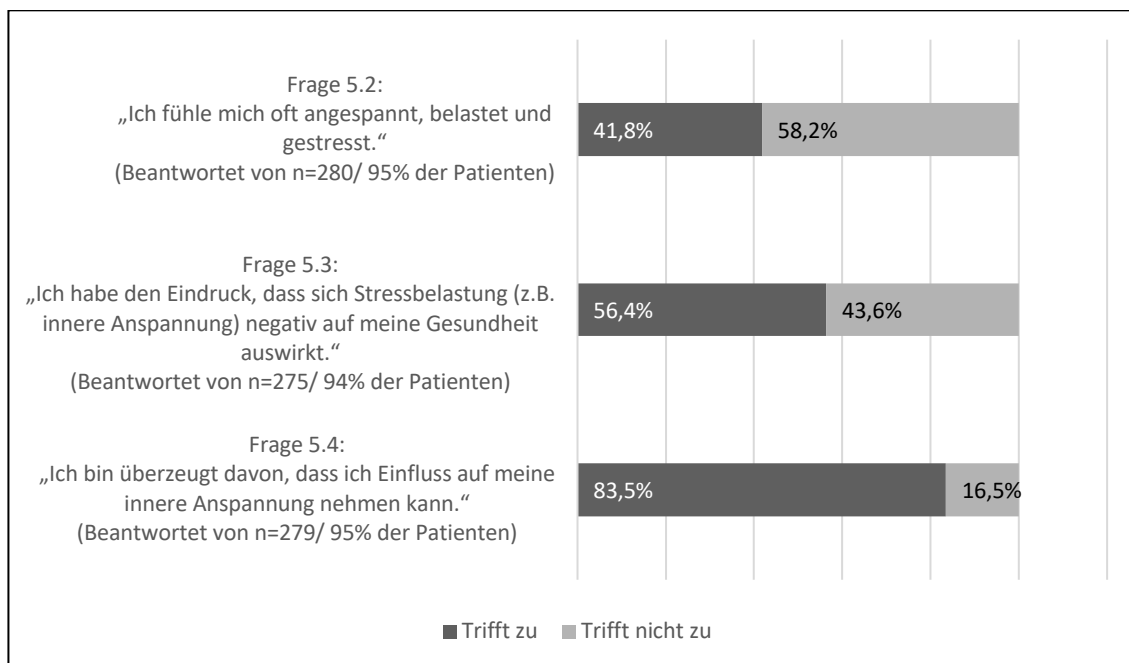


Abbildung 20: Erfassung von subjektiven Belastungsniveau und Stressbewusstsein

3.2.6 Naturheilkundliche Selbsthilfestrategien

Der Begriff Gesundheitskompetenz wird als Wissen, Motivation und Fähigkeit verstanden, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und effizient anzuwenden [59]. Gerade für chronisch Erkrankte gilt es als wichtig, über eine hohe Gesundheitskompetenz zu verfügen, da es sich oft um komplexe Fälle handelt, die alle Beteiligten vor große Herausforderungen stellen [60]. Um zu erfassen, inwiefern hier befragte Patienten z.B. naturheilkundliche Selbsthilfestrategien zur Erhaltung von Gesundheit bereits durchführen oder motiviert sind, aufzunehmen, wurde folgende Frage gestellt. Es gab 273 Rückmeldungen:

Haben Sie eine Methode aus dem Spektrum der naturheilkundlichen „Hausmittel“, wie Wasseranwendungen, Heilkräuter- oder Pflanzenanwendungen, regelmäßige Saunagänge oder Massagen zur Stärkung ihrer Gesundheit bereits im Alltag integriert?

Insgesamt hatten 23,8 % (n= 65) der Patienten zum Befragungszeitpunkt bereits regelmäßig und länger als sechs Monate verschiedene Anwendungen im Alltag integriert. In diesem Zusammenhang zeigte sich, dass knapp die Hälfte von 273 Befragten mit 47,6 % (n= 130) angab, diese Hausmittel weder zum Befragungszeitpunkt zu nutzen, noch dies zukünftig zu planen (Abb. 21). Eine Gruppe von insgesamt 23,4 % der Patienten führte zum Zeitpunkt der Befragung zwar noch keine Selbsthilfestrategien aus, zeigte aber Interesse, entweder in den nächsten sechs Monaten (15 %, n= 41) oder in den nächsten 30 Tagen zu beginnen (8,4 %, n= 23).

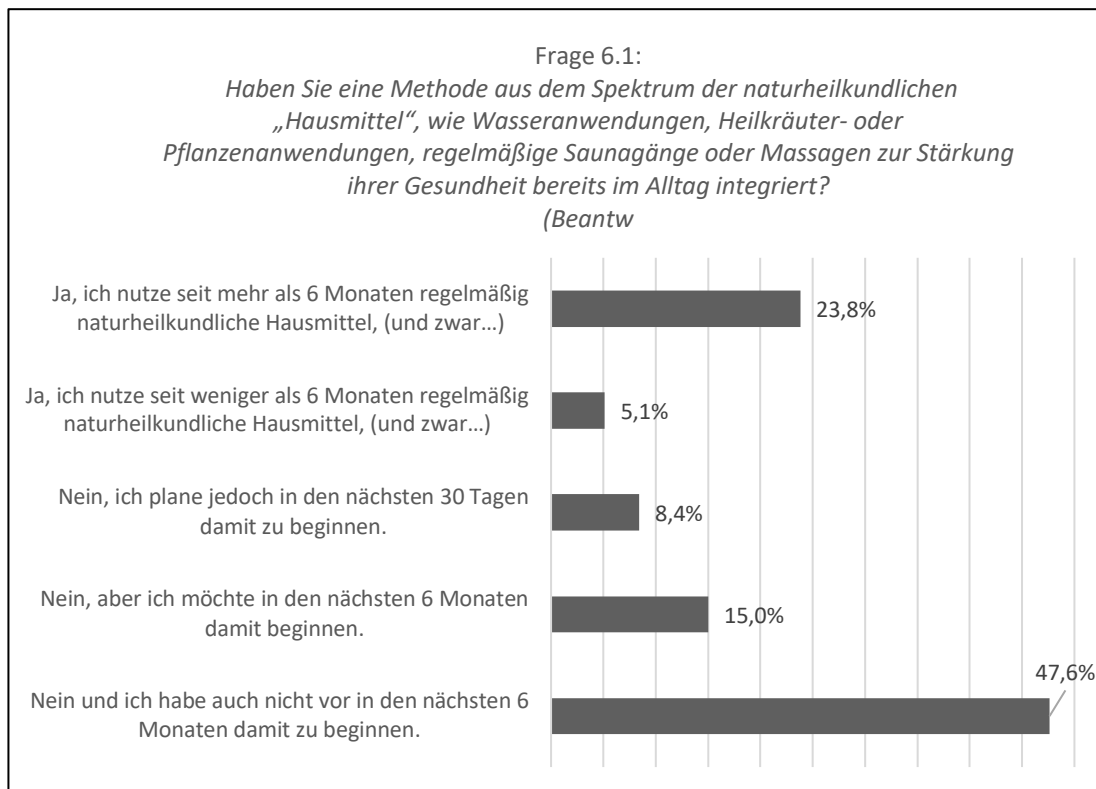


Abbildung 21: naturheilkundliche Hausmittel

Patienten, die angaben, bereits naturheilkundliche Hausmittel zu nutzen, konnten ergänzend in einem Freitextfeld die genutzten Verfahren konkretisieren, wobei Saunieren, Massagen und Wasseranwendungen am häufigsten genannt wurden (Tabelle 6, Mehrfachnennungen möglich).

Tabelle 6: Freitextangaben zu Naturheilkundlichen Hausmitteln

Freitextangaben zu genutzten Naturheilkundlichen Selbsthilfestrategien	
Seit mehr als 6 Monaten:	Seit weniger als 6 Monaten
<ul style="list-style-type: none"> - Sauna (n= 16) - Massagen (n= 11) - Wasseranwendungen (n= 11) - Heilkräuter (n= 8) - Mineralstoffe und Spurenelemente (n= 6) - Homöopathie und Globuli (n= 5) - Tee (n= 5) - Vitamine (n= 4) - Schüßlersalze (n= 3) - Lymphdrainage (n= 3) - Curcuma (n= 3) - Cannabisanwendungen (n= 2) - Ingwer (n= 2) <p>Einzelaufzählungen: Artemisia, Leberwickel, Weihrauch, Leinöl, Manuelle Therapie, Algenöl, Inhalation mit Salzwasser, Schwarzkümmel, Neurexan, Baldrian, Pilze, Akupunktur, Sport, Mistel, Atemtherapie, Orthomol Immun, Weihrauch, Marillendistel und Solebäder.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Massagen (n= 2) - Tee (n= 2) <p>Einzelangaben: Lymphdrainage, Sauna, Wasseranwendungen, Lavendel, Baldrian und Hanf.</p>

3.2.7 Gedanken – Gefühle – Einstellungen

Lebenserfahrungen und Grundwerte beeinflussen, wie man in schwierigen Situationen reagiert und insbesondere auch, wie Patienten ihre Krankheit oder deren Therapie erleben [61]. Nicht selten stellt eine Krebsdiagnose eine schwer zu bewältigende emotionale Herausforderung dar, die sich im ungünstigen Fall zu einer depressiven Episode bis hin zu einer manifesten Depression entwickeln kann. Diese sind häufige und schwerwiegende Komorbiditäten bei Krebspatienten. Sie betreffen je nach Grunderkrankung 8- 24 % der Patienten, insbesondere unter Therapie gelten Krebspatienten als besonders gefährdet [62]. Um die Lebensqualität, die Compliance und letztlich den Therapieerfolg bei betroffenen Patienten zu erhalten, sind rechtzeitige Diagnose und Therapie unerlässlich [63]. Gute Erfahrungen konnten in der Vergangenheit mit integrativen Behandlungsprogrammen gesammelt werden [64].

Patienten wurden daher ergänzend zu ihren Gefühlen und Gedanken im Hinblick auf ihre Erkrankung und im Allgemeinen auch zu eigenen Einstellungen und möglichen Grundannahmen befragt.

Etwas weniger als die Hälfte der antwortenden Patienten (45,1 %, n= 124) gab an, oft und viel über Krankheit nachzudenken. Insbesondere Patienten, die zum Zeitpunkt der Befragung noch akut erkrankt waren (95,2 %, n= 258), berichteten, dass es neben der Erkrankung weiterhin Dinge in ihrem Leben gibt, für die sie Dankbarkeit empfinden könnten. Fast die Hälfte (47,8 %, n= 118) der Patienten gab an, dass die Erkrankung auch Positives im eigenen Leben bewirkt habe (s. Abb. 22).

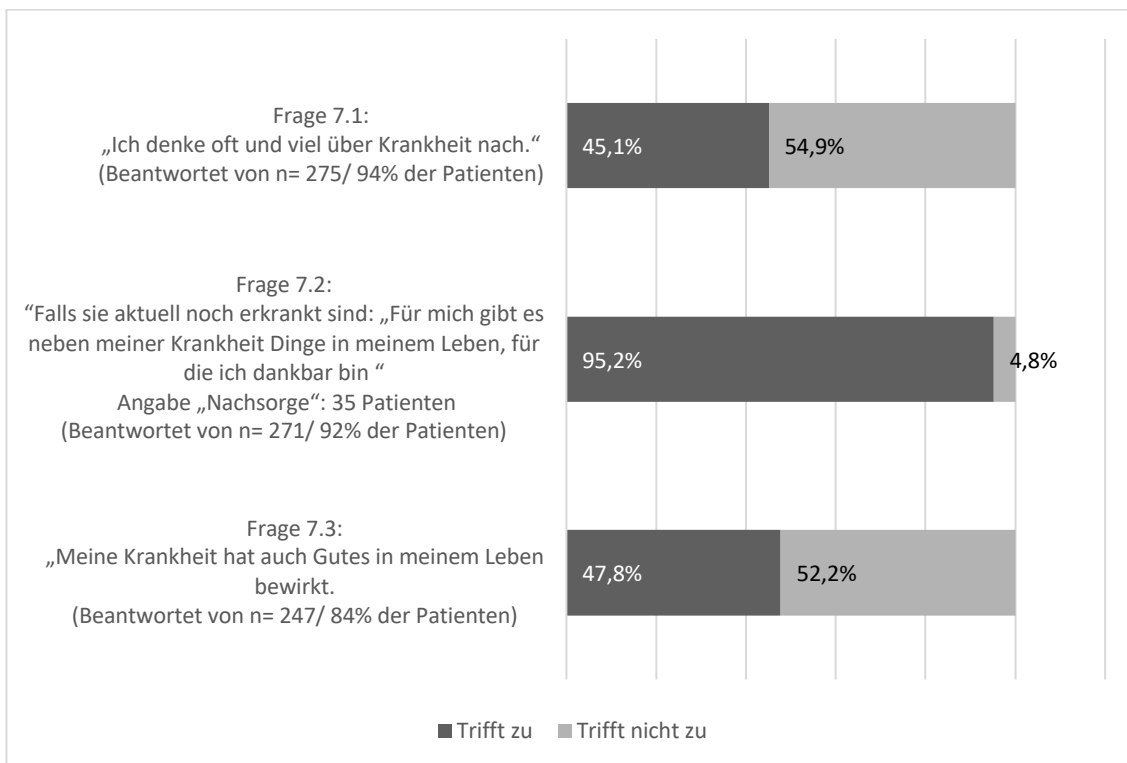


Abbildung 22: Erfassung von Gedanken, Gefühlen und Einstellungen

In dem folgenden Fragenblock wurden den Patienten fünf Aussagen präsentiert. Sofern diese Gedanken den Patienten bekannt vorkamen, waren sie aufgefordert, den entsprechenden Satz anzukreuzen. In der Abbildung 23 ist dargestellt, wie häufig die jeweilige Aussage ausgewählt wurde. Am häufigsten wurde mit 60 % (n= 175) der Satz ausgewählt „Trauer und Schmerz gehören zum Leben dazu, es folgen auch immer schöne Zeiten“. Ferner stimmten 57 % (n= 168) mit der Aussage „Ich bin zufrieden mit meinen Leben, wie es ist“ überein, nur 16 % empfanden das Leben als ungerecht.

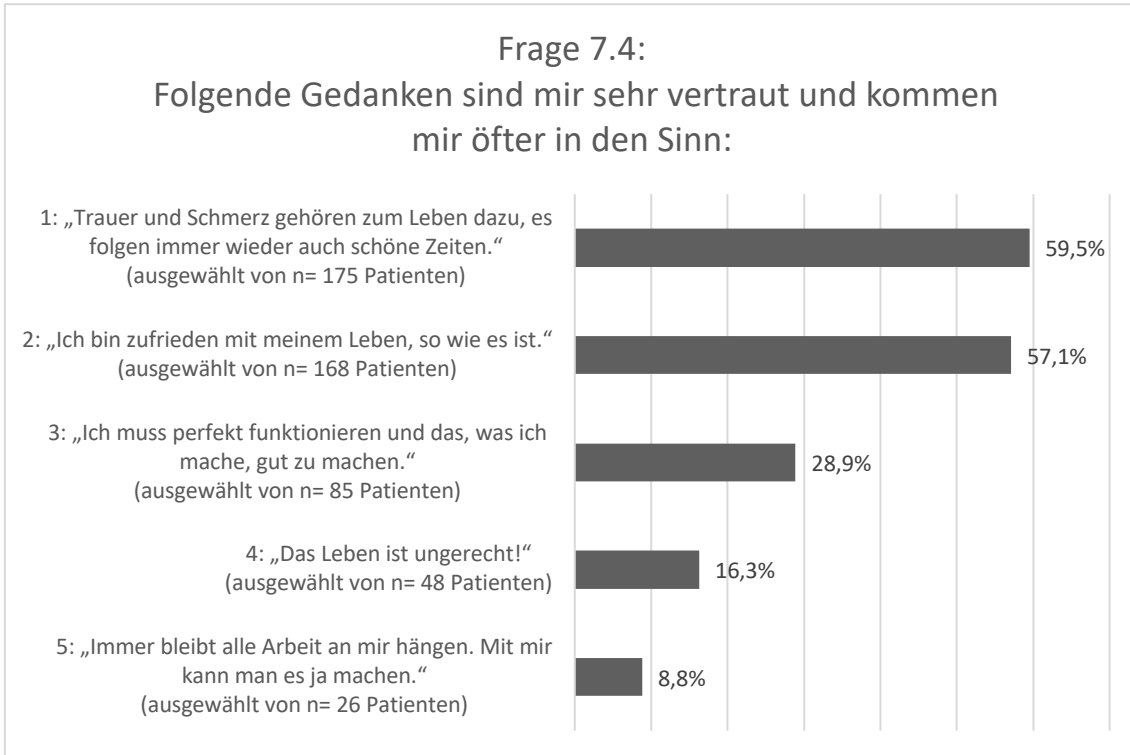


Abbildung 23: Erfassung von vertrauten Gedankengängen

3.2.8 Soziales Netz und Arbeit

Als wichtiger Bestandteil von Lebensqualität, aber auch als mögliche Ressource für Patienten, die sich einer intensiven onkologischen Therapie unterziehen, kommt einem intakten sozialen Netz eine wichtige Rolle zu [65]. Es ist bekannt, dass der psychische Druck während der Therapie ansteigen kann [66]. Unter Brustkrebspatientinnen konnte gezeigt werden, dass Abwesenheit von sozialer Unterstützung oder der Rückzug aus sozialen Bindungen die Mortalität ungünstig beeinflusst [67, 68]. Solch ein Rückzug aus dem sozialen Leben gilt als Warnzeichen einer möglichen Depression, die einen Therapieverlauf ungünstig beeinflussen kann [63]. Um zu untersuchen, inwiefern die Patienten über eine belastbare soziale Umgebung verfügten, wurden sie gebeten folgende Stellungnahmen als zutreffend oder nicht zutreffend anzukreuzen:

„Ich fühle mich gut eingebunden im Kreis meiner Familie und/oder im Kreis meiner Freunde und Freundinnen“

„Ich habe Familie/Freunde/Freundinnen, auf die ich mich verlassen kann. Wir helfen uns gegenseitig, wenn wir in Not sind.“

„Mir bereiten meine Arbeit und/oder meine häuslichen Aufgaben Freude und ich mache sie gerne.“

Fast 96 % (n= 276) fühlten sich im Kreis von Freunden und Familie gut eingebunden. (Abb. 24). Ein ähnlicher Anteil von 97,5 % (n= 274) gab an, über ein belastbares soziales Netz zu verfügen und in Notsituationen Hilfe zu erhalten. Erwerbstätigkeit oder die Ausführung häuslicher Arbeiten schienen für 86,5 % (n= 244) eine positive Aktivität und mit Freude verknüpft zu sein.

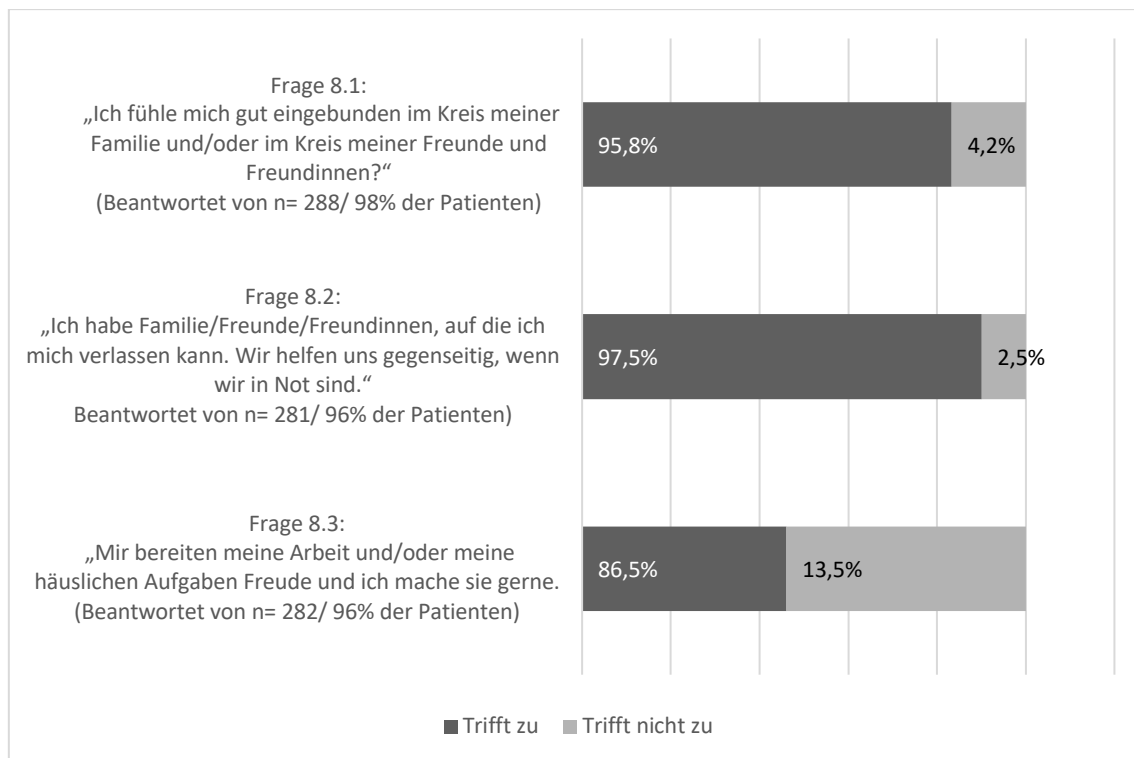


Abbildung 24: Einbindung in soziale Netze

3.2.9 Lebensstilveränderung

Eine Lebensstiländerung stellt eine Herausforderung dar, insbesondere wenn versucht wird, langfristige und andauernde Änderungen herbeizuführen. Gegenstand aktueller Diskussion ist daher, wie solche Lebensstiländerungen am besten herbeigeführt werden

können. Untersuchungen legen nahe, dass Veränderungen dann nachhaltig Erfolg haben, wenn erreichbare Ziele gewählt werden und auf mögliche Rückschläge vorbereitet wird [69]. Auch wenn Patienten bereits positive Erfahrungen mit anderen Lebensstiländerungen gehabt haben, wären Mechanismen der positiven Verstärkung für neue Änderungen denkbar („Selbstwirksamkeit“). Der letzte Fragebogenabschnitt beschäftigt sich daher mit den jeweiligen Erfahrungen der Patienten zum Thema Lebensstiländerungen, mit besonderem Fokus darauf, ob gesetzte Ziele erreicht wurden.

„Ich habe bereits erfolgreich Verhaltensweisen meines Lebensstils (z.B. Ernährung, Bewegung, Entspannung) verändert und konnte dies auch für einen langen Zeitraum beibehalten.“

„Wenn ich ein Verhalten in den genannten Lebensstilbereichen (z.B. Ernährung, Bewegung, Entspannung) verändert habe, bin ich oft – bereits nach kurzer Zeit – wieder in alten Gewohnheiten gelandet.“

66% (n= 187) der Patienten gaben an schon einmal eine Lebensstilveränderung durchgeführt zu haben und diese auch für einen längeren Zeitraum beibehalten zu haben, wobei etwas mehr als ein Drittel (37 %, n= 95) der antwortenden Patienten angab, nach kurzer Zeit wieder in alte Gewohnheitsmuster zurückgefallen zu sein (Abb. 25).

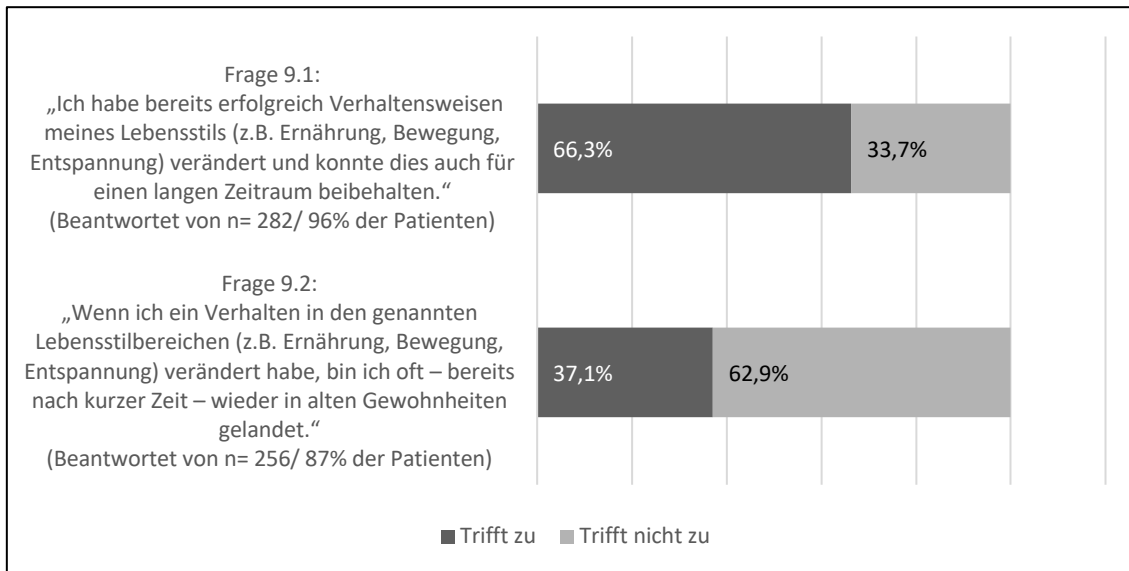


Abbildung 25: Erfassung von erfolgreichen Lebensstiländerungen

3.3 Statistische Zusammenhänge zwischen Patientencharakteristika und Lebensstilbereichen

Ziel dieser Arbeit war es unter anderem, neben der Erfassung der Häufigkeiten und speziell der Motivationslage der Patienten für eine Verhaltensänderung im Sinne einer ersten Bedarfsanalyse auch die Patientengruppen zu identifizieren, die von speziellen Angeboten besonders profitieren könnten (Tabelle 7). Bisher durchgeführte Studien zeigten, dass Patientencharakteristika Einfluss auf die Akzeptanz und Nutzung von onkologischer Komplementärtherapie haben können. Besonders unter weiblichen Patientinnen jüngeren Alters zeigte sich eine besonders hohe Popularität, weswegen auch hier Geschlecht und Alter miteinbezogen wurden [10]. Ein weiterer möglicher Einflussfaktor stellt neben diesen beiden Kategorien das subjektive Energieniveau dar: Während ein sehr niedriges Energieniveau eine denkbare Hürde zur Ausführung gesundheitsfördernder Angebote darstellen könnte, wäre umgekehrt ein protektives Potential eines hohen Energieniveaus denkbar. Diesem Ansatz soll hier ebenfalls nachgegangen werden.

Da diese Studie ein interdisziplinäres Patienten Klientel aufweist, wurde diese Chance genutzt, um herauszufinden, inwiefern auch die Entität und das Therapieziel (ähnlich wie z.B. Geschlecht oder Alter) einen Einfluss auf die Bedarfs- und Motivationslage der

Patienten haben könnten. Bisherige Erhebungen zeigen dahingehend inhomogene Ergebnisse.

In Kapitel 3.5 werden zudem Zusammenhänge zwischen der Ausführung von gesundheitsfördernden Praktiken (bezüglich Schlaf, Entspannung und Lebensstilländerung im Allgemeinen) zu optimistischen bzw. pessimistischen Gedankengängen herausgearbeitet.

Im Folgenden werden aus allen durchgeführten Berechnungen ausschließlich statistisch signifikante Zusammenhänge dargestellt. Besonders relevante Datenfelder, auf die auch im Text Bezug genommen wird, wurden zur besseren Orientierung grau markiert.

Tabelle 7: Patientencharakteristika

Patientencharakteristika
Geschlecht
Altersgruppen
Therapieziel
Energieniveau
Krankheitsentitäten

3.3.1 Geschlecht

Es fanden sich signifikante Unterschiede in den Bereichen körperliches und seelisches Befinden, Atmung, Ernährung und Genussmittel, Entspannung sowie Gedanken – Gefühle – Einstellungen. Im Folgenden wird auf Unterschiede im Antwortverhalten von Frauen und Männern eingegangen.

3.3.1.1 Körperliches und seelisches Befinden

Hier zeigte sich ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Anzahl an Wirkstoffen, die pro Tag verordnet waren. Entsprechend der Darstellung der Ergebnisse in Abb. 11 wurden die Patienten in zwei Gruppen eingeteilt, je nachdem ob mehr oder weniger als fünf unterschiedliche Wirkstoffe am Tag verordnet waren. Bedarfsmedikation wurde nicht berücksichtigt. Tabelle 8 zeigt, dass signifikant öfter Männer (54,8 %) in der Kategorie „mehr als fünf Wirkstoffe pro Tag“ verortet waren. Frauen waren signifikant häufiger in der Kategorie „unter fünf Wirkstoffe pro Tag“ (57,4 %) zu finden.

Tabelle 8: Geschlecht und Wirkstoffeinnahmen pro Tag

Einnahme von unterschiedlichen Wirkstoffen pro Tag	Geschlecht		
	Mann	Frau	Gesamt
weniger als 5 Wirkstoffe pro Tag	66 (45,2 %)	85 (57,4 %)	151 (51,4 %)
Mehr als 5 Wirkstoffe pro Tag	80 (54,8 %)	63 (42,6 %)	143 (48,6 %)
Gesamt	146 (100 %)	148 (100 %)	294 (100 %)

3.3.1.2 Atmung

Die Motivation mit Atemübungen zu beginnen im Zusammenhang mit dem Geschlecht ist in Tabelle 9 dargestellt. Signifikant mehr Frauen als Männer gaben Interesse an, ihr Verhalten zu ändern.

Tabelle 9: statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und der Motivation mit Atemübungen zu beginnen.

2.3: Falls nicht: „Ich habe vor in den nächsten 30 Tagen damit anzufangen“	Geschlecht		
	Mann	Frau	Gesamt
Trifft zu	20 (20,8 %)	33 (35,5 %)	53 (28 %)
Trifft nicht zu	76 (79,2 %)	60 (64,5 %)	136 (72 %)
Gesamt	96 (100 %)	93 (100 %)	189 (100 %)

3.3.1.3 Ernährung und Genussmittel

Patienten wurden gebeten selbst einzuschätzen, ob sie sich derzeit gesund ernähren oder ob sie damit beginnen wollten. Es zeigte sich, dass Männer fast viermal so häufig kein Interesse an gesunder Ernährung hatten (Tabelle 10).

Tabelle 10: statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und Ernährungsgewohnheiten

p= 0,005	<i>Geschlecht</i>		
<i>Phi= 0,163</i>			
„Ernähren Sie sich, insbesondere im Hinblick auf Ihre Erkrankung größtenteils gesund? (...)“	Mann	Frau	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Patienten, die beginnen wollten, oder schon begonnen hatten gesunde Ernährung durchzuführen.	118 (88,7 %)	139 (97,2 %)	257 (93,1 %)
Patienten, die sich nicht gesund ernährten und keine Änderung herbeiführen wollten.	15 (11,3 %)	4 (2,8 %)	19 (6,9 %)
Gesamt	133 (100 %)	143 (100 %)	276 (100 %)

3.3.1.4 Entspannung

Männer nutzen fast zweimal seltener Entspannungstechniken bei Bedarf und planen auch weniger diese zukünftig auszuführen (Tabelle 11). Frauen hingegen führten diese doppelt so häufig aus. Sie waren dreimal motivierter, in 30 Tagen zu beginnen.

In der Folgefrage wurde subjektive Stressbelastung evaluiert (Tabelle 12). Frauen fühlten sich zum Zeitpunkt der Erhebung signifikant öfter angespannt, belastet oder gestresst. Tabelle 13 zeigt den Unterschied in der Wahrnehmung von Stress als negativen Einfluss für Gesundheit. Dahingehend bestand für Frauen signifikant häufiger ein Zusammenhang zwischen Stress und Wohlbefinden.

Tabelle 11: statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und Entspannungsmethoden

p= 0,001	<i>Geschlecht</i>		
<i>Cramers V= 0,274</i>			
5.1 Führen Sie zurzeit regelmäßig bewusste Entspannungsübungen wie Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Phantasie Reisen, Meditationen oder andere durch?	Mann	Frau	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Nein und ich habe auch nicht vor in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.	81 (58,7 %)	46 (33,3 %)	127 (46 %)
Nein, aber ich möchte in den nächsten 6 Monaten damit beginnen.	14 (10,1 %)	17 (12,3 %)	31 (11,2 %)
Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.	4 (2,9 %)	12 (8,7 %)	16 (5,8 %)
Ja, ich entspanne mich seit weniger als 6 Monaten regelmäßig.	6 (4,3 %)	11 (8 %)	17 (6,2 %)
Ja, ich entspanne mich seit mehr als 6 Monaten praktiziere ich täglich Entspannungsübungen.	16 (11,6 %)	19 (13,8 %)	35 (12,7 %)
Ja, aber eher unregelmäßig und nur bei Bedarf.	17 (12,3 %)	33 (23,9 %)	50 (18,1 %)
Gesamt	138 (100 %)	138 (100 %)	276 (100 %)

Tabelle 12: statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und Stressbelastung I

p = 0,006	Geschlecht		
<i>Phi = 0,163</i>			
5.2: „Ich fühle mich oft angespannt, belastet und gestresst.“	Mann	Frau	Gesamt
	n	n	n
Trifft zu	46 (33,6 %)	71 (49,7 %)	117 (41,8 %)
Trifft nicht zu	91 (66,4 %)	72 (50,3 %)	163 (58,2 %)
Gesamt	137 (100 %)	143 (100 %)	280 (100 %)

Tabelle 13: statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und Stressbelastung II

p = 0,025	Geschlecht		
<i>Phi = 0,135</i>			
5.3 „Ich habe den Eindruck, dass sich die Stressbelastung (z.B. innere Anspannung) negativ auf meine Gesundheit auswirkt.“	Mann	Frau	Gesamt
	n	n	n
Trifft zu	68 (49,6 %)	87 (63 %)	155 (56,4 %)
Trifft nicht zu	69 (50,4 %)	51 (37 %)	120 (43,6 %)
Gesamt	137 (100 %)	138 (100 %)	275 (100 %)

3.3.1.5 Gedanken – Gefühle – Einstellungen

In diesem Abschnitt wurden den Patienten Fragen und Aussagen zu ihren möglichen Gefühlen und Einstellungen präsentiert. Im Vergleich stimmten Frauen häufiger der Aussage zu, oft über ihre Krankheit nachzudenken (Tabelle 14). Die Aussage „Trauer und Schmerz gehören zum Leben dazu, es folgen immer wieder auch schöne Zeiten“ (Tabelle 15) wurde ebenfalls häufiger von Frauen ausgewählt. Sehr deutliche Unterschiede im Antwortverhalten zeigen die Fragen zu potenziell belastenden Faktoren oder Gedanken, die in Tabelle 16 und 17 dargestellt sind. Frauen empfanden das Leben zweimal öfter als ungerecht und gaben zudem fast zwölfmal häufiger an, dass Arbeit vermehrt auf sie zurückfalle.

Tabelle 14: statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gedanken – Einstellungen I

p= 0,041 <i>Phi= 0,123</i>	7.1 „Ich denke oft und viel über Krankheit nach.“		
	Mann	Frau	Gesamt
	n	n	n
Trifft zu	52 (38,8 %)	72 (51,1 %)	124 (45,1 %)
Trifft nicht zu	82 (61,2 %)	69 (48,9 %)	151 (54,9 %)
Gesamt	134 (100 %)	141 (100 %)	275 (100 %)

Tabelle 15: statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gedanken - Einstellungen II

p= 0,01 <i>Phi= 0,151</i>	7.4.3: „Trauer und Schmerz gehören zum Leben dazu, es folgen immer wieder auch schöne Zeiten.“		
	Mann	Frau	Gesamt
	n	n	n
Keine Angabe	70 (47,9 %)	49 (33,1 %)	119 (40,5 %)
Trifft zu	76 (52,1 %)	99 (66,9 %)	175 (59,5 %)
Gesamt	146 (100 %)	148 (100 %)	294 (100 %)

Tabelle 16: statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gedanken - Einstellungen III

p= 0,005 <i>Phi= 0,163</i>	7.4.4 „Das Leben ist ungerecht“		
	Mann	Frau	Gesamt
	n	n	n
Keine Angabe	131 (89,7 %)	115 (77,7 %)	246 (83,7 %)
Trifft zu	15 (10,3 %)	33 (22,3 %)	48 (16,3 %)
Gesamt	146 (100 %)	148 (100 %)	294 (100 %)

Tabelle 17: statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gedanken - Einstellungen IV

p< 0,001 <i>Phi= 0,261</i>	7.4.5 „Immer bleibt alle Arbeit an mir hängen. Mit mir kann man es ja machen.“		
	Mann	Frau	Gesamt
	n	n	n
Keine Angabe	144 (98,6 %)	124 (83,8 %)	268 (91,2 %)
Trifft zu	2 (1,4 %)	24 (16,2 %)	26 (8,8 %)
Gesamt	146 (100 %)	148 (100 %)	294 (100 %)

3.3.2 Alter

Wie bereits oben geschildert, wurden Patienten in drei Gruppen eingeteilt (s. Tabelle 2). Anhand dieser wurde das Antwortverhalten verglichen. Die Geschlechterzusammensetzung der Altersgruppen kann Tabelle 18 entnommen werden.

Tabelle 18: Geschlechterverteilung in Altersgruppen

Geschlechterverteilung in Altersgruppen	Altersgruppen			
	25-39 Jahre	40-65 Jahre	über 65 Jahre	Gesamt
Geschlecht	n	n	n	n
Mann	3 (33,3 %)	62 (43,7 %)	81 (56,6 %)	146 (49,7 %)
Frau	6 (66,7 %)	80 (56,3 %)	62 (43,4 %)	148 (50,3 %)
Gesamt	9 (100 %)	142 (100 %)	143 (100 %)	294 (100 %)

3.3.2.1 Körperliches und seelisches Befinden

Es ließ sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Altersgruppen und Schlafverhalten feststellen: Die 40-65-Jährigen gaben mit 43 % am häufigsten an, nicht gut und erholsam zu schlafen, während die über 65-Jährigen vergleichsweise wenig Probleme rückmeldeten (Tabelle 19).

Tabelle 19: statistischer Zusammenhang zwischen Alter und Schlafverhalten

p= 0,002 Cramers V= 0,212	Altersgruppen			
	25-39 Jahre	40-65 Jahre	über 65 Jahre	Gesamt
1.2: „Schlafen Sie gut und erholsam?“	n	n	n	n
Trifft zu	6 (75 %)	73 (57 %)	104 (77 %)	183 (67,5 %)
Trifft nicht zu	2 (25 %)	55 (43 %)	31 (23 %)	88 (32,5 %)
Gesamt	8 (100 %)	128 (100 %)	135 (100 %)	271 (100 %)

Die Einnahme von mehr als fünf unterschiedlichen Wirkstoffen pro Tag verhielt sich signifikant zu den Altersgruppen. Die Gruppe der über 65-Jährigen hatte am häufigsten mehr als fünf Wirkstoffe pro Tag verschrieben bekommen (Tabelle 20).

Tabelle 20: statistischer Zusammenhang zwischen Alter und Wirkstoffeinnahmen

p = 0,006	<i>Altersgruppen</i>			
<i>Cramers V = 0,184</i>				
Einnahme von unterschiedlichen Wirkstoffen pro Tag	25-39 Jahre	40-65 Jahre	über 65 Jahre	<i>Gesamt</i>
	n	n	n	n
weniger als 5 Wirkstoffe pro Tag	5 (55,6 %)	86 (60,6 %)	60 (42 %)	151 (51,4 %)
mehr als 5 Wirkstoffe pro Tag	4 (44,4 %)	56 (39,4 %)	83 (58 %)	143 (48,6 %)
Gesamt	9 (100 %)	142 (100 %)	143 (100 %)	294 (100 %)

3.3.2.2 Bewegung:

In diesem Lebensstilbereich hing das alltägliche Bewegungsverhalten signifikant mit dem Alter der Patienten zusammen. Es ergab sich eine Abstufung: In der Gruppe der 25-39-Jährigen wurde Bewegung im Alltag von allen Patienten ausgewählt. Die 40-65-jährigen wählten diese Aussage zu 91,9 % aus und die Gruppe der über 65-Jährigen stimmte in 82,7 % der Fälle zu (Tabelle 21).

Tabelle 21: statistischer Zusammenhang zwischen Altersgruppen und Bewegung im Alltag

p = 0,038	<i>Altersgruppen</i>			
<i>Cramers V = 0,152</i>				
4.2: „Ich habe Bewegung fest in meinem Alltag eingebaut (z.B. Treppe statt Lift).“	25-39 Jahre	40-65 Jahre	über 65 Jahre	<i>Gesamt</i>
	n	n	n	n
Trifft zu	9 (100 %)	124 (91,9 %)	115 (82,7 %)	248 (87,6 %)
Trifft nicht zu	0 (0 %)	11 (8,1 %)	24 (17,3 %)	35 (12,4 %)
Gesamt	9 (100 %)	135 (100 %)	139 (100 %)	283 (100 %)

3.3.2.3 Entspannung:

Die Gruppe der 40-65-Jährigen war besonders motiviert, in den nächsten 6 Monaten mit Entspannungsübungen zu beginnen (18,8 %), insbesondere im Vergleich zu den über 65-Jährigen (3,1 %, Tabelle 22). Die Gruppe der über 65-Jährigen wählte entsprechend am häufigsten aus, keine Entspannungsmethoden aktuell oder künftig durchführen zu wollen (53,5 %).

Tabelle 22: statistischer Zusammenhang zwischen Alter und Entspannungsmethoden

p= 0,002	<i>Altersgruppen</i>			
<i>Cramers V= 0,211</i>	25-39 Jahre	40-65 Jahre	über 65 Jahre	<i>Gesamt</i>
5.1: „Führen Sie zurzeit regelmäßig bewusste Entspannungsübungen wie Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Phantasiereisen, Meditationen oder andere durch?“				
	n	n	n	n
Nein und ich habe auch nicht vor in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.	4 (44,4 %)	54 (39,1 %)	69 (53,5 %)	127 (46 %)
Nein, aber ich möchte in den nächsten 6 Monaten damit beginnen.	1 (11,1 %)	26 (18,8 %)	4 (3,1 %)	31 (11,2 %)
Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.	2 (22,2 %)	8 (5,8 %)	6 (4,7 %)	16 (5,8 %)
Ja, ich entspanne mich seit weniger als 6 Monaten regelmäßig.	1 (11,1 %)	9 (6,5 %)	7 (5,4 %)	17 (6,2 %)
Ja, ich entspanne mich seit mehr als 6 Monaten praktizieren ich täglich Entspannungsübungen.	0 (0 %)	16 (11,6 %)	19 (14,7 %)	35 (12,7 %)
Ja, aber eher unregelmäßig und nur bei Bedarf.	1 (11,1 %)	25 (18,1 %)	24 (18,6 %)	50 (18,1 %)
Gesamt	9 (100 %)	138 (100 %)	129 (100 %)	276 (100 %)

Tabelle 23 zeigt den signifikanten Zusammenhang zwischen Altersgruppen und dem subjektiven Belastungs- und Stressempfinden. Besonders fällt hier die Gruppe der über 65-jährigen Patienten auf, die einer Stressbelastung deutlich seltener zugestimmt hatten (32,6%).

Tabelle 23: statistischer Zusammenhang zwischen Alter und Stressbelastung

p= 0,009	<i>Altersgruppen</i>			
<i>Cramers V= 0,181</i>	25-39 Jahre	40-65 Jahre	über 65 Jahre	<i>Gesamt</i>
5.2: „Ich fühle mich oft angespannt, belastet und gestresst.“				
	n	n	n	n
Trifft zu	5 (55,6 %)	68 (50 %)	44 (32,6 %)	117 (41,8 %)
Trifft nicht zu	4 (44,4 %)	68 (50 %)	91 (67,4 %)	163 (58,2 %)
Gesamt	9 (100 %)	136 (100 %)	135 (100 %)	280 (100 %)

3.3.2.4 Naturheilkundliche Selbsthilfestrategien

Aus Tabelle 24 kann entnommen werden, dass die 40-65-Jährigen naturheilkundliche Selbsthilfestrategien zum Befragungszeitpunkt am häufigsten nutzten. Die Veränderungsbereitschaft war bei jungen Patienten am ausgeprägtesten und nahm in den höheren Altersgruppen ab.

Tabelle 24: statistischer Zusammenhang zwischen Altersgruppen und naturheilkundlichen Hausmitteln

p= 0,007 <i>Cramers V= 0,201</i>	<i>Altersgruppen</i>			
	25-39 Jahre	40-65 Jahre	über 65 Jahre	<i>Gesamt</i>
6.1 Haben Sie eine Methode aus dem Spektrum der naturheilkundlichen „Hausmittel“, wie Wasseranwendungen, Heilkräuter- oder Pflanzenanwendungen, regelmäßige Saunagänge oder Massagen zur Stärkung Ihrer Gesundheit bereits im Alltag integriert?				
	n	n	n	n
Nein und ich habe auch nicht vor in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.	2 (22,2 %)	58 (42,3 %)	70 (55,1 %)	130 (47,6 %)
Nein, aber ich möchte in den nächsten 6 Monaten damit beginnen.	5 (55,6 %)	22 (16,1 %)	14 (11 %)	41 (15 %)
Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.	2 (22,2 %)	12 (8,8 %)	9 (7,1 %)	23 (8,4 %)
Ja, ich nutze seit weniger als 6 Monaten regelmäßig naturheilkundliche Hausmittel	0 (0 %)	10 (7,3 %)	4 (3,1 %)	14 (5,1 %)
Ja, ich nutze seit mehr als 6 Monaten regelmäßig naturheilkundliche Hausmittel	0 (0 %)	35 (25,5 %)	30 (23,6 %)	65 (23,8 %)
Gesamt	9 (100 %)	137 (100 %)	127 (100 %)	273 (100 %)

3.3.2.5 Gedanken – Gefühle – Einstellungen

Die Angabe von Zufriedenheit und der Eindruck, dass Arbeit vermehrt an einem selbst hängen bleibe, verhielt sich signifikant zu den Altersgruppen. Die 40-65-Jährigen stellten die unzufriedenste Gruppe dar. Hier wurde etwa eineinhalb mal seltener die Angabe „Ich bin zufrieden“ ausgewählt als in den beiden Vergleichsgruppen (Tabelle 25). Zwischen den 25-39-Jährigen und den über 65-Jährigen bestanden diesbezüglich kaum Unterschiede.

Mit der Aussage „Immer bleibt alle Arbeit an mir hängen. Mit mir kann man es ja machen.“ identifizierten sich insbesondere die 25-39-Jährigen knapp dreimal häufiger als die 40-65-Jährigen und sechsmal öfter als die über 65-Jährigen (Tabelle 26).

Tabelle 25: statistischer Zusammenhang zwischen Altersgruppen und Gedanken – Einstellungen I

p= 0,001	<i>Altersgruppen</i>			
<i>Cramers V= 0,208</i>				
7.4.2: „Ich bin zufrieden mit meinem Leben, wie es ist.“	25-39 Jahre	40-65 Jahre	über 65 Jahre	<i>Gesamt</i>
	n	n	n	n
Keine Angabe	3 (33,3 %)	76 (53,5 %)	47 (32,9 %)	126 (42,9 %)
Trifft zu	6 (66,7 %)	66 (46,5 %)	96 (67,1 %)	168 (57,1 %)
Gesamt	9 (100 %)	142 (100 %)	143 (100 %)	294 (100 %)

Tabelle 26: statistischer Zusammenhang zwischen Altersgruppen und Gedanken – Einstellungen II

p = 0,013	<i>Altersgruppen</i>			
<i>Cramers V= 0,176</i>				
7.4.5 „Immer bleibt alle Arbeit an mir hängen. Mit mir kann man es ja machen.“	25-39 Jahre	40-65 Jahre	über 65 Jahre	<i>Gesamt</i>
	n	n	n	n
Keine Angabe	6 (66,7 %)	127 (89,4 %)	135 (94,4 %)	268 (91,2 %)
Trifft zu	3 (33,3 %)	15 (10,6 %)	8 (5,6 %)	26 (8,8 %)
Gesamt	9 (100 %)	142 (100 %)	143 (100 %)	294 (100 %)

3.3.3 Therapieziel

Wie im Kapitel Material und Methoden erläutert, wurde im Nachgang erhoben, ob Patienten zum Zeitpunkt der Befragung in einer palliativen oder kurativen Therapiezielsetzung behandelt wurden. Es fanden sich signifikante Zusammenhänge in den Bereichen Ernährung und Genussmittel und naturheilkundliche Selbsthilfestrategien. Die Geschlechterverteilung kann Tabelle 27 entnommen werden.

Tabelle 27: Geschlechterverteilung nach Therapieziel

Geschlechterverteilung nach Therapieziel	Therapieziel		
	Kurativ	Palliativ	<i>Gesamt</i>
Geschlecht	n	n	n
Mann	38 (43,7 %)	108 (52,2 %)	146 (49,7 %)
Frau	49 (56,3 %)	99 (47,8 %)	148 (50,3 %)
Gesamt	87 (100 %)	207 (100 %)	294 (100 %)

3.3.3.1 Ernährung und Genussmittel

Tabelle 28 zeigt den signifikanten Zusammenhang von gesunder Ernährung und dem Therapieziel. Es fällt auf, dass etwa viermal so viele Patienten mit kurativer Therapieintention erst kürzlich (unter 6 Monate) mit gesunder Ernährung begonnen hatten. Palliativ therapierte Patienten ernährten sich hingegen schon öfter seit längerer Zeit (über 6 Monate) gesund.

Tabelle 28: statistischer Zusammenhang zwischen Therapieziel und Ernährungsgewohnheiten

p= 0,01 <i>Cramers V= 0,217</i>	Therapieziel		
	Kurativ	Palliativ	Gesamt
3.1 „Ernähren Sie sich, insbesondere im Hinblick auf Ihre Erkrankung größtenteils gesund? (d.h. fleisch- und fettarm mit viel Obst und Gemüse, Vollkornprodukten und „guten Fetten“ wie Olivenöl, Rapsöl bzw. Omega-3-Fettsäuren über Fisch)“			
	n	n	n
Nein und ich habe auch nicht vor in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.	5 (6 %)	14 (7,3 %)	19 (6,9 %)
Nein, aber ich möchte in den nächsten 6 Monaten damit beginnen.	5 (6 %)	9 (4,7 %)	14 (5,1 %)
Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.	3 (3,6 %)	7 (3,6 %)	10 (3,6 %)
Ja, ich ernähre mich seit weniger als 6 Monaten gesundheitsbewusst.	19 (22,9 %)	15 (7,8 %)	34 (12,3 %)
Ja, ich ernähre mich seit mehr als 6 Monaten gesundheitsbewusst.	51 (61,4 %)	148 (76,7 %)	199 (72,1 %)
Gesamt	83 (100 %)	193 (100 %)	276 (100 %)

3.3.4 Energieniveau

In Frage 1.6 waren die Patienten aufgefordert, selbst ihr Energieniveau auf einer Skala von 0-10 einzuordnen und haben, wie oben bereits aufgeführt, ein mittleres/medianes Energieniveau von 5,7 angegeben. Im Zuge der weiteren Auswertungen wurden ergänzend drei Subgruppen gebildet für Patienten mit subjektiv wenig (0-3), mittel (4-6) oder viel Energie (7-10). Bei diesen Abstufungen und deren Auswertung wurde sich an der etablierten numerischen Analogskala der deutschen Schmerzgesellschaft orientiert, die ebenfalls bei der Messung von subjektiven Schmerzen eine Abstufung von 0-10 nutzt. [70]. Die Aufteilung ist in Tabelle 29 dargestellt.

Tabelle 29: Energieniveau gruppiert

Energieniveau	n	%	Spannweite	Mittelwert	Median
Niedrig (< 4)	37	13,9	0- 3,5	1,9	2,5
Mittel (≤4 und <7)	129	48,3	4- 6,5	5,3	5
Hoch (≥ 7)	101	37,8	7- 10	7,7	8

3.3.4.1 Körperliches und seelisches Befinden

Es ließ sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Schlaf und Energieniveau finden. Tabelle 30 zeigt, dass Patienten mit einem hohen Energieniveau, besonders häufig (77,6 %) gut und erholsam schliefen. Patienten mit mittleren Energieniveau schliefen nur in 58,8 % der Fälle erholsam.

Die Analyse der pro Tag eingenommen Wirkstoffen ergab, dass Patienten mit niedrigerem Energieniveau am häufigsten mehr als fünf unterschiedliche Wirkstoffe am Tag einnahmen (Tabelle 31).

Tabelle 30: statistischer Zusammenhang zwischen Energieniveau und Schlaf

1.2: Schlafen sie gut und erholsam?	gruppiertes Energieniveau			
	Niedrig (< 4)	Mittel (≤ 4 und <7)	Hoch (≥ 7)	Gesamt
	n	n	n	n
Trifft zu	22 (66,7 %)	70 (58,8 %)	76 (77,6 %)	168 (67,2 %)
Trifft nicht zu	11 (33,3 %)	49 (41,2 %)	22 (22,4 %)	82 (32,8 %)
Gesamt	33 (100 %)	119 (100 %)	140 (100 %)	250 (100 %)

Tabelle 31: statistischer Zusammenhang zwischen Energieniveau und Medikamenteneinnahme

Einnahme von unterschiedlichen Wirkstoffen pro Tag	gruppiertes Energieniveau			
	Niedrig (< 4)	Mittel (≤ 4 und <7)	Hoch (≥ 7)	Gesamt
	n	n	n	n
weniger als 5 Wirkstoffe pro Tag	13 (35,1 %)	64 (49,6 %)	59 (58,4 %)	136 (50,9 %)
mehr als 5 Wirkstoffe pro Tag	24 (64,9 %)	65 (50,4 %)	42 (41,6 %)	131 (49,1 %)
Gesamt	37 (100 %)	129 (100 %)	101 (100 %)	267 (100 %)

3.3.4.2 Bewegung

In Bezug auf die Ausführung von Sport ergab sich, dass Patienten mit niedrigem Energieniveau insgesamt seltener sportlich aktiv waren (14,3 %) als Patienten mit mittleren (25 %) oder hohem Energieniveau (42,4%, Tabelle 32).

Tabelle 32: statistischer Zusammenhang zwischen Energieniveau und Sport

p= 0,002	<i>gruppiertes Energieniveau</i>			
<i>Cramers V= 0,223</i>				
4.3: „Ich treibe regelmäßig Sport.“	Niedrig (< 4)	Mittel (≤ 4 und <7)	Hoch (≥ 7)	Gesamt
	n	n	n	n
Trifft zu	5 (14,3%)	31 (25%)	42 (42,4%)	78 (30,2%)
Trifft nicht zu	30 (85,7%)	93 (75%)	57 (57,6%)	180 (69,8%)
Gesamt	35 (100%)	124 (100%)	99 (100%)	258 (100%)

Patienten mit niedrigem Energieniveau fühlten sich häufiger durch die Krankheit körperlich im Hinblick auf Bewegung stark eingeschränkt (82,9 %). Im Vergleich dazu wurde diese Antwort von Patienten mit mittlerem oder hohem Energieniveau nur in 59,3 % und 31,7 % ausgewählt (Tabelle 33).

Tabelle 33: statistischer Zusammenhang zwischen Energieniveau und physischer Limitation auf Grund von Krankheit

p< 0,001	<i>gruppiertes Energieniveau</i>			
<i>Cramers V= 0,355</i>				
4.4: „Durch Krankheit bin ich körperlich in der Bewegung stark eingeschränkt.“	Niedrig (< 4)	Mittel (≤ 4 und <7)	Hoch (≥ 7)	Gesamt
	n	n	n	n
Trifft zu	29 (82,9%)	73 (59,3%)	32 (31,7%)	134 (51,7%)
Trifft nicht zu	6 (17,1%)	50 (40,7%)	69 (68,3%)	125 (48,3%)
Gesamt	35 (100%)	123 (100%)	101 (100%)	259 (100%)

3.3.4.3 Entspannung

Die Aussage „Ich fühle mich oft angespannt, belastet und gestresst“ verhielt sich signifikant zum gruppierten Energieniveau. Patienten mit einem niedrigen oder mittleren Energieniveau gaben häufiger an, sich gestresst oder angespannt zu fühlen (60 % bzw. 45,6 %). Verfügten Patienten über ein Energieniveau von mindestens 7,

gaben sie nur in 33,3 % der Fälle an, einer hohen Belastung ausgesetzt zu sein (Tabelle 34).

Tabelle 34: statistischer Zusammenhang zwischen Energieniveau und Stresslevel

p= 0,017	<i>gruppiertes Energieniveau</i>			
<i>Cramers V= 0,178</i>	Niedrig (< 4)	Mittel (≤ 4 und < 7)	Hoch (≥ 7)	Gesamt
5.2: „Ich fühle mich oft angespannt, belastet und gestresst.“	n	n	n	n
Trifft zu	21 (60 %)	57 (45,6 %)	32 (33,3 %)	110 (43 %)
Trifft nicht zu	14 (40 %)	68 (54,4 %)	64 (66,7 %)	146 (57 %)
Gesamt	35 (100 %)	125 (100 %)	96 (100 %)	256 (100 %)

3.3.4.4 Gedanken – Gefühle – Einstellungen

Im Bereich Gedanken – Gefühle – Einstellungen ergaben sich signifikante Zusammenhänge zu den Aussagen „Ich denke viel und oft über Krankheit nach.“ und „Ich bin zufrieden mit meinem Leben, wie es ist.“ Es zeigte sich, dass Patienten mit höherem Energieniveau nur halb so oft angaben, viel über ihre Krankheit nachzudenken (Tabelle 35). Diese Tendenz ist auch in Tabelle 36 zu finden: Patienten, die über ein hohes Energieniveau verfügten, gaben fast zweimal häufiger an, zufrieden zu sein, als Patienten mit einem niedrigen Energieniveau.

Tabelle 35: statistischer Zusammenhang zwischen Energieniveau und Gedanken – Einstellungen I

p= 0,009	<i>gruppiertes Energieniveau</i>			
<i>Cramers V= 0,192</i>	Niedrig (< 4)	Mittel (≤ 4 und < 7)	Hoch (≥ 7)	Gesamt
7.1 „Ich denke viel und oft über Krankheit nach.“	n	n	n	n
Trifft zu	20 (60,6 %)	63 (50,4 %)	33 (34 %)	116 (43 %)
Trifft nicht zu	13 (39,4 %)	62 (49,6 %)	64 (66 %)	139 (57 %)
Gesamt	33 (100 %)	125 (100 %)	97 (100 %)	255 (100 %)

Tabelle 36 statistischer Zusammenhang zwischen Energieniveau und Gedanken – Einstellungen II

p = 0,003	<i>gruppiertes Energieniveau</i>			
<i>Cramers V= 0,207</i>	Niedrig (< 4)	Mittel (≤ 4 und < 7)	Hoch (≥ 7)	Gesamt
7.4.2: „Ich bin zufrieden mit meinem Leben, wie es ist.“				
	n	n	n	n
Keine Angabe	24 (64,9 %)	61 (47,3 %)	34 (33,7 %)	119 (44,6 %)
Trifft zu	13 (35,1 %)	68 (52,7 %)	67 (66,3 %)	148 (55,4 %)
Gesamt	37 (100 %)	129 (100 %)	145 (100 %)	267 (100 %)

3.3.4 Krankheitsentitäten

Wie bereits erläutert, sollte mehr darüber herausgefunden werden, ob Unterschiede in Bezug auf das Antwortverhalten zwischen Patienten unterschiedlicher Krankheitsentitäten bestehen. Diese sind geordnet nach Entitäten dargestellt. Eine genaue Geschlechts- und Altersverteilung innerhalb der Gruppen kann aus Tabellen 37 und 38 entnommen werden.

Tabelle 37: Geschlechterverteilung in Krankheitsentitäten

	<i>Krankheitsentitäten</i>			
Geschlechtsverteilung	Hämatonkologie	Gastroenterologie	Gynäkologie	Dermatologie
	n	n	n	n
männlich	73 (56,2 %)	47 (57,3 %)	0 (0 %)	18 (75 %)
weiblich	57 (43,8 %)	35 (42,7 %)	49 (100 %)	6 (25 %)
Gesamt	130 (100 %)	82 (100 %)	49 (100 %)	24 (100 %)

Tabelle 38: Altersverteilung in Krankheitsentitäten

Altersverteilung	Krankheitsentitäten			
	Hämatookologie	Gastro- enterologie	Gynäkologie	Dermato- logie
	n	n	n	n
25- 39 Jahre	3 (2,3 %)	3 (3,7 %)	2 (4,1 %)	1 (4,2 %)
40- 65 Jahre	57 (43,8 %)	34 (41,5 %)	35 (71,4 %)	8 (33,3 %)
Über 65 Jahre	70 (53,8 %)	45 (54,9 %)	12 (24,5 %)	15 (62,5 %)
Gesamt	130 (100 %)	82 (100 %)	49 (100 %)	24 (100 %)

3.3.5.1 Hämatookologie

Bei Patienten der Hämatookologie war ein hohes Gesundheitsbewusstsein erkennbar. Sie zeigten signifikant öfter gesundheitsförderndes Verhalten in den Bereichen Ernährung und Genussmittel, Bewegung und Lebensstiländerungen. Sie stimmten auch häufiger optimistischen Haltungen zu. Konkret fanden sich folgende Zusammenhänge, die unten näher erläutert werden:

- Einnahme von >5 unterschiedlichen Wirkstoffen pro Tag (**p< 0,001**)
- „Ich esse meist bewusst (ohne TV, ohne Zeitung), nehme mir für eine Mahlzeit mindestens 20 min. Zeit, setze mich dafür an einen Tisch, kaue jeden Bissen gründlich und genieße das Essen.“ (**p= 0,029**)
- „Ich treibe regelmäßig Sport.“ (**p= 0,035**)
- „Ich bin überzeugt davon, dass ich Einfluss auf meine innere Anspannung nehmen kann.“ (**p= 0,016**)
- Seltenerer Einschätzung: „Ich denke viel und oft über Krankheit nach.“ (**p= 0,015**)
- „Mir bereiten meine Arbeit und/oder meine häuslichen Aufgaben Freude und ich mache sie gerne.“ (**p= 0,008**)
- Seltenerer Einschätzung: „Wenn ich ein Verhalten in den genannten Lebensstilbereichen (z.B. Ernährung, Bewegung, Entspannung) verändert habe, bin ich oft – bereits nach kurzer Zeit – wieder in alten Gewohnheiten gelandet.“ (**p= 0,039**)

Körperliches und Seelisches Befinden:

Bei der Erhebung der Medikamente ergab sich, dass hämatoonkologische Patienten mit 65,4 % einer signifikant höheren Wirkstofflast ausgesetzt waren als Patienten anderer Entitäten (Tabelle 39).

Tabelle 39: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Wirkstoffeinnahme I

p < 0,001	<i>Krankheitsentitäten</i>		
<i>Phi = 0,298</i>			
Einnahme von unterschiedlichen Wirkstoffen pro Tag	Patienten anderer Entitäten	Hämatoonkologische Patienten	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
weniger als 5 Wirkstoffe pro Tag	106 (64,4 %)	45 (34,6 %)	151 (51,4 %)
mehr als 5 Wirkstoffe pro Tag	58 (35,4 %)	85 (65,4 %)	143 (48,6 %)
Gesamt	164 (100 %)	130 (100 %)	294 (100 %)

Ernährung und Genussmittel

In Frage 3.3, bei der eine achtsame Nahrungsaufnahme evaluiert wurde, zeigte sich, dass hämatoonkologische Patienten mit 85,2 % signifikant häufiger in Ruhe und ohne Ablenkung ihre Mahlzeiten zu sich nahmen (Tabelle 40).

Tabelle 40: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Ernährungsgewohnheiten

p = 0,029	<i>Krankheitsentitäten</i>		
<i>Phi = 0,128</i>			
3.3: „Ich esse meist bewusst (ohne TV, ohne Zeitung), nehme mir für eine Mahlzeit mindestens 20 min. Zeit, setze mich dafür an einen Tisch, kaue jeden Bissen gründlich und genieße das Essen.“	Patienten anderer Entitäten	Hämatoonkologische Patienten	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	121 (74,7 %)	109 (85,2 %)	230 (79,3 %)
Trifft nicht zu	41 (25,3 %)	19 (14,8 %)	60 (20,7 %)
Gesamt	162 (100 %)	128 (100 %)	290 (100 %)

Bewegung

Hämatonkologische Patienten trieben signifikant häufiger Sport als Patienten anderer Fachgruppen, wie Tabelle 41 zeigt.

Tabelle 41: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Sport

p= 0,035	<i>Krankheitsentitäten</i>		
<i>Phi= 0,126</i>			
4.3: „Ich treibe regelmäßig Sport.“	Patienten anderer Entitäten	Hämatonkologische Patienten	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	39 (25,2 %)	46 (36,8 %)	85 (30,4 %)
Trifft nicht zu	116 (74,8 %)	79 (63,2 %)	195 (69,6 %)
Gesamt	155 (100 %)	125 (100 %)	280 (100 %)

Entspannung

Im Bereich Entspannung fiel auf, dass hämatonkologische Patienten signifikant häufiger überzeugt waren, dass sie Einfluss auf innere Anspannung nehmen können (Tabelle 42).

Tabelle 42: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und achtsamer Atmung

p= 0,016	<i>Krankheitsentitäten</i>		
<i>Phi= 0,145</i>			
5.4: „Ich bin überzeugt davon, dass ich Einfluss auf meine innere Anspannung nehmen kann.“	Patienten anderer Entitäten	Hämatonkologische Patienten	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	122 (78,7 %)	111 (89,5 %)	233 (83,5 %)
Trifft nicht zu	33 (21,3 %)	13 (10,5 %)	46 (16,5 %)
Gesamt	155 (100 %)	124 (100 %)	279 (100 %)

Gedanken – Gefühle – Einstellungen und soziales Netz

Mit der Aussage 7.1. „Ich denke viel und oft über Krankheit nach“, identifizierten sich signifikant weniger hämatonkologische Patienten. Im Vergleich zu anderen Patienten wählten sie die Antwort etwa eineinhalbmalseltener aus (Tabelle 43). Ein ähnlich optimistischer Trend zeigt sich in Frage 8.3, in der evaluiert wurde, ob Arbeit bzw. häusliche Aufgaben Freude bereiten. Auch hier stimmten signifikant mehr hämatonkologische Patienten zu (Tabelle 44).

Tabelle 43: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Gedanken – Einstellungen I

p= 0,015	<i>Krankheitsentitäten</i>		
<i>Phi= 0,147</i>			
7.1 „Ich denke viel und oft über Krankheit nach.“	Patienten anderer Entitäten	Hämatonkologische Patienten	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	79 (51,6 %)	45 (36,9 %)	124 (45,1 %)
Trifft nicht zu	74 (48,4 %)	77 (63,1 %)	151 (54,9 %)
Gesamt	153 (100 %)	122 (100 %)	275 (100 %)

Tabelle 44: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Gedanken – Einstellungen II

p= 0,008	<i>Krankheitsentitäten</i>		
<i>Phi= 0,159</i>			
8.3: „Mir bereiten meine Arbeit und/oder meine häuslichen Aufgaben Freude und ich mache sie gerne.“	Patienten anderer Entitäten	Hämatonkologische Patienten	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	130 (81,8 %)	114 (92,7 %)	244 (86,5 %)
Trifft nicht zu	29 (18,2 %)	9 (7,3 %)	38 (13,5 %)
Gesamt	159 (100 %)	123 (100 %)	282 (100 %)

Lebensstiländerungen

Hier waren hämatonkologische Patienten häufiger in der Lage, Änderungen in Lebensstilbereichen langfristig beizubehalten. Tabelle 45 zeigt, dass Patienten anderer Entitäten deutlich häufiger auswählten, schnell wieder bei alten Gewohnheiten gelandet zu sein.

Tabelle 45: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Lebensstiländerungen

p= 0,039	<i>Krankheitsentitäten</i>		
<i>Phi= 0,129</i>			
9.2: „Wenn ich ein Verhalten in den genannten Lebensstilbereichen (z.B. Ernährung, Bewegung, Entspannung) verändert habe, bin ich oft – bereits nach kurzer Zeit – wieder in alten Gewohnheiten gelandet.“	Patienten anderer Entitäten	Hämatonkologische Patienten	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	61 (42,7 %)	34 (30,1 %)	95 (37,1 %)
Trifft nicht zu	82 (57,3 %)	79 (69,9 %)	161 (62,9 %)
Gesamt	143 (100 %)	113 (100 %)	256 (100 %)

3.3.5.2 Gastroenterologie

Gastroenterologische Patienten gaben häufiger als andere Patienten an, viel und oft über Krankheit nachzudenken (Tabelle 46).

Tabelle 46: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Gedanken – Einstellungen III

p= 0,012	<i>Krankheitsentitäten</i>		
<i>Phi= 0,151</i>			
7.1 „Ich denke viel und oft über Krankheit nach.“	Patienten anderer Entitäten	Gastroenterologische Patienten	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	80 (40,4 %)	44 (57,1 %)	124 (45,1 %)
Trifft nicht zu	118 (59,6 %)	33 (42,9 %)	151 (54,9 %)
Gesamt	198 (100 %)	77 (100 %)	275 (100 %)

3.3.5.3 Gynäkologie

In diesem Fachbereich zeigte sich einerseits, dass gynäkologische Patientinnen zwar sehr motiviert waren ihr Verhalten zu ändern, andererseits aber vermehrt pessimistischen Aussagen zustimmten. Es fanden sich signifikante Zusammenhänge zu folgenden Fragen:

- Seltener Einnahme von >5 unterschiedlichen Wirkstoffen pro Tag (**p< 0,001**)
- Führen Sie zurzeit regelmäßig bewusste Entspannungsübungen wie Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Phantasie Reisen, Meditationen oder andere durch? (**p= 0,022**)
- Haben Sie eine Methode aus dem Spektrum der naturheilkundlichen „Hausmittel“, wie Wasseranwendungen, Heilkräuter- oder Pflanzenanwendungen, regelmäßige Saunagänge oder Massagen zur Stärkung Ihrer Gesundheit bereits im Alltag integriert? (**p= 0,045**)

Körperliches und Seelisches Befinden:

Gynäkologische Patientinnen waren im Vergleich zu den anderen Patienten einer deutlich niedrigeren quantitativen Wirkstoffbelastung ausgesetzt. Tabelle 47 zeigt, dass sie dreimal seltener mehr als fünf Wirkstoffe pro Tag einnahmen.

Tabelle 47: statistischer Zusammenhang von Krankheitsentitäten und Wirksamkeit II

Einnahme von unterschiedlichen Wirkstoffen pro Tag	Krankheitsentitäten		
	Patienten anderer Entitäten	Gynäkologische Patienten	Gesamt
	n	n	n
weniger als 5 Wirkstoffe pro Tag	110 (44,9 %)	41 (83,7 %)	151 (51,4 %)
mehr als 5 Wirkstoffe pro Tag	135 (55,1 %)	8 (16,3 %)	143 (48,6 %)
Gesamt	245 (100 %)	49 (100 %)	294 (100 %)

Entspannung:

Tabelle 48 zeigt den signifikanten Zusammenhang zwischen gynäkologischen Patientinnen und der Ausführung von Entspannungsübungen. Gynäkologische

Patientinnen lehnten solche Verfahren seltener ab und waren insgesamt bis zu dreimal motivierter in 6 Monaten oder in 30 Tagen mit Entspannungsübungen zu beginnen.

Tabelle 48: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Entspannungsverfahren

<p>p= 0,022 Cramers V= 0,218</p>	Krankheitsentitäten		
	Patienten anderer Entitäten	gynäkologische Patienten	Gesamt
	n	n	n
5.1 Führen Sie zurzeit regelmäßig bewusste Entspannungsübungen wie Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Phantasiereisen, Meditationen oder andere durch?			
Nein und ich habe auch nicht vor in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.	114 (49,4 %)	13 (28,9 %)	127 (46 %)
Nein, aber ich möchte in den nächsten 6 Monaten damit beginnen.	23 (10 %)	8 (17,8 %)	31 (11,2 %)
Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.	10 (4,3 %)	6 (13,3 %)	16 (5,8 %)
Ja, ich entspanne mich seit weniger als 6 Monaten regelmäßig.	12 (5,2 %)	5 (11,1 %)	17 (6,2 %)
Ja, ich entspanne mich seit mehr als 6 Monaten praktiziere ich täglich Entspannungsübungen.	29 (12,6 %)	6 (13,3 %)	35 (12,7 %)
Ja, aber eher unregelmäßig und nur bei Bedarf.	43 (18,6 %)	7 (15,6 %)	50 (18,1 %)
Gesamt	231 (100 %)	45 (100 %)	276 (100 %)

Naturheilkundliche Selbsthilfestrategien

Ähnlich wie im Bereich der Entspannungsverfahren konnten hier geringere Ablehnung und höhere Motivation neue Verfahren zu beginnen beobachtet werden: Gynäkologische Patientinnen waren mehr als doppelt so häufig motiviert in 30 Tagen mit neuen Verfahren zu beginnen (Tabelle 49).

Tabelle 49: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und naturheilkundlichen Selbsthilfestrategien

p= 0,045	<i>Krankheitsentitäten</i>		
<i>Cramers V= 0,188</i>	Patienten anderer Entitäten	gynäkologische Patienten	Gesamt
6.1 Haben Sie eine Methode aus dem Spektrum der naturheilkundlichen „Hausmittel“, wie Wasseranwendungen, Heilkräuter- oder Pflanzenanwendungen, regelmäßige Saunagänge oder Massagen zur Stärkung Ihrer Gesundheit bereits im Alltag integriert?	n	n	n
Nein und ich habe auch nicht vor in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.	114 (50,2 %)	16 (34,8 %)	130 (47,6 %)
Nein, aber ich möchte in den nächsten 6 Monaten damit beginnen.	32 (14,1 %)	9 (19,6 %)	41 (15 %)
Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.	16 (7 %)	7 (15,2 %)	23 (8,4 %)
Ja, ich nutze seit weniger als 6 Monaten regelmäßig naturheilkundliche Hausmittel	9 (4 %)	5 (10,9 %)	14 (5,1 %)
Ja, ich nutze seit mehr als 6 Monaten regelmäßig naturheilkundliche Hausmittel	56 (24,7 %)	9 (19,6 %)	65 (23,8 %)
Gesamt	227 (100 %)	46 (100 %)	273 (100 %)

3.3.5.4 Dermatologie

Die Auswertung lieferte Hinweise, dass Gesundheitsbewusstsein und Zufriedenheit dermatologischer Patienten im Vergleich zu anderen Patienten niedriger sein könnte. Dies zeigte sich insbesondere in den Bereichen Ernährung und Atmung. Konkret fanden sich folgende Zusammenhänge:

- Seltenerer Angabe: „Mir ist bewusst, dass ich mit dem, was ich esse, mein Wohlbefinden/ meine Gesundheit beeinflussen kann.“ (**p= 0,033**)
- Seltenerer Angabe: „Ich bin überzeugt davon, dass ich Einfluss auf meine innere Anspannung nehmen kann.“ (**p= 0,021**)
- Seltenerer Angabe: „Mir bereiten meine Arbeit und/oder meine häuslichen Aufgaben Freude und ich mache sie gerne.“ (**p= 0,028**)

Ernährung

Im Bereich Ernährung herrschte ein signifikant niedrigeres Bewusstsein dafür, dass Ernährung Gesundheit beeinflussen kann. Dermatologische Patienten lehnten diesen Zusammenhang viermal häufiger ab als Patienten anderer Entitäten (Tabelle 50).

Tabelle 50: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Ernährung I

p= 0,033	<i>Krankheitsentitäten</i>		
<i>Phi= 0,147</i>			
3.2: „Mir ist bewusst, dass ich mit dem, was ich esse, mein Wohlbefinden/meine Gesundheit beeinflussen kann.“	Patienten anderer Entitäten	dermatologische Patienten	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	256 (95,5 %)	20 (83,3 %)	276 (94,5 %)
Trifft nicht zu	12 (4,5 %)	4 (16,7 %)	16 (5,5 %)
Gesamt	268 (100 %)	24 (100 %)	292 (100 %)

Entspannung

Ein ähnlicher Trend zeigte sich in Frage 5.4 aus dem Bereich Entspannung. Hier waren dermatologische Patienten doppelt so häufig überzeugt, keinen Einfluss auf innere Anspannung nehmen zu können (Tabelle 51).

p= 0,021	<i>Krankheitsentitäten</i>		
<i>Phi= 0,148</i>			
5.4: „Ich bin überzeugt davon, dass ich Einfluss auf meine innere Anspannung nehmen kann.“	Patienten anderer Entitäten	dermatologische Patienten	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	218 (85,2 %)	15 (65,2 %)	233 (83,5 %)
Trifft nicht zu	38 (14,8 %)	8 (34,8 %)	46 (16,5 %)
Gesamt	256 (100 %)	23 (100 %)	279 (100 %)

Tabelle 51: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und achtsamer Atmung I

Soziales Netz

Hier ergab sich, dass dermatologische Patienten die Aussage, dass Arbeit/häusliche Aufgaben mit Freude verknüpft sei, fast dreimal häufiger ablehnten (Tabelle 52).

Tabelle 52: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Gedanken – Einstellungen IV

p= 0,028	<i>Krankheitsentitäten</i>		
<i>Phi= 0,159</i>			
8.3: „Mir bereiten meine Arbeit und/oder meine häuslichen Aufgaben Freude und ich mache sie gerne.“	Patienten anderer Entitäten	dermatologische Patienten	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	227 (88 %)	17 (70,8 %)	244 (86,5 %)
Trifft nicht zu	31 (12 %)	7 (29,2 %)	38 (13,5 %)
Gesamt	258 (100 %)	24 (100 %)	282 (100 %)

3.4 Zusammenhänge zwischen Ausführung sowie Motivationslage von gesundheitsfördernden Praktiken mit optimistischen bzw. pessimistischen Gedankengängen

Im Folgenden wurde näher untersucht, ob zwischen Ausführung von gesundheitsförderndem Verhalten und der Beantwortung von Fragen zu Gedanken und Gefühlen signifikante Zusammenhänge bestanden. Aus dem Fragebogenabschnitt „Gedanken-Gefühle-Einstellungen“ und „soziales Netz und Arbeit“ wurden den Patienten hierfür jeweils fünf Aussagen vorgeschlagen, die eine eher optimistische oder eine eher pessimistische emotionale Ausrichtung vermuten lassen könnten.

Es wurde überprüft, ob sich signifikante Zusammenhänge zwischen den Lebensstilbereichen „Schlaf“, „Entspannung“ und „Lebensstiländerung im Allgemeinen“ finden ließen. Insbesondere wurden diese Lebensstilbereiche untersucht, da hier jeweils etwa die Hälfte der Patienten angegeben hatte, diese (noch) nicht zu fokussieren (Tabelle 53).

Tabelle 53: Indikatoren für optimistische und pessimistische Sichtweisen

Patientenaussagen, die eine eher optimistische Sichtweise vermuten lassen
7.2: „Falls Sie noch erkrankt sind: Für mich gibt es neben meiner Krankheit Dinge in meinem Leben, für die ich dankbar bin.“
7.3: „Meine Krankheit hat auch Gutes in meinem Leben bewirkt.“
7.4.1: „Trauer und Schmerz gehören zum Leben dazu, es folgen immer wieder auch schöne Zeiten.“
7.4.2: „Ich bin zufrieden mit meinem Leben, wie es ist.“
8.3: „Mir bereiten meine häuslichen Aufgaben Freude und ich mache Sie gern.“
Patientenaussagen, die eine eher pessimistische Sichtweise vermuten lassen
5.2: „Ich fühle mich oft angespannt, belastet und gestresst.“
7.1: „Ich denke oft und viel über Krankheit nach.“
7.4.3: „Ich muss perfekt funktionieren um das, was ich mache, gut zu machen.“
7.4.4: „Das Leben ist ungerecht“
7.4.5: „Immer bleibt alle Arbeit an mir hängen. Mit mir kann man es ja machen.“

3.4.1 Schlaf

Auf Grund der hohen Prävalenz von Schlafstörungen wurde deren Zusammenhang zu optimistischen und pessimistischen Gedankengängen untersucht. Zu der Frage, ob Patienten gut und erholsam schliefen, fanden sich folgende Zusammenhänge:

- Seltenerer Angabe: „Ich fühle mich oft angespannt, belastet und gestresst.“ **(p= 0,004)**
- Seltenerer Angabe: „Ich denke oft und viel über Krankheit nach.“ **(p= 0,008)**
- Seltenerer Angabe: „Das Leben ist ungerecht.“ **(p= 0,012)**
- Häufigere Angabe: „Mir bereiten meine Arbeit und/ oder meine häuslichen Aufgaben Freude und ich mache Sie gern.“ **(p= 0,021)**

Es zeigte sich, dass Patienten, die gut und erholsam schliefen, eineinhalbmal seltener Stressbelastung rückmeldeten. Bei hoher Schlafqualität bereiteten ihnen die häuslichen Aufgaben vermehrt Freude. Berichteten Patienten hingegen von Schlafproblemen, wählten sie zweimal häufiger aus, das Leben als ungerecht zu empfinden. Bei schlechtem Schlaf gaben sie häufiger an, viel über Krankheit nachzudenken. Details sind Tabelle 54 und 55 zu entnehmen.

Tabelle 54: Statistischer Zusammenhang zwischen pessimistischen Sichtweisen und Schlafstörungen

Endpunkte für pessimistische Sichtweisen			
p= 0,004	5.2: „Ich fühle mich oft angespannt, belastet und gestresst.“		
<i>Phi=0,178</i>			
1.2: „Schlafen sie gut und erholsam?“	Trifft zu	Trifft nicht zu	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	62 (35,4 %)	113 (64,6 %)	175 (100 %)
Trifft nicht zu	46 (54,1 %)	39 (45,9 %)	85 (100 %)
Gesamt	108 (41,5 %)	152 (58,5 %)	260 (100 %)
p= 0,008	7.1: „Ich denke oft und viel über Krankheit nach.“		
<i>Phi= 0,164</i>			
	Trifft zu	Trifft nicht zu	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	67 (38,5 %)	107 (61,5 %)	174 (100 %)
Trifft nicht zu	48 (55,8 %)	38 (44,2 %)	86 (100 %)
Gesamt	115 (44,2 %)	145 (55,8 %)	260 (100 %)
p= 0,012	7.4.4: „Das Leben ist ungerecht“		
<i>Phi= 0,152</i>			
	Keine Angabe	Trifft zu	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	161 (88 %)	22 (12 %)	183 (100 %)
Trifft nicht zu	67 (76,1 %)	21 (23,9 %)	88 (100 %)
Gesamt	228 (84,1 %)	43 (15,9 %)	271 (100 %)

Tabelle 55: Statistischer Zusammenhang zwischen optimistischen Sichtweisen und Schlafstörungen

Endpunkte für optimistische Sichtweisen			
p= 0,021	8.3: „Mir bereiten meine Arbeit und/ oder meine häuslichen Aufgaben Freude und ich mache Sie gern.“		
<i>Phi= 0,143</i>			
1.2: „Schlafen sie gut und erholsam?“	Trifft zu	Trifft nicht zu	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	158 (89,3 %)	19 (10,7 %)	177 (100 %)
Trifft nicht zu	66 (78,6 %)	18 (21,4 %)	84 (100 %)
Gesamt	224 (85,8 %)	37 (14,2 %)	261 (100 %)

3.4.2 Entspannung

Zu der Frage, ob Patienten bereits regelmäßig Entspannungsübungen nutzten, ergaben sich signifikante Zusammenhänge zu folgenden Aussagen:

- Häufigere Angabe: „Ich bin zufrieden mit meinem Leben, wie es ist.“ (**p= 0,014**)
- Häufigere Angabe: „Meine Krankheit hat auch Gutes in meinem Leben bewirkt.“ (**p= 0,048**)

Aus den Tabellen 56 und 57 werden Unterschiede im Antwortverhalten der Patienten ersichtlich: Die meisten zufriedenen Patienten fanden sich in der Gruppe, die schon länger Entspannungsübungen im Alltag praktiziert hatten (71,4 %). Patienten, die regelmäßig Entspannungsübungen nachgingen, stimmten am häufigsten zu, dass die Krankheit Gutes im Leben bewirkt habe. Patienten, die Entspannungsübungen ablehnten, stimmten dieser Aussage nur in 37,2 % der Fälle zu.

Tabelle 56: statistischer Zusammenhang zwischen optimistischen Sichtweisen und Entspannungsmethoden I

p= 0,014	7.4.2: „Ich bin zufrieden mit meinem Leben, wie es ist.“		
<i>Cramers V= 0,227</i>			
5.1 „Führen Sie zurzeit regelmäßig bewusste Entspannungsübungen wie Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Phantasie Reisen, Meditationen oder andere durch?“	Keine Angabe	Trifft zu	Gesamt
	n	n	n
Nein und ich habe auch nicht vor in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.	48 (37,8 %)	79 (62,2 %)	127 (100 %)
Nein, aber ich möchte in den nächsten 6 Monaten damit beginnen.	19 (61,3 %)	12 (38,7 %)	31 (100 %)
Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.	8 (50 %)	8 (50 %)	16 (100 %)
Ja, ich entspanne mich seit weniger als 6 Monaten regelmäßig.	12 (70,6 %)	5 (29,4 %)	17 (100 %)
Ja, seit mehr als 6 Monaten praktizieren ich täglich Entspannungsverfahren.	10 (28,6 %)	25 (71,4 %)	35 (100 %)
Ja, aber eher unregelmäßig und nur bei Bedarf.	22 (44 %)	28 (56,9 %)	50 (100 %)
Gesamt	119 (43,1 %)	157 (59,1 %)	276 (100 %)

Tabelle 57: statistischer Zusammenhang zwischen optimistischen Sichtweisen und Entspannungsmethoden II

p = 0,048	7.3: „Meine Krankheit hat auch Gutes in meinem Leben bewirkt.“		
<i>Cramers V = 0,219</i>			
Führen Sie zurzeit regelmäßig bewusste Entspannungsübungen wie Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Phantasiereisen, Meditationen oder andere durch?	Trifft zu	Trifft nicht zu	Gesamt
	n	n	n
Nein und ich habe auch nicht vor in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.	39 (37,1 %)	66 (62,9 %)	105 (100 %)
Nein, aber ich möchte in den nächsten 6 Monaten damit beginnen.	13 (48,1 %)	14 (51,9 %)	27 (100 %)
Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.	7 (43,8 %)	9 (56,3 %)	16 (100 %)
Ja, ich entspanne mich seit weniger als 6 Monaten regelmäßig.	7 (58,3 %)	5 (41,7 %)	12 (100 %)
Ja, seit mehr als 6 Monaten praktiziere ich täglich Entspannungsverfahren.	18 (64,3 %)	10 (35,7 %)	28 (100 %)
Ja, aber eher unregelmäßig und nur bei Bedarf.	27 (60 %)	18 (40 %)	45 (100 %)
Gesamt	111 (47,6 %)	122 (52,4 %)	233 (100 %)

Es wurde erhoben, ob Patienten einem erhöhten subjektiven Stressniveau ausgesetzt waren. Patienten, die keine erhöhte Stressbelastung rückmeldeten, konnten sich öfter mit Aussagen identifizieren, die eher auf eine positive bzw. optimistische Sichtweise hindeuten:

- „Meine Krankheit hat auch Gutes in meinem Leben bewirkt.“ (**p= 0,028**)
- „Ich bin zufrieden mit meinem Leben, wie es ist.“ (**p< 0,001**)
- „Mir bereiten meine häuslichen Aufgaben Freude und ich mache sie gern.“ (**p= 0,016**)

Stimmten Patienten hingegen zu, sich „oft angespannt, belastet und gestresst zu fühlen“, fanden sich signifikante Zusammenhänge zu Aussagen, die eine eher pessimistische Sicht auf die Dinge vermuten ließen:

- „Ich denke oft und viel über Krankheit nach.“ (**p< 0,001**)

- „Ich muss perfekt funktionieren um das, was ich mache, gut zu machen.“
($p < 0,001$)
- „Das Leben ist ungerecht“ ($p = 0,001$)
- „Immer bleibt alle Arbeit an mir hängen. Mit mir kann man es ja machen.“
($p < 0,001$)

Eine Übersicht über die Ergebnisse zeigen die Tabellen 58 und 59.

Tabelle 58: Endpunkte für optimistische Sichtweisen und Stressbelastung

Endpunkte für optimistische Sichtweisen			
p= 0,028	7.3: „Meine Krankheit hat auch Gutes in meinem Leben bewirkt.“		
<i>Phi= 0,143</i>			
5.2: „Ich fühle mich oft angespannt, belastet und gestresst.“	Trifft zu	Trifft nicht zu	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	39 (39,8 %)	59 (60,2 %)	98 (100 %)
Trifft nicht zu	76 (54,3 %)	64 (45,7 %)	140 (100 %)
Gesamt	115 (48,3 %)	123 (51,7 %)	238 (100 %)
p< 0,001	7.4.2: „Ich bin zufrieden mit meinem Leben, wie es ist.“		
<i>Phi= 0,289</i>			
	Keine Angabe	Trifft zu	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	69 (59 %)	48 (41 %)	117 (100 %)
Trifft nicht zu	49 (30,1 %)	114 (69,9 %)	163 (100 %)
Gesamt	118 (42,1 %)	162 (57,9 %)	280 (100 %)
p= 0,016	8.3: „Mir bereiten meine häuslichen Aufgaben Freude und ich mache Sie gern.“		
<i>Phi= 0,146</i>			
	Trifft zu	Trifft nicht zu	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	90 (80,4 %)	22 (19,6 %)	112 (100 %)
Trifft nicht zu	144 (90,6 %)	15 (9,4 %)	159 (100 %)
Gesamt	234 (86,3 %)	37 (13,7 %)	271 (100 %)

Tabelle 59: Endpunkte für pessimistische Sichtweisen und Stressbelastung

Endpunkte für pessimistische Sichtweisen			
p < 0,001	7.1 „Ich denke oft und viel über Krankheit nach“		
<i>Phi = 0,421</i>			
5.2: „Ich fühle mich oft angespannt, belastet und gestresst.“	Trifft zu	Trifft nicht zu	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	76 (68,5 %)	35 (31,5 %)	111 (100 %)
Trifft nicht zu	40 (26,1 %)	113 (73,9 %)	153 (100 %)
Gesamt	116 (43,9 %)	148 (56,1 %)	264 (100 %)
p < 0,001	7.4.3: „Ich muss perfekt funktionieren um das, was ich mache, gut zu machen.“		
<i>Phi = 0,226</i>			
	Keine Angabe	Trifft zu	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	69 (59 %)	48 (41 %)	117 (100 %)
Trifft nicht zu	130 (79,8 %)	33 (20,2 %)	163 (100 %)
Gesamt	199 (71,1 %)	81 (28,9 %)	280 (100 %)
p < 0,001	7.4.4: „Das Leben ist ungerecht.“		
<i>Phi = 0,211</i>			
	Keine Angabe	Trifft zu	Trifft zu
	n	n	n
Trifft zu	88 (75,2 %)	29 (24,8 %)	117 (100 %)
Trifft nicht zu	148 (90,8 %)	15 (9,2 %)	163 (100 %)
Gesamt	236 (84,3 %)	44 (15,7 %)	280 (100 %)
p < 0,001	7.4.5 „Immer bleibt alle Arbeit an mir hängen. Mit mir kann man es ja machen.“		
<i>Phi = 0,228</i>			
	Keine Angabe	Trifft zu	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	97 (82,9 %)	20 (17,1 %)	117 (100 %)
Trifft nicht zu	157 (96,3 %)	6 (3,7 %)	163 (100 %)
Gesamt	254 (90,7 %)	26 (9,3 %)	280 (100 %)

3.4.3 Lebensstiländerungen

In der Verhaltensforschung spielt im Kontext der Verhaltensänderung die Selbstwirksamkeitserwartung eine wichtige Rolle. Sie bezeichnet das Vertrauen einer Person, auf Grund ihrer eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten eine gewünschte Handlung auch in Extremsituationen erfolgreich ausführen zu können und beizubehalten [71]. Es wird davon ausgegangen, dass die Selbstwirksamkeitserwartung maßgeblich von persönlichen Erfolgserfahrungen beeinflusst werden kann. In der Literatur wird von „*mastery experience*“ gesprochen. [72, 73]. Daher wurden Patienten gefragt, ob sie bereits erfolgreich ihren Lebensstil in der Vergangenheit modifizieren konnten und ob sie dies nachhaltig aufrechterhalten konnten.

Eine positive Einstellung könnte ein wichtiger Faktor sein, um optimistisch geplante Lebensstilveränderungen anzugehen und nachhaltig durchzuhalten. Ziel der Analyse war es daher, zu untersuchen, ob Patienten, die bereits erfolgreich ihren Lebensstil geändert hatten, auch vermehrt optimistischen Sichtweisen zustimmen.

3.4.3.1 Erfolgreiche Lebensstiländerungen

Patienten, die “bereits erfolgreich Verhaltensweisen ihres Lebensstils verändern und beibehalten konnten“, gaben häufiger an, sich mit folgenden positiven Aussagen öfter zu identifizieren:

- „Die Krankheit hat auch Gutes in meinem Leben bewirkt“ (**p < 0,001**)
- „Mir bereiten meine Arbeit und/ oder meine häuslichen Aufgaben Freude und ich mache sie gerne.“ (**p < 0,001**)

Details sind Tabelle 60 zu entnehmen.

Tabelle 60 :statistisch signifikante Zusammenhänge mit erfolgreichen Lebensstiländerungen

erfolgreiche Lebensstiländerungen			
p< 0,001	9.1: „Ich habe bereits erfolgreich Verhaltensweisen meines Lebensstils (z.B. Ernährung, Bewegung, Entspannung) verändert und konnte dies auch für einen langen Zeitraum beibehalten.“		
<i>Phi= 0,229</i>			
7.3 „Die Krankheit hat auch Gutes in meinem Leben bewirkt“	Trifft zu	Trifft nicht zu	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	87 (56,1%)	27 (32,1%)	114 (47,7%)
Trifft nicht zu	68 (43,9 %)	57 (67,9 %)	125 (52,3 %)
Gesamt	155 (100 %)	84 (100 %)	239 (100 %)
p< 0,001			
<i>Phi= 0,232</i>			
8.3 „Mir bereiten meine Arbeit und/ oder meine häuslichen Aufgaben Freude und ich mache sie gerne“	Trifft zu	Trifft nicht zu	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	167 (91,8 %)	68 (74,4 %)	235 (86,1 %)
Trifft nicht zu	15 (8,2 %)	23 (25,3 %)	38 (13,9 %)
Gesamt	182 (100 %)	91 (100 %)	273 (100 %)

3.4.1.2 Nicht-erfolgreiche Lebensstiländerungen

Die Folgefrage untersuchte, ob Patienten beim Versuch einer Lebensstiländerung schnell wieder bei alten Gewohnheiten gelandet waren. Gaben Patienten an, „oft nach kurzer Zeit wieder in alten Gewohnheiten gelandet zu sein“, zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zu den hier aufgeführten Aussagen. Diese lassen eher auf eine negative bzw. pessimistische Einstellung schließen:

- „Ich denke oft und viel über Krankheit nach.“ (**p= 0,028**)
- „Ich muss perfekt funktionieren um das, was ich mache, gut zu machen.“ (**p< 0,031**)
- „Das Leben ist ungerecht“ (**p= 0,012**)
- Mir bereiten meine Arbeit und/ oder meine häuslichen Aufgaben Freude und ich mache sie gerne.“ (**p= 0,006**)

Details sind Tabelle 61 zu entnehmen.

Tabelle 61: statistisch signifikante Zusammenhänge mit nicht-erfolgreichen Lebensstiländerungen

nicht-erfolgreiche Lebensstiländerungen			
p= 0,028 <i>Phi= 0,141</i>	9.2: „Wenn ich ein Verhalten in den genannten Lebensstilbereichen (z.B. Ernährung, Bewegung, Entspannung) verändert habe, bin ich oft – bereits nach kurzer Zeit – wieder in alten Gewohnheiten gelandet.“		
7.1 „Ich denke viel und oft über Krankheit nach.“	Trifft zu	Trifft nicht zu	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	48 (53,3 %)	59 (38,8 %)	107 (44,2 %)
Trifft nicht zu	42 (46,7 %)	93 (61,2 %)	135 (55,8 %)
Gesamt	90 (100 %)	152 (100 %)	242 (100 %)
p= 0,031 <i>Phi= 0,134</i>			
7.4.3 „Ich muss perfekt funktionieren um das, was ich mache, gut zu machen.“	Trifft zu	Trifft nicht zu	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	35 (36,8 %)	39 (24,2 %)	74 (28,9 %)
Keine Angabe	60 (63,2 %)	122 (75,8 %)	182 (71,1 %)
Gesamt	95 (100 %)	161 (100 %)	256 (100 %)
p= 0,012 <i>Phi= 0,157</i>			
7.4.4 „Das Leben ist ungerecht“	Trifft zu	Trifft nicht zu	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	21 (22,1 %)	17 (10,6 %)	38 (14,8 %)
Keine Angabe	74 (77,9 %)	144 (89,4 %)	218 (85,2 %)
Gesamt	95 (100 %)	161 (100 %)	256 (100 %)
p= 0,006 <i>Phi= 0,175</i>			
8.3 „Mir bereiten meine Arbeit und/oder meine häuslichen Aufgaben Freude und ich mache sie gerne“	Trifft zu	Trifft nicht zu	<i>Gesamt</i>
	n	n	n
Trifft zu	75 (81,5 %)	146 (93 %)	221 (88,8 %)
Trifft nicht zu	17 (18,5 %)	11 (7 %)	28 (11,2 %)
Gesamt	92 (100 %)	157 (100 %)	249 (100 %)

4. Diskussion

4.1 Interpretation der erhobenen Daten

4.1.1 Arbeitshypothese

Ziel dieser Arbeit soll vorrangig sein, den Bedarf des Patientenkollektivs und die Motivationslage im Hinblick auf integrativmedizinische multimodale Behandlungsansätze in Würzburg zu evaluieren. Ferner sollen erste Erkenntnisse bezüglich einzelner Patientengruppen helfen, individualisierte Konzepte anbieten zu können, welche die Bedürfnisse der Patienten hilfreich adressieren.

In der folgenden Diskussion soll nun die Arbeitshypothese, dass ein relevanter Anteil der Patienten an solchen Angeboten interessiert ist, unterteilt nach den entsprechenden Verfahren und Lebensstilbereichen, überprüft werden. Besondere Patientengruppen werden identifiziert und orientierend am Bedarf Anhaltspunkte für Zusatzangebote erarbeitet.

4.1.2 Körperliches und seelisches Befinden

4.1.2.1 Schlaf

Etwa ein Drittel der Stichprobe gab an, Einschlafprobleme zu haben oder nicht gut und erholsam zu schlafen. Mit über 60 % gaben sogar doppelt so viele der Befragten an, unter einer Durchschlafstörung zu leiden. Die nächtliche Ruhezeit lag bei über 90 % der Befragten bei über acht Stunden pro Nacht.

Es konnten verschiedene statistisch signifikante Zusammenhänge gefunden werden: Patienten, die schlecht schliefen, berichteten, sich oft gestresst und belastet zu fühlen. Zudem gaben schlecht schlafende Patienten häufiger an unzufrieden zu sein, viel über Krankheit nachzudenken und empfanden seltener Freude bei der Ausführung von Arbeit und häuslichen Aufgaben. Je höher die Schlafqualität subjektiv angegeben wurde, desto höher fiel auch das angegebene Energieniveau aus, was sich auch in den Subgruppenanalysen (niedriges versus mittleres versus hohes Energieniveau) entsprechend darstellte. In der Analyse der Patientencharakteristika zeigte sich, dass insbesondere die Gruppe der 40-65-Jährigen die meisten Schlafprobleme aufwiesen,

während die über 65-Jährigen und 25-49-Jährigen vergleichsweise zufrieden mit ihrer Schlafsituation waren.

Studien konnten Schlafprobleme bei Krebspatienten immer wieder als häufiges Problem identifizieren [74-76]. Insbesondere unter Chemotherapie konnte ein Anstieg der Prävalenz von Schlafstörungen auf mehr als das Dreifache im Vergleich zur Normalbevölkerung beobachtet werden [77]. In der Literatur wird zudem vielfach auf die negativen Folgen von Schlaflosigkeit hingewiesen: Hierzu zählen insbesondere Fatigue, Depressionen bzw. psychische Probleme und Stress [78-81].

Eine 2002 durchgeführte Fragebogen-basierte Analyse mit insgesamt 982 onkologischen Patienten verschiedener Entitäten kam zu dem Schluss, dass etwa ein Drittel (30,5 %) der Befragten unter Schlafproblemen litt. Auch dort berichteten Patienten, dass vornehmlich vermehrtes Grübeln, Sorgen und Unwohlsein vom Schlafen abhalten würden [82]. Die hier erhobenen Daten sind kongruent.

Interessanterweise meldeten Patienten zwischen 40-65 Jahren die meisten Schlafprobleme zurück. Dies könnte damit zusammenhängen, dass diese durch die Kombination von Krankheit, Erwerbstätigkeit und ggf. Familie der höchsten psychischen Belastung ausgesetzt waren. Passend zu dieser Hypothese gaben die 40-65-Jährigen am häufigsten an, oft gestresst zu sein. Sie stimmten gleichzeitig öfter pessimistisch einzuordnenden Aussagen zu, mit der statistisch gesehen geringsten Zufriedenheit mit der eigenen Situation.

Auf der anderen Seite zeigte sich gerade in dieser Patientengruppe die größte Motivationsbereitschaft, innerhalb der nächsten 6 Monate ein Entspannungsverfahren zu erlernen sowie die höchste Anwendungsrate von naturheilkundlichen Selbsthilfestrategien im Vergleich zu den jüngeren (18-39 Jahre) sowie älteren Patienten. Dies könnte Ausdruck des ebenfalls erhobenen erhöhten Leidensdruckes sein (siehe unten). Patienten der Altersgruppe 40-65 Jahre befinden sich in ihren produktivsten Jahren. Finanzielle Aspekte, die eigene Rolle auf der Arbeit und in der Familie stellen für diese Patientengruppe ganz besondere Herausforderungen dar. Hinweise auf diesen Zusammenhang lieferte eine 2010 durchgeführte Studie zu Schlafproblemen bei Krebspatienten: Die Autoren kamen ebenfalls zu dem Schluss,

dass jüngere Patienten (< 58 Jahre) mehr Schlafprobleme berichteten als ältere Patienten, richteten aber keinen speziellen Fokus auf die 40-65-Jährigen [77].

Eine weitere Erhebung konnte zeigen, dass insbesondere Frauen häufiger von Schlafproblemen betroffen waren [83]. Dieser Zusammenhang ließ sich hier nicht reproduzieren, obwohl bei einem vermuteten Zusammenhang von vermehrter Stressbelastung und Schlafproblemen dies anzunehmen wäre, da in der vorliegenden Erhebung Frauen sich öfter gestresst fühlten und auch häufiger über ihre Erkrankung nachdachten. Auf Grund der vorhandenen Evidenz empfiehlt sich für diese Patientengruppe ein unterstützendes entspannungstherapeutisches Angebot („sollte“ Empfehlung für Tai Chi/ Qigong während und nach Abschluss der Chemotherapie)[14].

Limitierend ist anzumerken, dass für die Erfassung von Schlafproblemen keine standardisierte Erfassungsmethode, sondern nur eine subjektive Einschätzung genutzt wurde. Dies erschwert eine exakte Einordnung und Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit der Literatur. Außerdem sollte bei der Interpretation berücksichtigt werden, dass die Kohorte der <39 Jährigen deutlich kleiner war, als die der restlichen Altersgruppen, was zu Verzerrungen geführt haben könnte. Ferner entspricht die Angabe der nächtlichen Ruhezeit nicht automatisch der nächtlichen Schlafzeit. Zwar liegt die nächtliche Ruhezeit innerhalb der empfohlenen Vorgaben, es ist aber unklar, inwiefern Patienten in dieser Zeit tatsächlich erholsam schliefen [84]. In Folgeerhebungen und auch in der klinischen Routine sollten daher zumindest bei Patienten mit anamnestischen Schlafstörungen validierte Messinstrumente eingesetzt werden (z.B. Pittsburgh Sleep Quality Index) [85].

4.1.2.2 Energieniveau

Fatigue beschreibt Müdigkeit und Erschöpfung im Rahmen von Krebserkrankungen, die sich durch Ruhepausen nicht bessert und unabhängig von körperlicher Belastung auftritt [86]. Als häufiges und oftmals unterdiagnostiziertes Problem von Krebspatienten kann dies die Lebensqualität reduzieren [87]. Erhebungen gehen davon aus, dass zwischen 40 % und 90 % aller erwachsenen Krebspatienten von Fatigue betroffen sind [88]. Das Vorliegen einer Fatigue beeinflusst mutmaßlich nachhaltig die Umsetzbarkeit empfohlener Therapiekonzepte und insbesondere von Lebensstilmodifikationen. In der

vorliegenden Studie lag das durchschnittliche Energieniveau bei 5,7 (mäßig), wobei 37 Patienten (13,9 %) ein sehr geringes Energieniveau rückmeldeten. Im Vergleich zu Patienten mit hohem Energieniveau ging die Gruppe mit niedrigem Energieniveau dreimal seltener Sport nach und gab am häufigsten an, sich physisch durch die Krankheit limitiert zu fühlen. Entsprechend waren diese Patienten auch am unmotiviertesten Bewegung in Zukunft in den Alltag zu integrieren. Zusätzlich fiel auf, dass insbesondere auch Patienten mit mehr als 5 oralen Medikamenten signifikant häufiger ein niedriges Energieniveau rückmeldeten. Im Einklang mit einer Studie zu Fatigue, in der Betroffene häufiger unter Depressionen, Schmerzen und Schlafproblemen litten, gaben die Patienten mit niedrigem Energieniveau auch am seltensten an, zufrieden mit ihrem Leben zu sein, dachten am häufigsten über Krankheit nach und zeigten sich am häufigsten belastet und gestresst [88].

Es ist daher besonders wichtig, gerade dieser Patientengruppe gute Informationen, Schulungsmöglichkeiten und Bewegungsinterventionen anzubieten und den Stellenwert sowie Zusammenhänge nachvollziehbar darzustellen. Entsprechend findet sich in der Leitlinie Komplementärmedizin bei Fatigue eine „soll“ Empfehlung für körperliche Aktivität und Sport sowie jeweils „sollte“ Empfehlungen für Yoga und Tai Chi/Qi Gong [14].

4.1.2.3 Medikamente

Es konnte errechnet werden, dass 48,6 % der Patienten pro Tag mehr als fünf unterschiedliche Wirkstoffe zu sich nahmen. Es zeigte sich zudem, dass hiervon sowohl Männer signifikant häufiger betroffen waren als Frauen, sowie die Gruppe der über 65-Jährigen häufiger als jüngere Patienten.

Der Zusammenhang zum Energieniveau wurde bereits unter 4.1.2.2 diskutiert.

Neben diesem Zusammenhang konnte festgestellt werden, dass Patienten aus der Hämatologie häufiger und Patientinnen aus der Gynäkologie vergleichsweise seltener mehr als fünf Wirkstoffe pro Tag einnahmen.

Insbesondere für die Gruppe der älteren Krebspatienten ist bekannt, dass im Vergleich zur älteren Allgemeinbevölkerung jeder zweite ältere onkologische Patient häufiger mindestens fünf Medikamente einnimmt [50, 89]. Durch diese Polypharmazie, wie sie

auch bei uns nachzuweisen war, ergeben sich Risiken. Es konnte gezeigt werden, dass medikamentenassoziierte Probleme fast linear mit der Anzahl an verordneten Medikamenten anstiegen [90]. Bei uns nachvollzogene Geschlechterunterschiede zeigten sich in Erhebungen der deutschen Krankenkassen nicht [91].

Eine Limitation der erhobenen Daten besteht darin, dass auch Chemotherapie (sofern sie täglich eingenommen werden musste) in der Erhebung miteingefasst wurde. Zudem ist nicht klar, ob die Patienten ihre verschriebenen Medikamente tatsächlich auch eingenommen hatten.

Gerade bei älteren Menschen könnte eine regelmäßige Re-Evaluation der verschriebenen Medikamente angebracht sein. Hierbei könnten sich Ärzte an vorhandenen Empfehlungen, wie z.B. an der PRISCUS Liste für potenziell inadäquate Medikation im Alter orientieren.

Besonders interessant ist diesbezüglich die Option, Nebenwirkungen von Therapien durch evidenzbasierte supportive und ggf. auch tagesklinische Programme zu adressieren. Dadurch ließen sich die psychische und physische Verfassung der Patienten optimieren und zusätzlich möglicherweise Wirkstoffe aus der Dauermedikation entfernen oder zumindest reduzieren.

Zusammenfassend lässt sich für den Bereich körperliches und seelisches Befinden feststellen, dass ein Bedarf nach Zusatzangeboten vorliegt. Insbesondere vor dem Hintergrund der mit Schlafmangel verbundenen negativen Folgen, die sich auch in dieser Stichprobe nachweisen ließen und von der Literatur belegt sind, erscheinen Zusatzangebote angebracht. Bei der Rekrutierung von Patienten für solche Angebote sollte man besonders darauf achten, altersentsprechende Schwerpunkte zu setzen.

4.1.3 Atmung und Entspannung

Hier zeigte sich, dass sich die Mehrheit mit ca. 70 % der Befragten über einen Zusammenhang zwischen Atmung und innerer Anspannung bewusst war, aber trotzdem nur circa die Hälfte der Befragten einmal am Tag bewusst auf ihre Atmung achteten. Ein Drittel der Patienten hatte angegeben, sich kurz- oder mittelfristig mehr mit dem Thema auseinanderzusetzen zu wollen und regelmäßig auf ihre Atmung zu achten.

In unserer Kohorte stellten Stressbelastung und psychischer Druck ein großes Problem dar. Über 40 % der Befragten gaben an, sich oft angespannt, belastet oder gestresst zu fühlen. Etwas mehr als die Hälfte der Patienten war sich bewusst, dass Stress sich negativ auf das Wohlbefinden auswirken kann und 80 % der Patienten glaubten, Einfluss auf innere Anspannung ausüben zu können. Trotz hoher Stressbelastung und hohem Bewusstsein war die Bereitschaft Entspannungsübungen auszuführen jedoch geringer als erwartet. Zum Zeitpunkt der Befragung übten nur 18 % regelmäßig (seit mehr oder weniger als 6 Monaten) Entspannungsverfahren aus und wiederum circa 18 % setzten diese unregelmäßig ein. Mit 46 % führte ein Großteil der Befragten keine Entspannungsübungen durch und plante auch keine Verhaltensänderung. Demgegenüber waren 17 % motiviert damit zu beginnen.

Patienten, die bereits regelmäßig Entspannungsübungen praktizierten, wiesen die höchste Patientenzufriedenheit auf. Diese aktive Gruppe war auch am häufigsten der Überzeugung, dass ihre Krankheit auch Gutes im Leben bewirkt habe.

Waren Patienten hingegen angespannt oder gestresst, bestand signifikant häufiger die Tendenz, Aussagen mit negativen Gedankenbeispielen zuzustimmen. Mit positiven Gedankengängen konnten gestresste Patienten sich signifikant seltener identifizieren. Ein hohes Stressniveau ging mit niedrigem Energieniveau und Schlafstörungen einher (siehe oben).

Frauen waren im Bereich Atmung und Entspannung signifikant motivierter, ihr Verhalten zukünftig zu ändern. Sie hatten Entspannungsübungen auch häufiger bereits im Alltag angewandt. Männer hingegen lehnten zweimal öfter die Ausführung von Entspannungsverfahren aktuell oder in Zukunft ab. Frauen zeigten auch ein höheres Stressbewusstsein, sie stimmten signifikant häufiger einem Zusammenhang zwischen Stress und Gesundheit zu.

Auf der anderen Seite dachten Frauen nach eigenen Angaben häufiger über Krankheit nach, fühlten sich häufiger ungerecht vom Leben behandelt und erlebten sogar bis zu 12 mal häufiger eine Überlastung („immer bleibt alles an mir hängen“). In der Zusammenschau der Ergebnisse könnte dieser Umstand die bessere Motivationslage und Inanspruchnahme erklären.

Patientinnen der Gynäkologie zeigten sich besonders motiviert, neue Verfahren zu beginnen und waren signifikant häufiger der Überzeugung, Einfluss auf ihre Anspannung nehmen zu können. Hämatonkologische Patienten stimmten dieser Aussage ebenfalls signifikant häufiger zu, während Patienten der Dermatologie diese Aussage häufiger ablehnten.

In Bezug auf das Alter wiesen jüngere Patienten das höchste Stressniveau auf, angeführt von der Gruppe der 40-65-Jährigen und gefolgt von den 25-39-jährigen Patienten. Die über 65-Jährigen gaben am seltensten an, oft gestresst oder belastet zu sein. Interessanterweise führten die über 65-Jährigen öfter Entspannungsübungen durch, lehnten diese aber auch besonders häufig ab. Junge Patienten (25-39 Jahre) zeigten sich sehr motiviert, mit neuen Techniken zu beginnen, hatten aber bisher kaum Entspannungsmethoden in den Alltag integriert.

In der Vergangenheit konnte bereits gezeigt werden, dass Atmungs- und Entspannungsübungen zu einer verbesserten Stressregulation beitragen können. Auch wenn in der befragten Gruppe ein hohes Belastungsniveau vorliegt, überrascht es, dass viele Patienten Entspannungs- oder Atemübungen, bei mehrheitlich vorhandenem Problembewusstsein, ablehnten oder nicht als ausreichend wichtig eingestuft haben. Die bei uns gefunden Tendenzen lassen sich in der derzeitigen Studienlage wiederfinden. *Zabora et al* kamen in einer mit ca. 4500 Patienten durchgeführten Untersuchung von psychologischer Belastung/ Stress unter Krebspatienten auf eine durchschnittliche Belastung von 35,1 %. In manchen Tumorentitäten wurde eine Belastung bis 43,4 % angegeben [92]. Die Tatsache, dass Stress und psychische Erkrankungen eher unterschätzt oder gar nicht erst erkannt werden, ist in der Vergangenheit bereits belegt worden und stellt eine besondere Herausforderung in diesem Bereich dar [93, 94]. Es scheint nachvollziehbar, dass psychischer Stress sich negativ auf Lebensqualität auswirken kann [95, 96]. Derzeit wird diskutiert, ob ein erhöhtes Stressniveau von Krebspatienten eventuell sogar das Überleben negativ beeinflussen könnte. [97, 98]. Negative Zusammenhänge zwischen hohem Stress, Schlafmangel, Energielosigkeit und negativen Gedanken und Ängsten konnten auch in unserer Erhebung gezeigt werden.

Folglich zeigt sich hier besonders die Notwendigkeit auf, Patienten über den Einfluss von Stress und psychischer Belastung aufzuklären und über Methoden dem entgegenzuwirken zu informieren und zu unterstützen.

Im Hinblick auf die beobachteten Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten finden sich in der Literatur ebenfalls passende Belege. Frauen hatten sich in anderen Erhebungen als besonders motiviert oder engagiert gezeigt, komplementärmedizinische Verfahren zu nutzen [10]. Auch hier bewiesen sie ein hohes Verständnis über den Zusammenhang von Gesundheit und Stressbelastung. Es stellt sich daher die Frage, ob Frauen generell über ein ausgeprägteres Gesundheitsbewusstsein verfügen als Männer. Andererseits gaben Frauen signifikant häufiger an, gestresst und angespannt zu sein. Es gibt vereinzelt Hinweise, dass Frauen vermehrt unter psychischen Komorbiditäten leiden könnten [99-101]. Neben einem ausgeprägten Gesundheitsbewusstsein könnte auch ein erhöhter Leidensdruck zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit dem Thema beitragen.

Wir konnten Unterschiede zwischen Patientengruppen aus Gynäkologie, Hämatonkologie und Dermatologie feststellen. Es ist hierbei anzumerken, dass die Patientinnen der Gynäkologie nur aus Frauen bestanden, die mehrheitlich unter 65 Jahren alt waren. Patienten der Dermatologie hingegen waren zu 75 % männlich, die mehrheitlich über 65 Jahre alt waren. Hier lässt sich nicht ausschließen, dass die beobachteten Unterschiede auf Alter und Geschlecht zurückzuführen sind.

Die Gruppe der hämatonkologischen Patienten hingegen war in Bezug auf Alter und Geschlecht ausgeglichen (s. Tabelle 37 und 38). Viele Patienten dieser Gruppe litten unter einem Multiplen Myelom (60 %, Abb. 7) und unterzogen sich eventuell vergleichsweise nebenwirkungsarmen Therapien mit Fokus auf Lebensqualität passend zur dokumentierten mehrheitlich palliativen Therapieintention. Dies könnte dazu geführt haben, dass hämatonkologische Patienten geringere Belastung rückmeldeten und sich offener für Zusatzangebote zeigten.

Interessant sind die Erkenntnisse dieser Studie, die aus den Freitextangaben zum Thema Entspannung abgeleitet werden konnten. Patienten, die bereits Entspannungsverfahren nutzten, hatten die Möglichkeit zu konkretisieren, welchen Routinen sie genau folgten: Hierunter fanden sich auch Angaben wie z.B. „Lesen“, „Singen“, „Spazieren“, „Musik hören“ und „Sport“. Auch wenn Entspannung einen individuellen Prozess darstellt, können die oben genannten Beispiele nicht als Entspannungsübungen im eigentlichen Sinn einer formalen Entspannungspraxis gewertet werden. Es macht daher Sinn, Patienten die Unterschiede vor dem Hintergrund der vorhandenen Evidenz zu erklären und sie zu ermutigen, gezielt ergänzende Verfahren auszuprobieren. Letztlich führt die Durchsicht der Freitextangaben auch zu dem Schluss, dass vermutlich noch weniger Patienten als oben angenommen, wirklich Entspannungsmethoden im eigentlichen Sinne nutzen, so dass hier noch sehr großes Potential bestehen dürfte.

Zusammenfassend ergibt sich in diesem Lebensstilbereich ein Bedarf an Zusatzangeboten: Hier sollte zunächst über den Zusammenhang von Stress und Gesundheit aufgeklärt und auf negative Einflüsse hingewiesen werden, die Stress auf andere Lebensstilbereiche haben kann. Hierdurch könnte sich die Bereitschaft erhöhen, Entspannungs- und Atmungstechniken durchzuführen

Konkret wird in der S3-Leitlinie Komplementärmedizin zur Therapie von Stress auf Mind-Body Verfahren verwiesen, insbesondere werden aber achtsamkeitsbasierte Meditation und MBSR genannt. Gerade im Hinblick auf die negativen Zusammenhänge zwischen Stress und anderen Lebensstilbereichen würde sich MBSR als ganzheitlicher Ansatz eignen. Auch in den Bereichen Schlafqualität, Fatigue, depressive Symptomatik, Angstsymptome und Lebensqualität existiert ebenfalls Evidenz für die positive Wirkung von MBSR [13]. Bei der Rekrutierung von Patienten für solche Angebote sollte man besonders darauf achten auch männliche Patienten < 65 Jahren zu motivieren.

4.1.4 Ernährung und Genussmittel

Dass Ernährung ein wichtiges und eigentlich klinisch noch nicht ausreichend beachtetes Thema ist, konnten zahlreiche Forschungsarbeiten zeigen. In der Literatur wird geschätzt, dass etwa ein Drittel bis die Hälfte aller Krebspatienten gefährdet sind im Hinblick auf Unterernährung und hierbei insbesondere ältere Patienten nach

Chemotherapie betroffen sind [102, 103]. Unterernährung ist mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko, einem schlechteren Therapieansprechen und einer niedrigeren Lebensqualität behaftet [104-106].

Nicht nur die Gefahr von Unterernährung unterstreicht die Relevanz dieses Bereiches, allgemein kommt einer gesunden Ernährung eine präventive Bedeutung zu. Beispielsweise geht fast jeder zweite Krebstod auf vermeidbare Risiken zurück [107]. Besonders die Einhaltung einer Mediterranen Diät zeigte protektive Effekte in der Vergangenheit [53].

In diesem Lebensstilbereich schienen Patienten besonders motiviert und auch informiert zu sein. Etwa 95 % stimmten zu, dass sich Ernährung auf Gesundheit auswirken könne. Entsprechend achteten zum Zeitpunkt der Befragung schon 72,1 % seit über 6 Monaten auf eine (subjektiv eingeschätzt) gesunde Ernährung; 12,3 % taten dies seit weniger als einem halben Jahr und nur 6,9 % betrachteten ihre Ernährung als irrelevant, ohne Intention das Verhalten zu optimieren oder zu ändern.

Ein Fünftel plante unter 20 Minuten für eine Mahlzeit ein und aß laut eigenen Angaben „nicht bewusst“. Lediglich 2,5 % der Befragten setzten Genussmittel als Mahlzeitenersatz ein und 80 % deckten ihren täglichen Flüssigkeitsbedarf. Ein aktiver Drogenkonsum beschränkte sich in der Regel auf den Einsatz von Nikotinprodukten.

Es zeigte sich, dass Männer viermal seltener motiviert waren, mit gesunder Ernährung zu beginnen. Diese Ergebnisse passen zu den Ergebnissen der Global Burden Of Disease Study oder auch der OECD Gesundheitsstatistik [108]. Männer bildeten z.B. beim Gemüseverzehr das europäische Schlusslicht [109].

Palliative Patienten ernährten sich zum Zeitpunkt der Erhebung häufiger seit längerer Zeit gesund, während kurative Patienten häufiger hiermit kürzlich begonnen hatten. In der Literatur finden sich hierzu keine vergleichbaren Referenzen und die Ernährungsstudien fokussieren insbesondere auf Interventionen wie parenterale versus enterale Ernährung, aber nicht auf das Thema gesunde Ernährung und Inanspruchnahme. Da palliative Patienten in der Regel schon länger in Behandlung waren, standen ihnen möglicherweise mehr Informationen und Zugang zu dem Thema

zur Verfügung. Dies könnte das unterschiedliche Antwortverhalten von kurativen Patienten erklären.

Im Vergleich der Entitäten gaben Patienten der Hämatonkologie öfter an, sich achtsam und ohne Ablenkung zu ernähren. In der Literatur finden sich hierzu keine Vorarbeiten, so dass diese Beobachtung in der Relevanz und hinsichtlich zu Grunde liegender potentieller Ursachen unklar bleibt.

Insgesamt zeigen diese Ergebnisse, dass gesunde und ausreichende Ernährung für Patienten ein bedeutungsvolles Thema zu sein scheint, mit dem sich viele in der Vergangenheit offensichtlich auseinandergesetzt hatten. Da es sich hierbei um rein subjektive Einschätzungen handelt, ist nicht eruierbar, inwiefern sich Patienten überhaupt bewusst darüber waren, ob die eigene Ernährung wirklich einer gesunden Ernährung (entsprechend der vorhandenen Evidenz) entspricht. Außerdem ist eine Beantwortung nach dem Prinzip der sozialen Erwünschtheit nicht auszuschließen.

Insgesamt findet sich in diesem Bereich auf Grund des großen Interesses unserer Einschätzung nach ein Bedarf für erweiterte Schulungsangebote. Insbesondere im Hinblick auf Prävention von Komorbiditäten und der Gefahr von Mangelernährung (sowohl bezüglich Makro- und Mikronährstoffversorgung), aber auch zum Erhalt der Lebensqualität bleibt gesunde Ernährung ein bedeutungsvoller Teilbereich. Hervorzuheben sind vor allem individuelle Angebote zur Ernährungsberatung, da die Patienten komplexen Grunderkrankungen und Therapien ausgesetzt sind. Dies ist auch deshalb wichtig, da Patienten auch häufig mit nicht sinnvollen Ernährungsempfehlungen, wie z.B. Krebsdiäten in den Medien konfrontiert werden. Entsprechend der Empfehlungen der S3-Leitlinie Klinische Ernährung in der Onkologie, die von „Krebsdiäten“ abrät [110], sollten Schulungsprogramme gerade auf Grund des sehr hohen Interesses an Ernährung auch über dieses Thema aufklären und informieren.

Besonders bei männlichen Patienten könnte es sinnvoll sein, im Beratungsgespräch andere Schwerpunkte zu setzen. Es sollte zunächst ein Bewusstsein über negative

Folgen von Mangel- oder ungesunder Ernährung geschaffen werden, um so eine Grundlage für Bereitschaft zur Veränderung zu schaffen. Die Implementierung regelmäßiger Screenings auf Mangelernährung könnte hierzu wesentlich beitragen.

4.1.5 Bewegung

Unter Krebspatienten scheint ein großes Interesse an körperlicher Aktivität zu bestehen, wobei die Zahlen wie viele Krebspatienten während oder nach der Therapie körperlich aktiv sind, erheblich schwanken [111, 112]. Während bisherige Studien eine ausreichende körperliche Aktivität bei circa 10 % der Krebspatienten bzw. bis zu 30 % nach Abschluss der Therapie aufzeigten, gaben in unserer Studie 71,9 % an, seit mehr als sechs Monaten für 30 min an vier Tagen pro Woche in Bewegung zu sein [113, 114]. Bewegung war für fast 90 % im Alltag integriert, etwa 70 % trieben jedoch keinen Sport im eigentlichen Sinn und 7,4 % bewegten sich nicht regelmäßig und beabsichtigten auch nicht, ihr Verhalten zu ändern.

In der statistischen Auswertung fiel auf, dass körperliche Aktivität, Energielevel und Patientenalter signifikant zusammenhingen. Je jünger die Patienten waren, desto häufiger gaben sie an, Bewegung fest im Alltag integriert zu haben. Patienten mit niedrigem Energieniveau führten seltener Sport aus und waren vielfach unmotiviert mit Bewegung zu beginnen. Sie und knapp die Hälfte der Krebspatienten insgesamt gaben an, sich auf Grund ihrer Krebserkrankung stark eingeschränkt zu fühlen. Dieses Erkenntnis stimmt mit den Daten von Blanchard et al. überein, dass Krebspatienten eine sportliche Betätigung nach ihrer Diagnose eher einstellen [115].

Patienten der Hämatonkologie gaben besonders oft an, regelmäßig Sport zu treiben.

Im Hinblick auf Limitationen ist Folgendes festzuhalten: Auch in diesem Bereich handelt es sich wieder um subjektive Selbstauskünfte und die Angaben lassen sich nicht ausreichend überprüfen. Neben der möglichen Beantwortung nach sozialer Erwünschtheit, zeigte die Auswertung von Freitextangaben, dass die Durchführung von Sport sehr weitreichend ausgelegt wurde und teilweise auch Aktivitäten wie „Gartenarbeit“ angegeben wurden. Das hohe Grundlevel an Aktivität weist darauf hin, dass die aktuell angebotenen Programme bereits gut angenommen wurden. Die

auffallenden Altersunterschiede weisen Limitationen auf, da die Gruppe der 25-39-jährigen Patienten sehr klein war und daher die Ergebnisse in ihrer Aussagekraft begrenzt sind.

Der World Cancer Research Fund und die aktuelle S3-Leitlinie empfehlen sowohl während der Therapie (Behandlung von Fatigue, Verbesserung der Lebensqualität) als auch zur Krebsprävention Bewegung und Sport mit Nachdruck[14].

Erklärungsansätze für den positiven Effekt von Sport sind Gegenstand aktueller Forschung. Einen neuen Ansatz zeigte eine Studie unter Beteiligung der Universität Leipzig. Diese Untersuchung legt nahe, dass regelmäßiges Ausdauertraining zur Verlängerung von Telomeren auf molekularer Ebene führe. So wird derzeit diskutiert, dass Sport auch den biologischen Alterungsprozess positiv beeinflussen könnte [39]. Diese wichtigen Effekte sollten Patienten in Beratungsangeboten und Schulungsprogrammen erklärt und die bereits vorhandene Bereitschaft zu Bewegung genutzt werden, um die Empfehlungen noch besser umsetzen zu können.

Als mögliche Risikogruppe für Fatigue sollte man versuchen, insbesondere Patienten mit subjektiv bereits wenig Energie und Patienten über 65 Jahren künftig besser einzubinden [116]. Hierbei sollte ein Bewusstsein gefördert werden, dass trotz Erkrankung oder Abgeschlagenheit oder gerade deswegen körperliche Inaktivität vermieden werden sollte. Ein Bewegungs- und Sportprogramm sollte entsprechend mit Übungen aus Ausdauer-, Kraft-, Koordinations- oder Beweglichkeitstraining für 75 min pro Woche in anstrengender Intensität oder 150 min pro Woche in moderater Intensität ausführt werden[14]. Die American Cancer Society empfiehlt, verschiedene Übungen zu kombinieren, langsam zu starten, aber auch, dass Trainingsprogramme einfach sein und Spaß machen sollten [117]. In Befragungen zur bevorzugten Trainingsumgebung zeigten sich die Kriterien Training im Team mit anderen Patienten und Training an der frischen Luft als besonders populär. Im Sommer wünschten sich Patienten häufig Walken, Schwimmen und Fahrradtraining [113].

4.1.6 Naturheilkundliche Selbsthilfestrategien

Für 47,6 % der Patienten kam es nicht in Frage, naturheilkundliche Selbsthilfestrategien aktuell oder in Zukunft anzuwenden. Nur etwa 23,8 % führten solche Strategien zum Zeitpunkt der Befragung bereits länger („über 6 Monate“) durch und 23,4 % waren motiviert, ihr Verhalten kurzfristig („30 Tage“ - 8,4 %) oder auf lange Sicht („in 6 Monaten“- 15 %) zu ändern.

Eine Metaanalyse mit insgesamt ca. 800000 Patienten geht davon aus, dass Krebspatienten derzeit zu 22 % naturheilkundliche Hausmittel nutzen [118]. Eine 2011 durchgeführte größere Studie kam auf ca. 20% % [119]. Die bei uns vorliegenden Zahlen bewegen sich damit in einem vergleichbaren Rahmen.

Die über 65-Jährigen hatten am wenigsten Interesse an naturheilkundlichen Hausmitteln, während die 40-65-Jährigen diese besonders oft einsetzten. Die 25-39-Jährigen zeigten sich sehr motiviert, in der nächsten Zeit zu beginnen.

Im Vergleich zu Patienten der Dermatologie, die diesen Verfahren auffallend ablehnend gegenüberstanden, zeigten sich gynäkologische Patientinnen besonders motiviert, naturheilkundliche Methoden zu integrieren.

Dass jüngere Patienten sich motivierter gezeigt hatten naturheilkundliche Verfahren auszuführen oder zu erlernen, konnte auch in anderen Erhebungen bereits nachvollzogen werden [120]. Etwas überraschend ist daher, dass die 40-65-jährigen Patienten die höchste Nutzung im Vergleich zu anderen Altersstufen angegeben hatten. Dies könnte die oben bereits geäußerte These unterstützen, dass die 40-65-Jährigen unter der höchsten subjektiven Belastung leiden: Der Leidensdruck könnte sich in der hohen Inanspruchnahme von Naturheilverfahren widerspiegeln. Als Limitation ist zu nennen, dass die Vergleichsgruppe der 25-39-Jährigen sehr klein war und ihre Aussagekraft vermutlich begrenzt ist.

Frauen stehen Naturheilverfahren aufgeschlossener gegenüber, weshalb die größere Motivation gynäkologischer Patientinnen naturheilkundliche Methoden zu integrieren, vermutlich auf geschlechtsspezifische Unterschiede zurückzuführen ist [119]. Im Vergleich zu den überwiegend männlichen Patienten der Dermatologie, die zudem auch

ein höheres Durchschnittsalter aufwiesen, wäre deren Ablehnung ebenfalls hierdurch zu erklären.

Auch in diesem Bereich besteht in Zusammenschau der Ergebnisse ein Bedarf nach weiteren Schulungsangeboten, um mehr Patienten über naturheilkundliche, unterstützende Therapieoptionen zu informieren und dahingehend zu motivieren. Da offensichtlich ein Drittel der Patienten bereits auf naturheilkundliche Hausmittel zurückgreift, sollte man diese unterstützen die richtigen Verfahren zu wählen. Nicht nur um Arzneimittelinteraktionen mit Chemotherapeutika o.ä. zu verhindern, sondern auch, weil nicht alle Verfahren gefahrlos eingesetzt werden können. Abgeraten wird beispielsweise von Aloe-Vera-Kuren zur Prävention von Strahlendermatitis oder Einsatz von Isoflavonen im Rahmen der Menopause.

Hausmittel bzw. Verfahren, die Patienten ohne ärztliche Verordnung einsetzen und die auch in Schulungen unter Berücksichtigung von Nutzen und Risiken besprochen werden könnten und in der aktuellen S3 Leitlinie Komplementärmedizin evaluiert wurden, wären zum Beispiel:

- Ginseng: zur Verbesserung von Fatigue (Empfehlungsgrad 0)
- Ingwer: zusätzlich bei Zytostatika-induzierter Übelkeit/ Erbrechen (Empfehlungsgrad 0)
- Selen: Diarrhö bei Beckenbestrahlung im Rahmen von Gebärmutter- oder Gebärmutterhalskrebs (Empfehlungsgrad 0)

[14].

4.1.7 Gedanken- Gefühle- Einstellungen

Psychische Belastung und Stress stellen keine Seltenheit unter onkologischen Patienten dar. Untersuchungen zufolge sind 35-43 % aller Krebspatienten betroffen [92].

Dennoch stimmten in unserer Studie erfreulicherweise fast alle erkrankten Patienten zu, dass es neben Krankheit im Leben Dinge gäbe, für die sie dankbar seien. Jeweils knapp die Hälfte stimmte zwar zu, viel über Krankheit nachzudenken, aber auch, dass Krankheit auch Gutes bewirkt habe. Die häufigste Zustimmung erfuhr die Aussage „Trauer und Schmerz gehören im Leben dazu, es folgen auch schöne Zeiten“ (60 %). 57 % gaben Zufriedenheit mit ihrem Leben an. Etwa ein Drittel hatte den Eindruck,

perfekt funktionieren zu müssen und 16 % empfanden ihr Leben als ungerecht. Nur 9 % berichteten, dass Arbeit immer an ihnen hängen bleibe.

Linden et al. konnten belegen, dass krebserkrankte Frauen bis zu drei Mal häufiger von Depression und Ängsten betroffen sind und dass jüngere Patienten häufiger unter Ängsten und Depressionen litten [121]. In der gesunden Normalbevölkerung existieren Hinweise auf ähnliche Tendenzen [122, 123].

Auch in unserer Erhebung stimmten Frauen pessimistischen Aussagen häufiger zu. Sie dachten öfter über Krankheit nach, berichteten zwölfmal häufiger, dass Arbeit an ihnen hängen bleibe und gaben doppelt so häufig an, Ungerechtigkeit in ihrem Leben zu erfahren. Dennoch wurde auch die Aussage „Trauer und Schmerz gehören zum Leben dazu, es folgen immer wieder schöne Zeiten“ etwas häufiger von Frauen ausgewählt.

Wir konnten zudem einen Zusammenhang mit dem Alter der Patienten feststellen. Jüngere Patienten (<65 Jahre) scheinen einem höheren Leidensdruck ausgesetzt zu sein, so stimmten die 25-39 und 40-65-Jährigen häufiger der Aussage zu, dass Arbeit an ihnen hängen bleibe und die 40-65-Jährigen gaben am seltensten an, zufrieden mit ihrem Leben zu sein. Demgemäß meldeten die über 65-Jährigen weniger Unzufriedenheit zurück und es steht zur Diskussion, ob diese Gruppe die höchsten emotionalen Ressourcen aufweist. Die Tatsache, dass gerade die 40-65-Jährigen die unzufriedenste Gruppe darstellten, könnte auf die bereits geäußerte These zurückzuführen sein, dass diese Gruppe durch Erwerbstätigkeit, familiäre Verpflichtungen und Krankheit der höchsten psychischen Belastung ausgesetzt war.

Die Unterschiede zwischen den Entitäten lassen sich, wie oben erläutert, im Fall von Dermatologie und Gynäkologie vermutlich auf jeweilige Alters- und Geschlechtsvariablen zurückführen.

Es überraschte, dass hämatoonkologische Patienten weniger und gastroenterologische Patienten häufiger viel und oft über Krankheit nachdachten. Dies widerspricht den Ergebnissen von *Linden et al.*, der in Bezug auf Depression und Ängsten bei diesen beiden Gruppen eine gegenteilige Tendenz festgestellt hatte. Ein Erklärungsansatz könnte sein, dass viele Patienten der Hämatoonkologie an einem Multiplem Myelom

erkrankt waren. Diese wurden an unserem Zentrum im Rahmen von Studien behandelt, so dass vermehrte Kontakte zum Behandler team bestanden haben könnten.

Eine Limitation stellt die Art der Fragestellung in diesem Kapitel dar: Die fünf optimistischen und pessimistischen Aussagen, die präsentiert wurden, konnten bei Zustimmung ausgewählt und bei Ablehnung übersprungen werden. Es ist also unklar, welche Rolle Enthaltungen in diesem Abschnitt gespielt haben könnten, da man sie nicht von Ablehnung unterscheiden kann.

Die Einordnung der Ergebnisse aus diesem Bereich (und auch aus dem Bereich Stress) in die Literatur sind insofern mit Vorsicht zu betrachten, da die Zustimmung zu pessimistischen oder optimistischen Gedanken zwar ein Stimmungsbild abgibt, aber streng genommen hiervon nicht auf psychische Komorbiditäten wie eine Angststörung oder Depression geschlossen werden kann. Es ist ferner möglich, dass je nach aktueller individueller Situation die Ergebnisse auch kurzfristig schwanken und nicht das Gesamtbild über die Zeit widerspiegeln. In zukünftigen Befragungsbögen könnte man auch hier vermehrt auf standardisierte Tests, welche die Situation objektiver einschätzen, zurückgreifen und diese ggf. auch wiederholt im longitudinalen Verlauf einsetzen.

Es ist erneut zu erwähnen, dass die Gruppe der 25-39-jährigen Patienten nur wenig Patienten aufwies (n=9). Ihre Aussagekraft ist vermutlich eingeschränkt und bedarf weiterer Untersuchungen.

Zusammenfassend sollten unserer Einschätzung nach in neuen tagesklinischen Angeboten besonders Frauen und jüngere Patienten (< 65 Jahre) individuelle Unterstützungsangebote erhalten, die auf Krankheitsbewältigung, Umgang mit negativen Gedanken, aber auch auf mögliche Unterstützungsoptionen für diese sehr belastet Gruppe fokussieren. Die Tatsache, dass ein Mehrbedarf nach Angeboten rund um das Thema psychische Belastung und Stress existiert, wird auch hier wieder deutlich. MBSR, Meditation, Tai Chi/ Qigong oder Yoga würden sich eignen und werden von der aktuellen S3-Leitlinie Komplementärmedizin mit der Empfehlungsstärke „kann“ zur Therapie von Depressivität und Angst/ Ängstlichkeit sogar empfohlen. Die auffallend hohe Mehrbelastung hinsichtlich der täglichen

Aufgaben (Frauen gaben 12x mehr an „alles bleibt an mir hängen“), zeigt deutlich den Bedarf für die Besprechung sozialer Aspekte auf.

Um Lebensqualität zu erhalten und Unzufriedenheit insbesondere in der Gruppe der 40-65-Jährigen entgegenzuwirken, könnte man auch Sportprogramme miteinbeziehen, die bereits unter dem Punkt „Bewegung“ aufgegriffen wurden und einen hohen Evidenzgrad aufweisen.

4.1.8 Soziales Netz und Arbeit

Die überwiegende Mehrheit (>90 %) war gut in einem belastbaren sozialen Netz aus Freunden und Familie eingebunden. Hämatonkologische Patienten gaben öfter an, dass Arbeit und häusliche Aufgaben ihnen Freude bereiten würde, während dermatologische Patienten dies häufiger ablehnten.

Die genauen Zahlen, wie viele Krebspatienten soziale Unterstützung erhalten, sind Gegenstand aktueller Forschung. Abhängig von der Entität und Art der Erhebung schwanken sie erheblich. Unter Brustkrebspatientinnen wurde die Prävalenz von mangelnder sozialer Unterstützung auf rund 20 % geschätzt [124, 125]. Dies würde zu der oben auffallend häufigen Rückmeldung weiblicher Patientinnen in unserer Studie passen, die trotz des bestätigten vorhandenen sozialen Netzes sehr deutlich rückmeldeten, sich mit ihren Arbeiten und Aufgaben überlastet zu fühlen.

Unter gastroenterologischen Patienten konnte gezeigt werden, dass insbesondere verheiratete Patienten in bis zu 95 % ausreichend soziale Unterstützung erhalten hatten [126]. Die bei uns befragten Patienten erfreuten sich folglich eines besonders starken sozialen Rückhalts.

Wie oben bereits erläutert, kommt dem sozialen Netz von onkologischen Patienten eine wichtige Bedeutung zu, sowohl als Ressource für eine intensive Therapie als auch zur Erhaltung der Lebensqualität [127, 128]. Es steht zur Diskussion, ob mangelnde soziale Unterstützung die Mortalität erhöhen und Einfluss auf Progress der Grunderkrankung haben könnte [67, 128].

Gerade weil die Unterstützung durch Angehörige erfreulicherweise sehr ausgeprägt war, sollte man sich bemühen, diese Ressource auch auf Dauer zu erhalten. Untersuchungen haben den naheliegenden Punkt belegt, dass die Unterstützung eines schwer erkrankten

Partners auf Dauer anstrengend, belastend und im Extremfall sogar zur Entstehung von psychischen Erkrankungen führen kann [127, 129-131]. Hier könnten neue Programme ansetzen und Angehörige entlasten, indem Erkrankte stärker durch ein tagesklinisches Programm eingebunden würden. Gleichzeitig ist es sinnvoll, Angehörige zu unterstützen z.B. in Form von Selbsthilfegruppen. Informationsaustausch und niederschwellige Unterstützung bei Problemen könnte langfristig helfen, Angehörige zu entlasten und soziale Bindungen zu stärken.

4.1.9 Erfolgserlebnisse im Hinblick auf Lebensstiländerung

Fast zwei Drittel der Patienten hatten bereits selbst erfolgreich eine Lebensstiländerung durchgeführt, die für einen langen Zeitraum beibehalten werden konnte. Ein Drittel der Patienten jedoch war schnell wieder bei alten Gewohnheiten gelandet.

Vergleichbare Zahlen liefern die Zwischenergebnisse der COLON-STUDY aus den Niederlanden. Unter 2000 Patienten, die an kolorektalen Karzinomen erkrankt waren, wurde die Umsetzung von Ernährungsempfehlungen beobachtet. Die Studie kam zu dem Schluss, dass 70 % mindestens eine Empfehlung zu Lebensstiländerungen eigenständig umgesetzt hatten [132].

In der Gruppe von Patienten, die Veränderungen über einen langen Zeitraum beibehalten konnten, befanden sich signifikant mehr hämatonkologische Patienten, die sich auch in anderen Lebensbereichen als besonders gesundheitsbewusst erwiesen hatten.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass Patienten, die erfolgreich ihren Lebensstil ändern konnten, öfter positiven Gedankengängen zustimmten. Entsprechend stimmten Patienten, die ihren Lebensstil nicht ändern konnten, auch öfter pessimistischen Haltungen zu.

In unserer Kohorte schien die Fähigkeit, seinen Lebensstil erfolgreich zu ändern, mit einer positiven emotionalen Grundstimmung zu korrelieren. Dieses Phänomen ist bekannt und mit den Begriffen der Selbstwirksamkeit und Ergebniserwartung beschrieben: Ist ein Individuum überzeugt, über die notwendigen Voraussetzungen zu verfügen, um zu einem guten Ergebnis zu kommen, tritt dies auch eher ein [71, 133,

134]. Es existieren erste Ansätze dieses Konzept in der klinischen Therapie einzusetzen, auch in der begleitenden Krebstherapie könnte man dies erwägen [135].

Der Glaube an sich selbst und an ein gutes Ergebnis reicht nicht immer aus. Einen neuen Ansatz zur Unterstützung von Patienten, die selbst nicht in der Lage sind, überdauernd Veränderungen beizubehalten, haben *Kwasnicka et al.* erstellt: Hierfür wurden aus etwa 100 gängigen Theorien zu Verhaltensänderungen fünf miteinander verbundene kontinuierliche Kriterien für eine nachhaltige Verhaltensänderung identifiziert. Diese bestanden aus [136]:

- Motivationslage: Mindestens ein überdauernder Grund für Verhaltensänderung und die Überzeugung, dass Änderung mit Identität übereinstimmt.
- Selbstregulation: Fähigkeit, mit geeigneten Strategien erfolgreich Hindernisse zu überwinden.
- Ressourcen: Aktivierung von zahlreichen psychischen und physischen Hilfsmitteln.
- Gewohnheit: Automatische Verstärkung des neuen Verhaltens.
- Umwelt und soziale Einflüsse: Ein positives Umfeld, dass bei Lebensstiländerung unterstützt und verstärkt.

Patienten, die Gewohnheiten langfristig nicht ändern konnten, haben in unserer Studie öfter negativen Gedanken zugestimmt. Die hier gefundenen Zusammenhänge zu Stress und subjektiv erhöhter Arbeitsbelastung könnten darauf hinweisen, dass Patienten in der Aktivierung von Ressourcen unterstützt werden müssen. Zusätzlich weist die Tatsache, dass Patienten häufiger den Eindruck hatten, perfekt funktionieren zu müssen, auf ein Verbesserungspotential im Bereich Selbstregulation hin: Mit der Festlegung geeigneter Ziele, die nicht überfordern, konnten gute Erfahrungen gemacht werden [69].

Limitierend sollte man sich bei der Interpretation der Ergebnisse bewusst machen, dass die Angaben der Patienten nicht überprüft werden können. Auch ist unklar, unter welchen Umständen die Lebensstiländerungen herbeigeführt worden sind und ob Patienten vielleicht auf eine supervidierte Verhaltensänderung zurückgegriffen haben.

Zusammenfassend macht es daher Sinn, Patienten bei der Verhaltensänderung in Form eines tagesklinischen Programmes nach den oben dargelegten Kriterien zu unterstützen. Es ist insbesondere wichtig, Patienten zu erklären, dass es manchmal helfen kann, eine nachhaltige Veränderung z.B. der Ernährung durch Entspannungsverfahren zu erleichtern. Denn neben der Motivationslage und den Ressourcen konnten auch Fähigkeiten zur Selbstregulation und eine positive Grundstimmung als unterstützende Faktoren identifiziert werden.

4.2 Kritische Betrachtung

Zu den Stärken der durchgeführten Erhebung zählt die ausgewogene Stichprobe mit gleichmäßiger Geschlechterausprägung. Durch die Stichprobengröße von 294 Patienten ist man in der Lage, für viele Fragestellungen fundierte Rückschlüsse zu ziehen. Die Arbeit wird der vielfach geäußerten Forderung gerecht, mehr Untersuchungen auf dem Gebiet der integrativen Onkologie durchzuführen: Gerade in deutschen ambulanten Therapiezentren mangelt es an Bedarfsanalysen.

Die in diesem Patientenkollektiv vorhandene Häufigkeitsverteilung der Entitäten, insbesondere die Häufung des Multiplen Myeloms und des Pankreaskarzinoms lässt sich durch den Behandlungs- und Forschungsschwerpunkt der Medizinischen Klinik und Poliklinik II erklären. Ursprünglich war es das Ziel eine vergleichbare Anzahl von Patienten aus den häufigsten Krankheitsentitäten zu befragen. Leider konnten durch die Covid-19 Pandemie Befragungen nicht wie geplant stattfinden. Daher sind einige Entitäten, wie insbesondere gynäkologische Patientinnen, unterrepräsentiert.

In einigen Punkten weist der Fragebogen Verbesserungspotential auf. Es handelt sich um eine detaillierte Abfrage über insgesamt acht Seiten, zuzüglich vierseitiger Patienteninformationen und Aufklärung. In der Praxis brachen einige Patienten das Ausfüllen des Bogens ab und erklärten, dass es ihnen ein zu hoher zeitlicher Aufwand sei. Insgesamt kostete die Ausarbeitung des Bogens die Patienten etwa 15-20 Minuten und inkludierte dabei durchaus anspruchsvolle oder auch private Fragen. Der Bearbeitungsaufwand könnte dazu geführt haben, dass sich eher aufgeschlossene Patienten dazu bereit erklärten, den Bogen zu bearbeiten. Dies könnte zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben. Es wäre denkbar, dass Patienten mit Vorbehalten und mangelndem Gesundheitsbewusstsein nicht durch diese Art der freiwilligen Befragung erreicht werden konnten. Wie schon mehrfach erwähnt ist unklar, wie hoch der Anteil der Patienten ist, die Fragen nach dem Prinzip der sozialen Erwünschtheit beantwortet haben, insbesondere wenn der Bogen zusammen mit den Patienten erarbeitet wurde.

In gemeinsamen Ausarbeitungen berichteten Patienten gelegentlich über Schwierigkeiten, ihre Gewohnheiten in den teils dichotom gestellten Fragen wiederzugeben. Um Abstufungen besser zu erfassen, sollten in zukünftigen Erhebungen vermehrt Skalensysteme (wie beim Energieniveau) zum Einsatz kommen. Es wäre auch wichtig zu erfassen, inwiefern Patienten bereits von unterstützenden Angeboten direkt an der Universität Würzburg (z.B. im Rahmen einer Ernährungsberatung) oder von anderen Anbietern profitiert haben.

Die Nutzung von etablierten Messinstrumenten wäre in einer Folgerhebung hilfreich: Mit Systemen wie dem Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) im Bereich Schlaf oder dem Nutrition Risk Screening (NRS) im Bereich Ernährung wären Ergebnisse verlässlicher zu vergleichen und besser auf andere Therapiezentren zu übertragen.

Bei der Abfrage der Patientencharakteristika könnten künftig mehr sozioökonomische Faktoren erfasst werden. Bei der Auswertung der Daten fiel auf, dass viele Patienten in das Feld Beruf nur „Rente“ eingetragen hatten. Auf Basis dieser Angabe konnte leider nicht auf Bildungsstand und andere assoziierte Faktoren geschlossen werden. Für Untersuchungen im Bereich soziales Netz würde eine Folgerhebung davon profitieren, auch den Beziehungsstatus und/oder Familienstand anzufragen.

4.3 Schlussfolgerungen

In allen untersuchten Bereichen ließ sich ein erhöhter Bedarf an Angeboten und Beratung feststellen.

Obwohl in manchen Bereichen bereits ein hohes Interesse und Problembewusstsein nachzuweisen war (insb. Ernährung und Bewegung), führten viele Patienten trotzdem keine gesundheitsfördernden Maßnahmen durch. Etwa ein Drittel der Patienten gab an, aus eigener Kraft gar nicht in der Lage zu sein, überdauernde Lebensstiländerungen herbeizuführen.

Insbesondere Patienten mit niedrigem Energieniveau, Schlafproblemen und einem erhöhten Belastungsniveau zeigten ein hohes Verbesserungspotential. Es konnte dargelegt werden, dass diese Probleme untereinander zusammenhingen und sich möglicherweise sogar gegenseitig bedingten. Derart belastete Patienten identifizierten sich signifikant häufiger mit negativen Gedanken und lehnten die Ausführung von gesundheitsförderndem Verhalten vermehrt ab (z.B. im Bereich Bewegung). Damit einhergehend konnte nachgewiesen werden, dass Patienten häufiger negative Einstellungen äußerten, wenn sie nicht in der Lage waren, selbst ihren Lebensstil langfristig anzupassen.

Insbesondere die 40-65-Jährigen zeigten sich von dieser geschilderten Negativspirale betroffen: Diese waren nachweislich am häufigsten unzufrieden und dem höchsten subjektiven Belastungsniveau ausgesetzt. Ihr erhöhter Leidensdruck spiegelte sich in vermehrter Nutzung von Angeboten in einigen Lebensbereichen wider. Dass junge Patienten öfter von psychischem Stress belastet sind als Ältere, ist zwar bekannt, doch dass gerade die „mittelalten“ 40-65-Jährigen betroffen waren, war überraschend. Es bleibt zu untersuchen, ob diese eventuell eine bisher übersehene Zielgruppe darstellen: Es wäre denkbar, dass 40-65-Jährige auf Grund von Erwerbstätigkeit, ggf. familiären Verpflichtungen und begleitenden Grunderkrankungen tatsächlich einer hohen Mehrfachbelastung ausgesetzt sind. Nur wenige Studien haben bisher diese spezielle Altersgruppe untersucht, weitere Erhebungen in diese Richtung sind daher wünschenswert.

Es bestätigten sich bekannte geschlechtsbezogene Unterschiede: Frauen hatten ein größeres Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten als Männer, meldeten allerdings auch öfter pessimistische Aussagen und Stressbelastung zurück. Daher ist nicht abschließend geklärt, ob eine erhöhte Nachfrage einen verstärkten Leidensdruck oder eher eine erhöhte Gesundheitskompetenz widerspiegelt.

Zusammenfassend arbeitet diese Studie heraus, dass durchaus ein nennenswerter Bedarf an komplementärmedizinischen Begleittherapien in den untersuchten onkologischen Bereichen besteht. Dies bezieht sich auf konkrete Angebote und Programme, aber auch auf die grundlegende Information und Beratung der Patienten über therapiebegleitende Konzepte, angepasst an die individuelle Situation und Vorkenntnisse. Gemäß den Empfehlungen der Leitlinie würden sich hinsichtlich der hier dargestellten Ergebnisse folgende Programme eignen: Tai Chi/ Qigong, MBSR, Yoga, Sportprogramme, individuelle Begleitung in den Bereichen Ernährung, naturheilkundliche Hausmittel und allgemeine Lebensstiländerung sowie auch Selbsthilfeprogramme für Angehörige.

Auf Grund der Tatsache, dass das Ganze also mehr als die Summe der Teile zu sein scheint, macht es unserer Einschätzung nach Sinn Ernährung, Bewegung, Entspannung und naturheilkundliche Selbsthilfestrategien nicht getrennt zu betrachten, sondern für bestmögliche und nachhaltige Effekte zu kombinieren, was sich in anderen Zentren in Form eines tagesklinischen Konzeptes sehr bewährt hat. Die Arbeitshypothese/ Fragestellung ist damit auch für den Standort Würzburg bestätigt. Die Schaffung eines integrativonkologischen tagesklinischen Programmes ist sehr wünschenswert.

5 Zusammenfassung

Hintergrund

Komplementärmedizinische Angebote in der Onkologie erleben eine hohe Nachfrage. Diese Studie sollte klären, ob bei Patienten ein Mehrbedarf an ganzheitlichen, tagesklinischen Angeboten besteht. Im Rahmen dieser Fragebogen-basierten Analyse sollten Zielgruppen identifiziert werden, die besonders hiervon profitieren könnten.

Methode

Mithilfe eines Fragebogens wurden zwischen 08/2019 und 10/2020 294 ambulant behandelte onkologische Patienten des Comprehensive Cancer Centers Mainfranken an der Universitätsklinik Würzburg befragt. Der Fragebogen ist angelehnt an das etablierte Curriculum Mind-Body-Medizin der Kliniken Essen-Mitte und umfasst zehn Untergruppen. Statistisch signifikante Zusammenhänge wurden durch Anwendung des Chi-Quadrat Tests ermittelt.

Ergebnisse:

In allen untersuchten Lebensbereichen fanden sich Hinweise auf einen Mehrbedarf an komplementärmedizinischen Angeboten. Ein Drittel der Patienten gab an, aus eigener Kraft keine überdauernden Lebensstiländerungen herbeiführen zu können. Das höchste Gesundheitsbewusstsein zeigte sich in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Entspannung. Trotzdem führte ein Großteil der Befragten empfohlene Maßnahmen nicht durch.

Insbesondere die Bereiche Schlaf, Energielevel und psychische Belastung wiesen das größte Verbesserungspotential auf. Defizite in diesen Bereichen beeinflussten sich gegenseitig und konnten mit Unzufriedenheit und negativen Gedanken sowie geringer Veränderungsmotivation in Verbindung gebracht werden. Besonders betroffen waren erwerbstätige Patienten im Alter zwischen 40-65 Jahren. Frauen zeigten sich deutlich motivierter als Männer komplementärmedizinische Angebote zu nutzen.

Schlussfolgerungen:

Gemäß unseren Ergebnissen und evidenzbasierten Empfehlungen der S3-Leitlinie Komplementärmedizin ergibt sich ein Mehrbedarf nach folgenden Angeboten:

Supervidierte Sportprogramme, MBSR, Tai Chi/ Qigong, individuelle Ernährungsberatung und Selbsthilfegruppen für Angehörige. Durch Vermittlung von Gesundheitsbewusstsein sollten insbesondere Patientengruppen motiviert werden, die aus eigener Kraft ihre Situation nicht verbessern können. Um den Erfolg von gesundheitsfördernden Lebensstiländerungen überdauernd zu sichern, ist weitere Unterstützung nötig.

6. Literaturverzeichnis

1. Linde, K., et al., *Die Verwendung von Naturheilverfahren, komplementären und alternativen Therapien in Deutschland - eine systematische Übersicht bundesweiter Erhebungen*. Complementary Medicine Research, 2014. **21**(2): p. 111-118.
2. Horneber, M., et al., *How Many Cancer Patients Use Complementary and Alternative Medicine: A Systematic Review and Metaanalysis*. Integrative Cancer Therapies, 2012. **11**(3): p. 187-203.
3. Huebner, J., et al., *User rate of complementary and alternative medicine (CAM) of patients visiting a counseling facility for CAM of a German comprehensive cancer center*. Anticancer Res, 2014. **34**(2): p. 943-8.
4. Oskay-Ozcelik, G., et al., *Breast cancer patients' expectations in respect of the physician-patient relationship and treatment management results of a survey of 617 patients*. Ann Oncol, 2007. **18**(3): p. 479-84.
5. Davidson, R., et al., *Psychological characteristics of cancer patients who use complementary therapies*. Psychooncology, 2005. **14**(3): p. 187-95.
6. Evans, M.A., et al., *Men with cancer: is their use of complementary and alternative medicine a response to needs unmet by conventional care?* Eur J Cancer Care (Engl), 2007. **16**(6): p. 517-25.
7. Boon, H., et al., *Men with prostate cancer: making decisions about complementary/alternative medicine*. Med Decis Making, 2003. **23**(6): p. 471-9.
8. Klafke, N., et al., *Australian men with cancer practice complementary therapies (CTs) as a coping strategy*. Psychooncology, 2014. **23**(11): p. 1236-42.
9. Büntzel, J. *Komplementäre Medizin bei Krebs - Möglichkeiten und Grenzen*. 2021 [cited 2022 02.03]; Available from: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/therapieformen/komplementaere-medizin-moeglichkeiten-und-grenzen.html>.
10. Verhoef, M.J., et al., *Reasons for and characteristics associated with complementary and alternative medicine use among adult cancer patients: a systematic review*. Integr Cancer Ther, 2005. **4**(4): p. 274-86.
11. Gschwendtner, K., et al., *[Importance of complementary medicine approaches for patients with prostate cancer.]*. Der Urologe. Ausg. A, 2014. **53**.
12. Langhorst, J., *Task Force - «Naturheilkunde und Komplementärmedizin in medizinischen Leitlinien»*. Complementary Medicine Research, 2016. **23**(3): p. 170-173.
13. AWMF, *Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (Langversion)*. 2021, AWMF-Online.
14. AWMF, *s3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen PatientInnen, Langversion 1.1*. 2021, AWMF-Online, DKG, DKH.
15. Kollikowski, A., et al., *[How Common are Complementary Medicine Procedures in Bavarian Acute Care Hospitals? Results of A Bavarian-wide Website Screening]*. Gesundheitswesen, 2023. **85**(3): p. 165-174.

16. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildungen (Zusatzbezeichnung)*. . 2022 [19.04.2022]; Available from: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=77899672&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=612&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=
17. Statistisches Bundesamt, G., Juliane, *Statistisches Jahrbuch - Deutschland und Internationales*. 2019: Statistisches Bundesamt.
18. Bundesärztekammer. *Ärztestatistik 2020*. 2020 [cited 19.04.2022; Available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/Tabelle_8-Niedergelassene_AErztinnen_AErzte_nach_Gebietsbezeichnungen_und_Altersgruppen.pdf.
19. Johnson, S.B., et al., *Complementary Medicine, Refusal of Conventional Cancer Therapy, and Survival Among Patients With Curable Cancers*. JAMA oncology, 2018. **4**(10): p. 1375-1381.
20. Deng, G. and B. Cassileth, *Integrative Oncology: An Overview*. American Society of Clinical Oncology Educational Book, 2014(34): p. 233-242.
21. Landtag, C.-F.B. *Änderungsantrag | 18/967*. 2019 [cited 2023 01.02.23]; Available from: <https://www.csu-landtag.de/index.php?ka=4&ska=112&show=46>.
22. Witt, C.M., et al., *A Comprehensive Definition for Integrative Oncology*. J Natl Cancer Inst Monogr, 2017. **2017**(52).
23. Verhoef, M.J., H.S. Boon, and S.A. Page, *Talking to cancer patients about complementary therapies: is it the physician's responsibility?* Curr Oncol, 2008. **15 Suppl 2**(Suppl 2): p. s88-93.
24. Schofield, P., et al., *Effectively discussing complementary and alternative medicine in a conventional oncology setting: communication recommendations for clinicians*. Patient Educ Couns, 2010. **79**(2): p. 143-51.
25. Fan, K.w., *National Center for Complementary and Alternative Medicine Website*. Journal of the Medical Library Association, 2005. **93**(3): p. 410-412.
26. AWMF, *s3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen PatientInnen , Langversion 1.1* 2021, AWMF-Online, DKG, DKH. p. 56.
27. Garcia, M.K., et al., *Systematic review of acupuncture in cancer care: a synthesis of the evidence*. J Clin Oncol, 2013. **31**(7): p. 952-60.
28. Chen, L., et al., *Effect of acupuncture on aromatase inhibitor-induced arthralgia in patients with breast cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials*. Breast, 2017. **33**: p. 132-138.
29. Chiu, H.Y., Y.J. Hsieh, and P.S. Tsai, *Systematic review and meta-analysis of acupuncture to reduce cancer-related pain*. Eur J Cancer Care (Engl), 2017. **26**(2).
30. Hershman, D.L., et al., *Effect of Acupuncture vs Sham Acupuncture or Waitlist Control on Joint Pain Related to Aromatase Inhibitors Among Women With Early-Stage Breast Cancer: A Randomized Clinical Trial*. Jama, 2018. **320**(2): p. 167-176.

31. AWMF, *s3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen PatientInnen, Langversion 1.1* 2021, AWMF-Online, DKG, DKH. p. 117.
32. Kabat-Zinn, J., et al., *Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders*. Am J Psychiatry, 1992. **149**(7): p. 936-43.
33. Zainal, N.Z., S. Booth, and F.A. Huppert, *The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: a meta-analysis*. Psychooncology, 2013. **22**(7): p. 1457-65.
34. Musial, F., et al., *Mindfulness-Based Stress Reduction for Integrative Cancer Care – a Summary of Evidence*. Complementary Medicine Research, 2011. **18**(4): p. 192-202.
35. Haller, H., et al., *Mindfulness-based interventions for women with breast cancer: an updated systematic review and meta-analysis*. Acta Oncol, 2017. **56**(12): p. 1665-1676.
36. Cramer, H., et al., *Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer*. Cochrane Database Syst Rev, 2017. **1**(1): p. Cd010802.
37. Hilfiker, R., et al., *Exercise and other non-pharmaceutical interventions for cancer-related fatigue in patients during or after cancer treatment: a systematic review incorporating an indirect-comparisons meta-analysis*. Br J Sports Med, 2018. **52**(10): p. 651-658.
38. Irwin, M.R., et al., *Tai Chi Chih Compared With Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Insomnia in Survivors of Breast Cancer: A Randomized, Partially Blinded, Noninferiority Trial*. J Clin Oncol, 2017. **35**(23): p. 2656-2665.
39. Werner, C.M., et al., *Differential effects of endurance, interval, and resistance training on telomerase activity and telomere length in a randomized, controlled study*. Eur Heart J, 2019. **40**(1): p. 34-46.
40. Gordon, J.S., *Mind-Body Medicine and Cancer*. Hematology/Oncology Clinics of North America, 2008. **22**(4): p. 683-708.
41. Cramer, H., et al., *Predictors of health behavior change after an integrative medicine inpatient program*. Int J Behav Med, 2014. **21**(5): p. 775-83.
42. Pierce, J.P., et al., *Greater survival after breast cancer in physically active women with high vegetable-fruit intake regardless of obesity*. J Clin Oncol, 2007. **25**(17): p. 2345-51.
43. Dobos, G., *Das Essener Modell der Integrativen Onkologie*. Zeitschrift für Komplementärmedizin, 2016. **08**(02): p. 12-19.
44. Dobos, G. and A. Paul, *Mind-Body-Medizin: Integrative Konzepte zur Ressourcenstärkung und Lebensstilveränderung*. 2012: Elsevier Health Sciences, p. 7-8.
45. Arbeitsgemeinschaft Multiples Myelom (Plasmozytom, M.K. and O.-N.f.P.-i.u. Angehörige. *Beratungsangebot „komplementäre Onkologie integrativ“ (KOI)*. [cited 2023 30.06.2023]; Available from: <https://www.myelom.org/345-grundlagen/komplementaermedizin.html>.
46. IBM Corp., A., NY, *BM SPSS Statistics for Windows*. 2017.

47. Bühl, A., *SPSS: Einführung in die moderne Datenanalyse ab SPSS 25*. 2018, München: Pearson Studium.
48. Sender, L. and K.B. Zabokrtsky, *Adolescent and young adult patients with cancer: a milieu of unique features*. *Nat Rev Clin Oncol*, 2015. **12**(8): p. 465-80.
49. Krebsgesellschaft, D. *Schlafstörungen bei Krebspatient*innen*. 2017 [cited 2022 19.04.2022]; Available from: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/nebenwirkungen-der-therapie/schlafstoerungen-bei-krebspatienten.html>.
50. Berndt, C., *Exzessive Polypharmazie bei älteren Krebspatienten*. *Im Focus Onkologie*, 2015. **18**(7): p. 33-33.
51. Jerath, R., et al., *Self-regulation of breathing as a primary treatment for anxiety*. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 2015. **40**(2): p. 107-15.
52. Soni, R. and M. Muniyandi, *Breath Rate Variability: A Novel Measure to Study the Meditation Effects*. *Int J Yoga*, 2019. **12**(1): p. 45-54.
53. Couto, E., et al., *Mediterranean dietary pattern and cancer risk in the EPIC cohort*. *Br J Cancer*, 2011. **104**(9): p. 1493-9.
54. Pérez-López, F.R., et al., *Effects of the Mediterranean diet on longevity and age-related morbid conditions*. *Maturitas*, 2009. **64**(2): p. 67-79.
55. Lamb, R., et al., *Doxycycline down-regulates DNA-PK and radiosensitizes tumor initiating cells: Implications for more effective radiation therapy*. *Oncotarget*, 2015. **6**(16): p. 14005-25.
56. Dho, S.H., et al., *NOX5-L can stimulate proliferation and apoptosis depending on its levels and cellular context, determining cancer cell susceptibility to cisplatin*. *Oncotarget*, 2015. **6**(36): p. 39235-46.
57. WHO. *Cancer*. 2022 02.08.2022]; Available from: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_2.
58. Uniklinik-Köln. *Bewegung und Krebs*. [cited 2022 02.08]; Available from: <https://cio.uk-koeln.de/leben-mit-krebs/bewegung/>.
59. Schaeffer, D., D. Vogt, and S. Gille, *Gesundheitskompetenz-Perspektive und Erfahrungen von Menschen mit chronischer Erkrankung*. 2019, Bielefeld, Januar 2019: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.
60. Schaeffer, D. and M. Moers, *Der Patient als Nutzer*. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit. Bern: Huber, 2004.
61. Savioni, L. and S. Triberti, *Cognitive Biases in Chronic Illness and Their Impact on Patients' Commitment*. *Front Psychol*, 2020. **11**: p. 579455.
62. Krebber, A.M., et al., *Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments*. *Psychooncology*, 2014. **23**(2): p. 121-30.
63. BGV. *Depressionen bei Krebserkrankungen*. [cited 2022 02.08.2022]; Available from: <https://www.bgv-depression.de/krebs.html>.
64. Sharpe, M., et al., *Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial*. *Lancet*, 2014. **384**(9948): p. 1099-108.

65. Julkunen, J., M. Gustavsson-Lilius, and P. Hietanen, *Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients*. Journal of Psychosomatic Research, 2009. **66**(3): p. 235-244.
66. Fernández Rodríguez, C., et al., [*Impact of anxiety and depression on the physical status and daily routines of cancer patients during chemotherapy*]. Psicothema, 2011. **23**(3): p. 374-381.
67. Pinquart, M. and P.R. Duberstein, *Associations of social networks with cancer mortality: A meta-analysis*. Critical Reviews in Oncology/Hematology, 2010. **75**(2): p. 122-137.
68. Kroenke, C.H., et al., *Social Networks, Social Support, and Survival After Breast Cancer Diagnosis*. Journal of Clinical Oncology, 2006. **24**(7): p. 1105-1111.
69. Sevild, C.H., et al., *Initiation and maintenance of lifestyle changes among participants in a healthy life centre: a qualitative study*. BMC Public Health, 2020. **20**(1): p. 1006.
70. Schmerzgesellschaft. [cited 2022 09.08.2022]; Available from: <https://www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen/schmerzdiagnostik/messung-der-schmerzstaerke>.
71. AOK. *Selbstwirksamkeit steigern*. 2021 [cited 2022 21.08]; Available from: <https://www.aok.de/pk/magazin/wohlbefinden/motivation/der-glaube-an-sich-warum-selbstwirksamkeit-wichtig-ist/>.
72. *Mastery Experience*, in *Encyclopedia of Pain*, G.F. Gebhart and R.F. Schmidt, Editors. 2013, Springer Berlin Heidelberg: Berlin, Heidelberg. p. 1791-1791.
73. Raeder, F., et al., *Reactivation and Evaluation of Mastery Experiences Promotes Exposure Benefit in Height Phobia*. Cognitive Therapy and Research, 2019. **43**(5): p. 948-958.
74. Otte, J.L., et al., *Prevalence, severity, and correlates of sleep-wake disturbances in long-term breast cancer survivors*. J Pain Symptom Manage, 2010. **39**(3): p. 535-47.
75. Berger, A.M., et al., *Values of sleep/wake, activity/rest, circadian rhythms, and fatigue prior to adjuvant breast cancer chemotherapy*. J Pain Symptom Manage, 2007. **33**(4): p. 398-409.
76. Bardwell, W.A., et al., *The relative importance of specific risk factors for insomnia in women treated for early-stage breast cancer*. Psychooncology, 2008. **17**(1): p. 9-18.
77. Palesh, O.G., et al., *Prevalence, demographics, and psychological associations of sleep disruption in patients with cancer: University of Rochester Cancer Center-Community Clinical Oncology Program*. J Clin Oncol, 2010. **28**(2): p. 292-8.
78. Lee, S., et al., *The association of acculturative stress with self-reported sleep disturbance and sleep duration among Asian Americans*. Sleep, 2022. **45**(4).
79. Koopman, C., et al., *Sleep disturbances in women with metastatic breast cancer*. Breast J, 2002. **8**(6): p. 362-70.
80. Simon, G.E. and M. VonKorff, *Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care*. Am J Psychiatry, 1997. **154**(10): p. 1417-23.
81. Payne, J., et al., *Biomarkers, fatigue, sleep, and depressive symptoms in women with breast cancer: a pilot study*. Oncol Nurs Forum, 2006. **33**(4): p. 775-83.

82. Davidson, J.R., et al., *Sleep disturbance in cancer patients*. Soc Sci Med, 2002. **54**(9): p. 1309-21.
83. Pai, A., B. Sivanandh, and K. Udupa, *Quality of Sleep in Patients with Cancer: A Cross-sectional Observational Study*. Indian J Palliat Care, 2020. **26**(1): p. 9-12.
84. Hirshkowitz, M., et al., *National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary*. Sleep Health, 2015. **1**(1): p. 40-43.
85. Buysse, D.J., et al., *The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research*. Psychiatry Res, 1989. **28**(2): p. 193-213.
86. DFG. 2022 [cited 2022 19.08.2022]; Available from: <https://deutsche-fatigue-gesellschaft.de/fatigue/was-ist-fatigue/>.
87. Berger, A.M., et al., *Cancer-Related Fatigue, Version 2.2015*. J Natl Compr Canc Netw, 2015. **13**(8): p. 1012-39.
88. Hofman, M., et al., *Cancer-related fatigue: the scale of the problem*. Oncologist, 2007. **12 Suppl 1**: p. 4-10.
89. Götze, H., *Psychische Belastungen älterer Patienten (70+) in der Onkologie*. Forum, 2021. **36**(3): p. 234-237.
90. Viktil, K.K., et al., *Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems*. Br J Clin Pharmacol, 2007. **63**(2): p. 187-95.
91. Günster, C., J. Klose, and N. Schmacke, *Versorgungs-Report 2012*. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer, 2012.
92. Zabora, J., et al., *The prevalence of psychological distress by cancer site*. Psychooncology, 2001. **10**(1): p. 19-28.
93. Fallowfield, L., et al., *Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer*. British Journal of Cancer, 2001. **84**(8): p. 1011-1015.
94. Norton, J., et al., *Use of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire for estimating the prevalence of psychiatric disorders in French primary care: comparison with family practitioner estimates and relationship to psychotropic medication use*. Gen Hosp Psychiatry, 2007. **29**(4): p. 285-93.
95. Parsaei, R., et al., *How Different Stressors Affect Quality of Life: An Application of Multilevel Latent Class Analysis on a Large Sample of Industrial Employees*. Risk Manag Healthc Policy, 2020. **13**: p. 1261-1270.
96. Zatzick, D.F., et al., *Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans*. Am J Psychiatry, 1997. **154**(12): p. 1690-5.
97. Brown, K.W., et al., *Psychological distress and cancer survival: a follow-up 10 years after diagnosis*. Psychosom Med, 2003. **65**(4): p. 636-43.
98. Guan, T., et al., *Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer*. Psychooncology, 2020. **29**(6): p. 1019-1025.
99. Nolen-Hoeksema, S., *Sex differences in depression*. 1990: Stanford University Press.
100. Eid, R.S., A.R. Gobinath, and L.A.M. Galea, *Sex differences in depression: Insights from clinical and preclinical studies*. Progress in Neurobiology, 2019. **176**: p. 86-102.

101. Bogren, M., et al., *Gender differences in subtypes of depression by first incidence and age of onset: a follow-up of the Lundby population*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2018. **268**(2): p. 179-189.
102. Bozzetti, F., et al., *The nutritional risk in oncology: a study of 1,453 cancer outpatients*. Supportive Care in Cancer, 2012. **20**(8): p. 1919-1928.
103. Isenring, E., et al., *Nutritional Status and Information Needs of Medical Oncology Patients Receiving Treatment at an Australian Public Hospital*. Nutrition and Cancer, 2010. **62**(2): p. 220-228.
104. Shakersain, B., et al., *Nutritional status and survival among old adults: an 11-year population-based longitudinal study*. Eur J Clin Nutr, 2016. **70**(3): p. 320-5.
105. Rasheed, S. and R.T. Woods, *Malnutrition and quality of life in older people: a systematic review and meta-analysis*. Ageing Res Rev, 2013. **12**(2): p. 561-6.
106. Murry, D.J., L. Riva, and D.G. Poplack, *Impact of nutrition on pharmacokinetics of anti-neoplastic agents*. Int J Cancer Suppl, 1998. **11**: p. 48-51.
107. Tran, K.B., et al., *The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. The Lancet, 2022. **400**(10352): p. 563-591.
108. Organisation for Economic Co-operation and Development/ European Union, *Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle*, P. OECD Publishing, Editor. 2016.
109. Lange, F., *Journal of Helath Monitoring*. 2017. **2**.
110. DGEM, J.A., H. Bertz, S. C. Bischoff, R. Fietkau, H. J. Herrmann, E. Holm, M. Horneber, E. Hütterer, J. Körber, I. Schmid, *Klinsiche Ernährung in der Onkologie*. 2015, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York.
111. Wong, J.N., E. McAuley, and L. Trinh, *Physical activity programming and counseling preferences among cancer survivors: a systematic review*. Int J Behav Nutr Phys Act, 2018. **15**(1): p. 48.
112. Philip, E.J., et al., *Physical activity preferences of early-stage lung cancer survivors*. Support Care Cancer, 2014. **22**(2): p. 495-502.
113. Avancini, A., et al., *Exercise Levels and Preferences in Cancer Patients: A Cross-Sectional Study*. Int J Environ Res Public Health, 2020. **17**(15).
114. Rock, C.L., et al., *Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2012. **62**(4): p. 242-274.
115. Blanchard, C.M., et al., *Do adults change their lifestyle behaviors after a cancer diagnosis?* Am J Health Behav, 2003. **27**(3): p. 246-56.
116. Giacalone, A., et al., *Cancer-related fatigue in the elderly*. Support Care Cancer, 2013. **21**(10): p. 2899-911.
117. AMS. 2022 [cited 2022 17.08.2022]; Available from: <https://amp.cancer.org/treatment/survivorship-during-and-after-treatment/be-healthy-after-treatment/physical-activity-and-the-cancer-patient.html>.
118. Asimwe, J.B., et al., *Prevalence of the Use of Herbal Medicines among Patients with Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Evid Based Complement Alternat Med, 2021. **2021**: p. 9963038.

119. Damery, S., et al., *The use of herbal medicines by people with cancer: a cross-sectional survey*. Br J Cancer, 2011. **104**(6): p. 927-33.
120. Pedersen, C.G., et al., *Prevalence, socio-demographic and clinical predictors of post-diagnostic utilisation of different types of complementary and alternative medicine (CAM) in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer*. European Journal of Cancer, 2009. **45**(18): p. 3172-3181.
121. Linden, W., et al., *Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age*. Journal of Affective Disorders, 2012. **141**(2): p. 343-351.
122. Piccinelli, M. and G. Wilkinson, *Gender differences in depression: Critical review*. British Journal of Psychiatry, 2000. **177**(6): p. 486-492.
123. Parker, G. and H. Brotchie, *Gender differences in depression*. International Review of Psychiatry, 2010. **22**(5): p. 429-436.
124. Sousa Rodrigues Guedes, T., et al., *Social support in the healthcare of women submitted to breast cancer treatment*. Women & Health, 2020. **60**(8): p. 899-911.
125. Zainal, N.Z., et al., *Prevalence of depression, trait anxiety, and social support during the diagnostic phases of breast cancer*. J Taibah Univ Med Sci, 2021. **16**(4): p. 497-503.
126. Kapadia, M.R., et al., *Unmet Emotional Support Needs Among Diverse Patients with Colorectal Cancer*. Am Surg, 2020. **86**(6): p. 695-702.
127. Northouse, L.L., et al., *Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members*. J Clin Oncol, 2002. **20**(19): p. 4050-64.
128. Usta, Y.Y., *Importance of social support in cancer patients*. Asian Pac J Cancer Prev, 2012. **13**(8): p. 3569-72.
129. Pitceathly, C. and P. Maguire, *The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review*. Eur J Cancer, 2003. **39**(11): p. 1517-24.
130. Clarijs, M.E., et al., *Quality of life of caregivers of breast cancer patients: a cross-sectional evaluation*. Health Qual Life Outcomes, 2022. **20**(1): p. 29.
131. Merckaert, I., et al., *Desire for formal psychological support among caregivers of patients with cancer: prevalence and implications for screening their needs*. Psychooncology, 2013. **22**(6): p. 1389-95.
132. Zutphen, M.V. *Lifestyle changes after a cancer diagnosis*. 2020 [cited 2022 20.08]; Available from: <https://www.wcrf.org/lifestyle-changes-after-a-cancer-diagnosis/>.
133. Bandura, A., *Self-efficacy mechanism in human agency*. American Psychologist, 1982. **37**(2): p. 122-147.
134. Bandura, A., *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review, 1977. **84**(2): p. 191-215.
135. Brown, L.A., et al., *Changes in self-efficacy and outcome expectancy as predictors of anxiety outcomes from the CALM study*. Depress Anxiety, 2014. **31**(8): p. 678-89.

136. Kwasnicka, D., et al., *Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories*. Health Psychol Rev, 2016. **10**(3): p. 277-96.

Appendix

I Abkürzungsverzeichnis

Es wurden allgemein gebräuchliche Abkürzungen, SI-Einheiten und Präfixe verwendet.

NCCAM - National Center for Complementary and Alternative Medicine

NIH - National Institutes of Health

MBSR - mindfulness-based-stress-reduction

NIH - US National Institutes of Health

IOT- interdisziplinären Tagestherapiezentrum der Medizinischen Klinik und Poliklinik

II

CCC - Comprehensive Cancer Center

AYA - adolescent and young adult patients

KOI - Komplementäre Onkologie Integrativ

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Tempel der Gesundheit, angelehnt an Anna Paul [44]	9
Abbildung 2: Übersichtsplan einer onkologischen Tagesklinik an den Kliniken Essen-Mitte, angelehnt an Gustav Dobos[43].....	9
Abbildung 3: Selbsteinschätzung und Veränderungsbereitschaft	14
Abbildung 4: Histogramm der Altersverteilung der Frauen.....	16
Abbildung 5: Histogramm der Altersverteilung der Männer.....	17
Abbildung 6: Verteilung der Tumorentitäten nach Fachrichtung, Altersgruppen und Geschlecht.....	19
Abbildung 7: Krankheitsentitäten nach Fachgebieten.....	20
Abbildung 8: Erwerbstätigkeit	21
Abbildung 9: nächtliche Ruhezeit	22
Abbildung 10: subjektiv empfundene Schlafqualität	23
Abbildung 11: Polypharmazie – Übersicht über die Anzahl der eingesetzten Wirkstoffe pro Tag (< 5 versus mindestens 5)	24
Abbildung 12: Energieniveau auf einer Skala von 0-10.....	25
Abbildung 13: Ausführung von Atemübungen	26
Abbildung 14: Selbstevaluation und Motivation zu gesunder Ernährung	28
Abbildung 15: Erfassung von Ernährungsgewohnheiten	29
Abbildung 16: Nutzung von Genussmitteln	30
Abbildung 17: Erfassung von regelmäßiger Bewegung.....	31
Abbildung 18: Erfassung von sportlicher Betätigung und körperlicher Limitation	32
Abbildung 19: Erfassung der Durchführung von Entspannungsübungen	34
Abbildung 20: Erfassung von subjektiven Belastungsniveau und Stressbewusstsein	35
Abbildung 21: naturheilkundliche Hausmittel	37
Abbildung 22: Erfassung von Gedanken, Gefühlen und Einstellungen	39
Abbildung 23: Erfassung von vertrauten Gedankengängen	40
Abbildung 24: Einbindung in soziale Netze.....	41
Abbildung 25: Erfassung von erfolgreichen Lebensstiländerungen.....	43

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stellenwert der Ernährung und Essverhalten im Alltag.....	15
Tabelle 2: Altersgruppen des Patientenkollektivs	17
Tabelle 3: Fachrichtungen und Altersgruppen der Patienten.....	18
Tabelle 4: Freitextangaben sportliche Aktivitäten.....	32
Tabelle 5: Freitextangaben Entspannungsverfahren.....	34
Tabelle 6: Freitextangaben zu Naturheilkundlichen Hausmitteln	38
Tabelle 7: Patientencharakteristika	44
Tabelle 8: Geschlecht und Wirkstoffeinnahmen pro Tag.....	45
Tabelle 9: statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und der Motivation mit Atemübungen zu beginnen.....	45
Tabelle 10: statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und Ernährungsgewohnheiten.....	46
Tabelle 11: statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und Entspannungsmethoden.....	46
Tabelle 12: statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und Stressbelastung I ..	47
Tabelle 13: statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und Stressbelastung II ..	47
Tabelle 14: statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gedanken – Einstellungen I	48
Tabelle 15: statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gedanken - Einstellungen II	48
Tabelle 16: statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gedanken - Einstellungen III.....	48
Tabelle 17: statistischer Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gedanken - Einstellungen IV.....	48
Tabelle 18: Geschlechterverteilung in Altersgruppen	49
Tabelle 19: statistischer Zusammenhang zwischen Alter und Schlafverhalten.....	49
Tabelle 20: statistischer Zusammenhang zwischen Alter und Wirkstoffeinnahmen	50
Tabelle 21: statistischer Zusammenhang zwischen Altersgruppen und Bewegung im Alltag.....	50
Tabelle 22: statistischer Zusammenhang zwischen Alter und Entspannungsmethoden ..	51
Tabelle 23: statistischer Zusammenhang zwischen Alter und Stressbelastung	51
Tabelle 24: statistischer Zusammenhang zwischen Altersgruppen und naturheilkundlichen Hausmitteln	52
Tabelle 25: statistischer Zusammenhang zwischen Altersgruppen und Gedanken – Einstellungen I	53
Tabelle 26: statistischer Zusammenhang zwischen Altersgruppen und Gedanken – Einstellungen II	53
Tabelle 27: Geschlechterverteilung nach Therapieziel.....	53
Tabelle 28: statistischer Zusammenhang zwischen Therapieziel und Ernährungsgewohnheiten	54
Tabelle 29: Energieniveau gruppiert	55
Tabelle 30: statistischer Zusammenhang zwischen Energieniveau und Schlaf.....	55
Tabelle 31: statistischer Zusammenhang zwischen Energieniveau und Medikamenteneinnahme	55
Tabelle 32: statistischer Zusammenhang zwischen Energieniveau und Sport	56

Tabelle 33: statistischer Zusammenhang zwischen Energieniveau und physischer Limitation auf Grund von Krankheit.....	56
Tabelle 34: statistischer Zusammenhang zwischen Energieniveau und Stresslevel.....	57
Tabelle 35: statistischer Zusammenhang zwischen Energieniveau und Gedanken – Einstellungen I	57
Tabelle 36 statistischer Zusammenhang zwischen Energieniveau und Gedanken – Einstellungen II	58
Tabelle 37: Geschlechterverteilung in Krankheitsentitäten.....	58
Tabelle 38: Altersverteilung in Krankheitsentitäten.....	59
Tabelle 39: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Wirkstoffaufnahme I	60
Tabelle 40: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Ernährungsgewohnheiten	60
Tabelle 41: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Sport	61
Tabelle 42: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und achtsamer Atmung	61
Tabelle 43: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Gedanken – Einstellungen I	62
Tabelle 44: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Gedanken – Einstellungen II	62
Tabelle 45: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Lebensstiländerungen.....	63
Tabelle 46: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Gedanken – Einstellungen III.....	63
Tabelle 47: statistischer Zusammenhang von Krankheitsentitäten und Wirkstoffaufnahme II.....	64
Tabelle 48: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Entspannungsverfahren	65
Tabelle 49: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und naturheilkundlichen Selbsthilfestrategien	66
Tabelle 50: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Ernährung I	67
Tabelle 51: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und achtsamer Atmung I	67
Tabelle 52: statistischer Zusammenhang zwischen Krankheitsentitäten und Gedanken – Einstellungen IV.....	68
Tabelle 53: Indikatoren für optimistische und pessimistische Sichtweisen.....	69
Tabelle 54: Statistischer Zusammenhang zwischen pessimistischen Sichtweisen und Schlafstörungen.....	71
Tabelle 55: Statistischer Zusammenhang zwischen optimistischen Sichtweisen und Schlafstörungen.....	71
Tabelle 56: statistischer Zusammenhang zwischen optimistischen Sichtweisen und Entspannungsmethoden I	72
Tabelle 57: statistischer Zusammenhang zwischen optimistischen Sichtweisen und Entspannungsmethoden II	73
Tabelle 58: Endpunkte für optimistische Sichtweisen und Stressbelastung	74
Tabelle 59: Endpunkte für pessimistische Sichtweisen und Stressbelastung	75

Tabelle 60 :statistisch signifikante Zusammenhänge mit erfolgreichen Lebensstiländerungen.....	77
Tabelle 61: statistisch signifikante Zusammenhänge mit nicht-erfolgreichen Lebensstiländerungen.....	78

IV Danksagung:

Ich möchte mich hiermit bei Herrn Prof. Dr. med. Hermann Einsele, Klinikdirektor der Medizin II der Universität Würzburg, bedanken, der mir die Möglichkeit gegeben hat, diese Arbeit unter seiner Leitung durchzuführen. Frau Dr. med. Claudia Löffler danke ich besonders für die Themastellung, die hervorragende Betreuung und ihre ständige Diskussions- und Hilfsbereitschaft. Auch für die mühevollen Arbeit des Korrekturlesens möchte ich mich herzlich bedanken. Besonderen Dank auch an die gesamte Arbeitsgruppe für die freundschaftliche Arbeitsatmosphäre, viele wertvolle Anregungen und stete Hilfsbereitschaft, die wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben. Bei meinen Eltern und Geschwistern möchte ich mich ganz besonders herzlich bedanken für die uneingeschränkte, liebevolle und vielseitige Unterstützung während meines Studiums, ohne die diese Arbeit so nicht möglich gewesen wäre.

V Lebenslauf

(In Onlineversion nicht abgebildet.)

VI Eigene Veröffentlichungen:

Mind-Body-Medicine (MBM) in oncology -from patient needs to tailored programs and interventionsa cross-sectional study

Front. Psychol., 06 July 2023

Sec. Psycho-Oncology

Volume 14 - 2023 | <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1140693>

Jonas Leonhardt, Marcela Winkler, Anne Kollikowski, Lisa Schiffmann, Anne Quenzer, Hermann Einsele and Claudia Löffler

Anlage VII:

Anamnesebogen



Befragung KOI Tagesklinik

Patienten-ID: _____

männlich

weiblich

Liebe Patientin, lieber Patient,

vor Ihnen liegt ein Fragebogen zum Thema therapiebegleitende Angebote im Rahmen eines integrativ onkologischen Konzeptes. Er soll dazu dienen, im Rahmen eines Forschungsprojektes erheben zu können, wie wichtig Themen zur Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils zur nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität für unsere Patienten sind. Im Speziellen geht es hierbei um Ernährung, Bewegung, aber auch Stressbewältigungsstrategien und Entspannungsverfahren.

1

Anleitung:

Der Fragebogen besteht aus insgesamt 10 Themengebieten. Die im Fragebogen gewonnenen Daten werden nach den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen erfasst und ausgewertet und absolut vertraulich behandelt.

Persönliche Daten

Alter:

Beruf:

Nach dem Curriculum Mind-Body-Medizin des Lehrstuhls für Naturheilkunde an den Kliniken Essen-Mitte, sowie angelehnt an die Inhalte des Fragebogens Mind/Body Medizin des Immanuel Krankenhauses Berlin – Abteilung für Naturheilkunde

Befragung KOI Tagesklinik

Körperliches und seelisches Befinden

1. Wie ist ihr Tagesrhythmus (Wann stehen Sie auf, wann gehen Sie zu Bett)?

.....

2. Schlafen Sie gut und erholsam?

Trifft zu Trifft nicht zu

3. Besteht eine Einschlafstörung?

Trifft zu Trifft nicht zu

4. Besteht eine Durchschlafstörung?

Trifft zu Trifft nicht zu

5. Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen? Wenn ja welche?

.....

.....

6. Auf einer Skala von 0-10 (0 ich bin sehr erschöpft, 10 = wo ist das Holz, das ich hacken kann) – auf welchem Energieniveau bewegen Sie sich durchschnittlich

.....

Atmung

1. „Mir ist bewusst, dass meine Atmung mit meiner inneren Anspannung in Verbindung steht.“

Trifft zu Trifft nicht zu

2. „Ich achte mindestens einmal am Tag bewusst auf meine Atmung.“

Trifft zu Trifft nicht zu

3. Falls nicht: „Ich habe vor in den nächsten 30 Tagen damit anzufangen.“

Trifft zu Trifft nicht zu

Nach dem Curriculum Mind-Body-Medizin des Lehrstuhls für Naturheilkunde an den Kliniken Essen-Mitte, sowie angelehnt an die Inhalte des Fragebogens Mind/Body Medizin des Immanuel Krankenhauses Berlin – Abteilung für Naturheilkunde

Befragung KOI Tagesklinik

Ernährung und Genussmittel

1. Ernähren Sie sich, insbesondere im Hinblick auf Ihre Erkrankung größtenteils gesund? (d.h. fleisch- und fettarm mit viel Obst und Gemüse, Vollkornprodukten und „guten Fetten“ wie Olivenöl, Rapsöl bzw. Omega-3-Fettsäuren über Fisch)

- Nein und ich habe auch nicht vor in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.
- Nein, aber ich möchte in den nächsten 6 Monaten damit beginnen.
- Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.
- Ja, ich ernähre mich seit weniger als 6 Monaten gesundheitsbewusst.
- Ja, ich ernähre mich seit mehr als 6 Monaten gesundheitsbewusst.

3

2. „Mir ist bewusst, dass ich mit dem, was ich esse mein Wohlbefinden/meine Gesundheit beeinflussen kann.“

Trifft zu Trifft nicht zu

3. „Ich esse meist bewusst (ohne TV, ohne Zeitung), nehme mir für eine Mahlzeit mindestens 20 min. Zeit, setze mich dafür an einen Tisch, kaue jeden Bissen gründlich und genieße das Essen.“

Trifft zu Trifft nicht zu

4. Genussmittel sind keine Lebensmittel, aber sie können uns dennoch guttun, wenn wir sie in Maßen genießen (z.B. pro Tag 1-2 Tassen Kaffee, 1 Riegel dunkle Schokolade, 0,1 L Rotwein zum Essen). Genussmittel gönne ich mir:

- Nie
- Mehrmals pro Woche
- Täglich, jedoch in Maßen (s.o.)
- Täglich in größeren Mengen, manchmal auch als Mahlzeitenersatz

Befragung KOI Tagesklinik

5. Um meinen Flüssigkeitsbedarf zu decken, trinke ich täglich mindestens 2 L Wasser, Kräutertees, Saftschorlen):

Trifft zu Trifft nicht zu

6. Rauchen Sie oder konsumieren Sie Drogen?

Trifft zu und zwar..... Trifft nicht zu

Bewegung

1. Bewegen Sie sich zurzeit regelmäßig, d.h. für jeweils 30 min an mindestens 4 Tagen pro Woche (Spazieren gehen, Walken, Radfahren...)?

- Nein und ich habe auch nicht vor in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.
- Nein, aber ich möchte in den nächsten 6 Monaten damit beginnen.
- Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.
- Ja, ich bewege mich seit weniger als 6 Monaten regelmäßig.
- Ja, ich bewege mich seit mehr als 6 Monaten regelmäßig.

2. „Ich habe Bewegung fest in meinen Alltag eingebaut (z.B. Treppe statt Lift).“

Trifft zu Trifft nicht zu

3. „Ich treibe regelmäßig Sport.“

Trifft zu Trifft nicht zu

Wenn ja.....x pro Woche, folgende Sportart

4. „Durch Krankheit bin ich körperlich in der Bewegung stark eingeschränkt.“

Trifft zu Trifft nicht zu

Befragung KOI Tagesklinik

Entspannung

7. Führen Sie zurzeit regelmäßig bewusste Entspannungsübungen wie Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Phantasie Reisen, Meditationen oder andere durch?
- Nein und ich habe auch nicht vor in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.
- Nein, aber ich möchte in den nächsten 6 Monaten damit beginnen.
- Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.
- Ja, ich entspanne mich seit weniger als 6 Monaten regelmäßig, indem ich
- Ja, seit mehr als 6 Monaten praktiziere ich täglich Entspannungsverfahren, indem ich
- Ja, aber eher unregelmäßig und nur bei Bedarf.
8. „Ich fühle mich oft angespannt, belastet und gestresst.“
- Trifft zu Trifft nicht zu
9. „Ich habe den Eindruck, dass sich die Stressbelastung (z.B. innere Anspannung) negativ auf meine Gesundheit auswirkt.“
- Trifft zu Trifft nicht zu
10. „Ich bin überzeugt davon, dass ich Einfluss auf meine innere Anspannung nehmen kann.“
- Trifft zu Trifft nicht zu

Befragung KOI Tagesklinik

Naturheilkundliche Selbsthilfestrategien

1. Haben Sie eine Methode aus dem Spektrum der naturheilkundlichen „Hausmittel“, wie Wasseranwendungen, Heilkräuter- oder Pflanzenanwendungen, regelmäßige Saunagänge oder Massagen zur Stärkung Ihrer Gesundheit bereits im Alltag integriert?
- Nein und ich habe auch nicht vor in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.
- Nein, aber ich möchte in den nächsten 6 Monaten damit beginnen.
- Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.
- Ja, ich nutze seit weniger als 6 Monaten regelmäßig naturheilkundliche Hausmittel, und zwar
.....
- Ja, seit mehr als 6 Monaten nutze ich regelmäßig naturheilkundliche Hausmittel, und zwar
.....

6

Gedanken – Gefühle - Einstellungen

1. „Ich denke oft und viel über Krankheit nach.“
- Trifft zu Trifft nicht zu
2. Falls Sie aktuell noch erkrankt sind: „Für mich gibt es neben meiner Krankheit Dinge in meinem Leben, für die ich dankbar bin.“
- Trifft zu Trifft nicht zu
- Ich bin in der Nachsorge
3. „Meine Krankheit hat auch Gutes in meinem Leben bewirkt.“
- Trifft zu Trifft nicht zu

Nach dem Curriculum Mind-Body-Medizin des Lehrstuhls für Naturheilkunde an den Kliniken Essen-Mitte, sowie angelehnt an die Inhalte des Fragebogens Mind/Body Medizin des Immanuel Krankenhauses Berlin – Abteilung für Naturheilkunde

Befragung KOI Tagesklinik

4. Folgende Gedanken sind mir sehr vertraut und kommen mir öfter in den Sinn (mehrere Antworten möglich)
- „Ich muss perfekt funktionieren und das, was ich mache gut machen.“
 - „Immer bleibt alle Arbeit an mir hängen. Mit mir kann man es ja machen.“
 - „Das Leben ist ungerecht!“
 - „Trauer und Schmerz gehören zum Leben dazu, es folgen immer wieder auch schöne Zeiten.“
 - „Ich bin zufrieden mit meinem Leben, so wie es ist.“

Soziales Netz und Arbeit

1. „Ich fühle mich gut eingebunden im Kreis meiner Familie und/oder im Kreis meiner Freunde und Freundinnen.“
Trifft zu Trifft nicht zu
2. „Ich habe Familie/Freunde/Freundinnen, auf die ich mich verlassen kann. Wir helfen uns gegenseitig, wenn wir in Not sind.“
Trifft zu Trifft nicht zu
3. „Mir bereiten meine Arbeit und/oder meine häuslichen Aufgaben Freude und ich mache sie gerne.“
Trifft zu Trifft nicht zu

Lebensstilveränderung

1. „Ich habe bereits erfolgreich Verhaltensweisen meines Lebensstils (z.B. Ernährung, Bewegung, Entspannung) verändert und konnte dies auch für einen langen Zeitraum beibehalten.“
Trifft zu Trifft nicht zu
2. „Wenn ich ein Verhalten in den genannten Lebensstilbereichen (z.B. Ernährung, Bewegung, Entspannung) verändert habe, bin ich oft – bereits nach kurzer Zeit – wieder in alten Gewohnheiten gelandet.“
Trifft zu Trifft nicht zu

Nach dem Curriculum Mind-Body-Medizin des Lehrstuhls für Naturheilkunde an den Kliniken Essen-Mitte, sowie angelehnt an die Inhalte des Fragebogens Mind/Body-Medizin des Immanuel Krankenhauses Berlin – Abteilung für Naturheilkunde

Befragung KOI Tagesklinik

Vielen Dank, dass Sie sich für das Ausfüllen des Fragebogens Zeit genommen haben. Wenn Sie selbst das Bedürfnis haben mehr zum einem Thema zu erfahren, möchten wir Sie in diesem Zusammenhang auf unsere therapiebegleitenden Beratungsangebote des Onkologischen Zentrums aufmerksam machen (Siehe hierzu auch beiliegender Flyer).