

**Inanspruchnahme von
Komplementärer und Integrativer Medizin bei
Patient*innen mit einer Tumorerkrankung**

–

Eine quantitative Erhebung

aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
- Aus der Sektion Medizin -
vorgelegt von
Sarah Monika Greive
aus Münster

Lübeck 2020

1. Berichterstatterin: Prof. Dr. phil. Katja Götz

2. Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. med. Richard Hummel

Tag der mündlichen Prüfung: 09.05.2022

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 09.05.2022

- Promotionskommission der Sektion Medizin -

Für Helmut

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	8
1 Einleitung.....	9
1.1 Terminologie.....	10
1.2 Charakteristika von KIM-Anwender*innen.....	12
1.3 Anwendung naturheilkundlicher Therapien	13
1.4 Anwendungsfelder von KIM bei onkologischen Erkrankungen	14
1.5 Zielsetzung und Fragestellung.....	16
2 Material und Methoden	17
2.1 Pilotstudie.....	17
2.1.1 Studiendesign der Pilotstudie	17
2.1.2 Rekrutierung zur Pilotstudie.....	17
2.1.3 Beschreibung des Fragebogens der Pilotstudie.....	17
2.1.4 Ablauf der Pilotstudie.....	20
2.2 Hauptstudie	21
2.2.1 Studiendesign der Hauptstudie	21
2.2.2 Rekrutierung in der Hauptstudie	21
2.2.3 Beschreibung des Fragebogens der Hauptstudie	22
2.2.4 Ablauf der Hauptstudie	23
2.3 Datenauswertung – Pilot- und Hauptstudie.....	23
2.4 Ethik	23
3 Ergebnisse.....	25
3.1 Rücklauf und Datenqualität.....	25
3.1.1 Pilotstudie.....	25
3.1.2 Hauptstudie	26
3.2 Basisanalyse der Pilotstudie	27
3.3 Basisanalyse der Hauptstudie	39
4 Diskussion	48
4.1 Diskussion der Ergebnisse aus der Pilotstudie	48
4.1.1 Grundcharakteristika der Befragten in der Pilotstudie	48
4.1.2 Anwendung von KIM in der Pilotstudie.....	50
4.1.3 Kommunikation mit Ärztinnen / Ärzten in der Pilotstudie	52
4.2 Diskussion der Ergebnisse aus der Hauptstudie.....	53
4.2.1 Grundcharakteristika der Befragten in der Hauptstudie.....	53
4.2.2 Anwendung von KIM in der Hauptstudie.....	54
4.2.3 Information und Kommunikation	56
4.3 Limitation	57

4.3.1	Methodische Limitation	57
4.3.2	Generelle Limitation.....	59
4.4	Schlussfolgerung und Ausblick	60
5	Zusammenfassung	62
6	Literaturverzeichnis.....	63
7	Anhang.....	68
7.1	Fragebogen der Pilotstudie.....	69
7.2	Fragebogen der Hauptstudie	76
7.3	Ethikvoten von der Pilotstudie und der Hauptstudie	86
7.4	Eigene Veröffentlichung.....	88
8	Danksagung	89

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einschluss der Patientinnen in die Pilotstudie	25
Abbildung 2: Einschluss der Patient*innen in die Hauptstudie	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Körperbezogene Daten.....	27
Tabelle 2: Beschreibung der Patientinnen aus der Pilotstudie	27
Tabelle 3: Lebensgewohnheiten der Befragten	29
Tabelle 4: Ernährungsgewohnheiten der Befragten	30
Tabelle 5: Aktuelle Krebserkrankung und -therapie.....	31
Tabelle 6: Einschränkende Beschwerden und Ängste	32
Tabelle 7: Aktuelle Anwendungs- und Interessenlage von KIM.....	34
Tabelle 8: Arzt-Patientinnen-Kommunikation	35
Tabelle 9: Vergangene KIM-Anwendung und Interessenlage bezüglich KIM	37
Tabelle 10: Beschreibung der Hauptstudie	39
Tabelle 11: Lebensgewohnheiten der Befragten	40
Tabelle 12: Ernährungsgewohnheiten der Befragten	41
Tabelle 13: Interesse und Wissensstand zur integrativen Medizin	42
Tabelle 14: Aktuelle Krebserkrankung und -therapie.....	43
Tabelle 15: Nutzung von KIM-Therapien	44
Tabelle 16: Beschwerden, Ziele und Wünsche der Studienteilnehmer*innen	46

Abkürzungsverzeichnis

BG	Berufsgenossenschaft
BMI	Body-Mass-Index
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
cm	Zentimeter
Dr. med.	Doktor der Medizin
Dr. phil.	Doktor der Philosophie
Dr. rer. nat.	Doktor der Naturwissenschaften
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EDV	elektronische Datenverarbeitung
KAM	Komplementäre und Alternative Medizin
kg	Kilogramm
KIM	Komplementäre und Integrative Medizin
m ²	Quadratmeter
MW	Mittelwert
NC	Numerus clausus
NCCIM	National Center of Complementary and Integrative Medicine
SD	Standardabweichung
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
u.a.	und andere
UKSH	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
U.S.	Vereinigte Staaten
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z.B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Die Menschheit bedient sich seit jeher an Naturprodukten, um Leiden zu lindern. Bereits dem griechischen Arzt Hippokrates von Kos wird der Ausspruch zugeschrieben: Lasst eure Lebensmittel Heilmittel sein und eure Heilmittel Lebensmittel sein. Dieser Trend ist in der heutigen Zeit ungebrochen und scheint sich durch ein gesteigertes Interesse an einer gesunden Lebensführung noch zu verstärken. Die Komplementäre und Integrative Medizin (KIM) erfreut sich wachsenden Interesses in der Bevölkerung und sie erlebt durch ein sich ständig erweiterndes Angebot an speziellen Nahrungs- oder Heilmittelangeboten wirtschaftlich ein enormes Wachstum. Der KIM wird eine hohe Wirksamkeit mit vergleichsweise geringen unerwünschten Wirkungen zugeschrieben. Ein weiterer Vorteil wird in der kostengünstigen und unkomplizierten Anwendung gesehen. Dieses ist besonders von Vorteil, da viele der Therapien nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden und daher vermehrt in Eigenanwendung durch die Patient*innen durchgeführt werden. Die ganzheitlichen Therapien der KIM, die durch die Verschmelzung von Schulmedizin und Naturheilmethoden entstehen, sind jedoch nicht ohne Nebenwirkungen. Auch wenn häufig Naturprodukte zum Einsatz kommen sind diese keinesfalls nebenwirkungsfrei und bei kombinierten Anwendungen sind Interaktionen oftmals noch völlig unerforscht. Ein Mangel an kontrollierter Produktion, natürliche Schwankungen im Wirkstoffgehalt verschiedener Pflanzen und anwenderspezifische Abweichungen in Therapien führen dazu, dass eine valide Vergleichbarkeit der Produkte / Therapien schwer zu erreichen ist. Weiterhin sind die Wirksamkeit und die Anwendungsgebiete bei vielen Therapien noch nicht ausreichend belegt. Bei der Behandlung von onkologischen Krankheiten stehen die Patient*innen mit den individuellen Bedürfnissen immer im Mittelpunkt. So ist es von enormer Wichtigkeit durch eine ausgeglichene und transparente Kommunikation aller Beteiligten die Therapieziele klar zu formulieren und eine gemeinsame integrative Behandlungsstrategie zu entwickeln. Dieser Weg garantiert eine sichere Therapie mit KIM bei onkologischen Erkrankungen.

1.1 Terminologie

Das Festlegen von Definitionen ist, um Eindeutigkeit und Vergleichbarkeit zu gewährleisten, unabdingbar. Vorherrschendes Problem ist in diesem Zusammenhang die unklare Definition der Begriffe „Komplementäre und Alternative Medizin“ (KAM), Alternativmedizin, Naturheilverfahren und des neuen Begriffs der „Komplementären und Integrativen Medizin“ in Abgrenzung zum Begriff der Schulmedizin (Hackländer, 2015). Oftmals werden die Begriffe synonym verwendet oder nicht scharf abgegrenzt, sodass mitunter zwischen behandelnder Therapeutin / behandelndem Therapeut und Patient*in unterschiedliche Vorstellungen vorherrschen (Weidenhammer et al., 2011). Der Terminus KAM hat sich lange im englischsprachigen Raum bewährt, heute wird er vermehrt durch KIM ersetzt. In dieser Arbeit wird von KIM gesprochen. Auch wenn einige ältere verwendete Quellen sich noch auf KAM-Verfahren beziehen, so sind in dieser Untersuchung ausschließlich *integrativ* angewendete Therapien gemeint.

Entsprechend der Definition des *National Center of Complementary and Integrative Medicine* (NCCIM) des US-amerikanischen *National Institutes of Health* wird unter KIM eine Vielzahl unterschiedlicher Theorie- und Praxisansätze zusammengefasst, deren gemeinsames Merkmal lediglich ist, dass sie nicht zur konventionellen, wissenschaftlich etablierten Medizin gerechnet werden (NCCIH, 2018). Die Weiterentwicklung des Begriffes KAM zu KIM betont ausdrücklich, dass es sich bei den angewendeten Verfahren und Therapien um Ergänzungen zu einer konventionellen, wissenschaftlich etablierten Medizin handelt (Hackländer, 2015). Die meisten der veröffentlichten Studien zu KIM beziehen sich auf die Definition des NCCIM oder variieren sie geringfügig. Es wird oftmals ergänzt, dass KIM bei Patient*innen mit vor allem chronischen Krankheiten eine Strategie zur Krankheitsprävention und zum Krankheitsmanagement sein kann (Fischer et al., 2014; King et al., 2015; Weidenhammer et al., 2011). KIM stellt für Patient*innen eine Möglichkeit dar, Unabhängigkeit, Selbstbestimmung und eine aktive Lebensgestaltung in einem Krankheitsbewältigungsprozess zu erlangen (Fischer et al., 2014).

Um eine klare Abgrenzbarkeit zu schaffen sind für diese Studie vorab Definitionen von Alternativmedizin, alternativen Heilverfahren, Schulmedizin und von KIM festgelegt. Die Definition **Alternativmedizin**: „... [ist] ein umstrittener und unscharfer

Sammelbegriff für diagnostische und therapeutische Verfahren, die anstatt der Methode der sogenannten Schulmedizin eingesetzt werden, von dieser in der Regel aber nicht anerkannt sind; Vorbehalte betreffen die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit einzelner Methoden. Meist fehlen überzeugende Daten zur klinischen Evaluation; die theoretischen Erklärungsmodelle erscheinen spekulativ.“ (Pschyrembel, Willibald, 2012, p. 62) Ergänzend dazu wird häufig auch von **alternativen Heilverfahren** gesprochen, unter denen man: „Therapieformen [versteht], die alternativ oder ergänzend zur Schulmedizin als Behandlungsmethoden gelten und sich unter anderem durch folgende Ansprüche auszeichnen: 1. Behandlung des gesamten Organismus vor Behandlung einzelner gestörter Organfunktionen; 2. Förderung von Selbstheilungstendenzen vor exogen (pharmakologisch) induzierter Sanierung erkrankter Systeme; 3. Unschädlichkeit der Therapie; 4. Maß für den Therapieerfolg ist ganz wesentlich die subjektive Befindlichkeit des Patienten.“ (Pschyrembel, Willibald, 2012, p. 488f). Werden in der Behandlung von Symptomen „Substanzen, Stoffgruppen, Gegenstände, Kräfte oder Prozesse [möglichst unverändert] aus der natürlichen Umwelt“ (Pschyrembel, Willibald, 2012, p. 1420) zur Therapie verwendet, so spricht man von der Anwendung von Naturheilmitteln bzw. **Naturheilverfahren**. Dazu zählen unter anderem „pflanzliche und andere natürliche Arzneistoffe [...], physikalische Reize [wie] Licht, Luft, Wärme / Kälte, Bewegung / Ruhe [...] und spezielle Ernährungsformen“ (Pschyrembel, Willibald, 2012, p. 1420). Der Begriff der **Schulmedizin** wird als „Bezeichnung für die allgemein anerkannte und an den medizinischen Hochschulen gelehrt Medizin im Sinne einer angewandten Naturwissenschaft“ verwendet (Pschyrembel, Willibald, 2012, p. 1883).

Eine Zusammenführung der Begriffe **Alternativmedizin**, **alternative Heilverfahren** und **Naturheilverfahren** mit dem gegensätzlichen Begriff der **Schulmedizin** ist in der Definition von **KIM** vorgenommen worden. Der Begriff KIM legt folglich keine neue Definition zu Grunde, sondern nur einen neuen Schwerpunkt. Dieser liegt auf dem integrativen Zusammenspiel von ergänzenden Heilmethoden und konventioneller Schulmedizin. KIM betont weiterhin das ganzheitlich ausgerichtete Ziel, den Patient*innen, im Sinne von Empowerment, die aktive Mitgestaltung der Therapie zu ermöglichen (Härtel and Volger, 2004; NCCIH, 2018).

Diese Arbeit unterteilt KIM in fünf Gruppen: medizinische Systeme (z.B. Homöopathie und traditionelle chinesische Medizin (TCM)), Psyche-Körper-Interventionen

(z.B. Meditation und progressive Muskelentspannung), manipulative und Körpertherapien (z.B. Osteopathie und Sport / Bewegung), biologische Therapie (z.B. Pflanzentherapie und Einnahme von Spurenelementen), sowie energetische Therapien (z.B. Elektrotherapie und Lichttherapie).

1.2 Charakteristika von KIM-Anwender*innen

Verschiedene Datenerhebungen aus europäischen Ländern (Härtel and Volger, 2004) und weltweiten Übersichtsarbeiten (Wanchai et al., 2010) belegen das steigende Interesse von Patient*innen in besonderen Lebenslagen an komplementärmedizinischen, naturheilkundlichen und alternativen Therapiemöglichkeiten (Bishop and Lewith, 2010). Dabei konnte gezeigt werden, dass insbesondere demographische und Gesundheitsfaktoren das Interesse an KIM beeinflussen. Als auffälligste Faktoren sind dabei das Geschlecht, das Einkommen und der Bildungsstand der Patient*innen zu nennen. Der überwiegende Teil der KIM-Anwender*innen ist weiblich, hat ein höheres Einkommen und einen höheren Bildungsabschluss als der Durchschnitt (Bishop and Lewith, 2010; Corner et al., 2009; King et al., 2015). Die Alterspräferenzen werden in mehreren Studien unterschiedlich beschrieben, mehrheitlich war die Hauptanwendergruppe jedoch in den jungen bis mittleren Lebensjahren anzutreffen (Bishop and Lewith, 2010; Söllner et al., 2000; Verhoef et al., 2005). Bei diesen Erhebungen wurden nur volljährige Patient*innen berücksichtigt. Ob KIM in Anspruch genommen wurde, hing entscheidend vom Krankheitsbild der Patient*innen ab. Bishop & Lewith beschreiben, dass KIM vor allem von chronisch Erkrankten und bei der Erkrankung an einer Krebsart genutzt wurde (Bishop and Lewith, 2010). Weitere Studien zeigten, dass es einen Anwendungsanstieg von KIM bei Rücken- und Kopfschmerzen, Abgespanntheit sowie Erkältungen und Magen-Darm-Beschwerden gibt. Am häufigsten wurden Bewegungstherapien, Phytotherapien, spezielle Wasseranwendungen und Massagen genutzt (Härtel and Volger, 2004). Bei fortgeschrittenen Erkrankungsstadien (Söllner et al., 2000) und palliativer Medizin (Paul et al., 2013) ergaben sich ebenfalls eine Erhöhung der KIM-Anwender*innenzahlen. Die Erkrankten nutzten hier vermehrt Nahrungsergänzungsmittel und Gebete.

1.3 Anwendung naturheilkundlicher Therapien

Weltweit kulturell unterschiedliche Gesellschaften entwickelten bereits vor vielen Jahrhunderten eigene Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sowie von der Therapie des menschlichen Leidens. In nahezu allen Kulturen lässt sich bereits in sehr alten Dokumenten die Verwendung von Pflanzen oder Pflanzenbestandteilen und eine Art von physikalischer Therapie nachweisen. Ein Großteil der heute unter KIM zusammengefassten Therapien orientiert sich an diesen Behandlungsmethoden. Die Zeit der Aufklärung setzte mit der empirischen Überprüfung der Therapien neue Herausforderungen für die angewandte Medizin. Bis heute ist dieser Anspruch der wissenschaftlichen Überprüfbarkeit der Therapien nicht zurückgegangen. Demnach ist aus wissenschaftlicher Sicht die heutige evidenzbasierte Medizin (EbM) die höchste Entwicklungsform der Medizin (Anlauf et al., 2015; Sackett et al., 1996). Neben den in Abschnitt 1.2 genannten zentralen Faktoren, die die Inanspruchnahme von KIM beeinflussen, variiert die Inanspruchnahme und die Akzeptanz von Alternativmedizin, alternativen Heilmethoden und Naturheilverfahren in den verschiedenen Kulturen und Ländern stark. In Ländern, in denen Naturheilkunde traditionell einen hohen Stellenwert einnimmt, wie beispielsweise in den asiatischen Ländern, nutzen überdurchschnittlich viele Patient*innen KIM (Wanchai et al., 2010). Die USA haben als fortschrittliche Industrienation mit vielen verschiedenen kulturellen Einflüssen das Interesse an KIM bereits in vielen Studien systematisch analysiert. Hier zeigte sich, dass Brustkrebspatientinnen unter den Krebspatient*innen am häufigsten eine KIM-Therapie nutzten. Biologische Therapien mit pflanzlichen Produkten und Nahrungsergänzungsmitteln sind in den Studien die beliebtesten KIM-Therapien, gefolgt von Psyche-Körper-Interventionen bei gynäkologisch erkrankten Patientinnen (Wanchai et al., 2010). In europäischen Ländern wird seit einigen Jahren die Bedeutung von KIM strukturiert aufgearbeitet (Bishop and Lewith, 2010; Wanchai et al., 2010). Es wurde herausgearbeitet, dass eine stetige Zunahme der Popularität verschiedenster ergänzender Naturheilverfahren in europäischen Ländern über die letzten Jahrzehnte hinweg zu verzeichnen ist (Horneber et al., 2012). Der Zeitpunkt und die Dauer der KIM-Behandlung ist nur in wenigen Studien genauer erfasst worden. So werden Unterschiede in der Art und Dauer der KIM-Behandlung vor bzw. nach einer Diagnosestellung beschrieben (Corner et al., 2009; Link et al., 2013). Der Nachfrage an komplementärmedizinischer Therapie seitens

der Patient*innen steht ein wachsendes Angebot verschiedenster Dienstleister*innen gegenüber (Krug et al., 2016).

1.4 Anwendungsfelder von KIM bei onkologischen Erkrankungen

Die Bandbreite an veröffentlichten Studien zu verschiedenen komplementärmedizinischen Therapien und ergänzend zur konventionellen Therapie eingesetzten Verfahren in der Onkologie hat in den vergangenen Jahren stetig zugenommen (Eardley et al., 2012). Dabei ist die enorme Variabilität der KIM-Therapien kaum durch Studien abzudecken. Erste systematische Übersichtsarbeiten der Cochrane Organisation befassen sich mit häufig verwendeten Therapien, wie z.B. der Misteltherapie in der Onkologie (Horneber et al., 2008) oder Yoga bei Brustkrebspatientinnen (Cramer et al., 2017). Diese Entwicklung spiegelt nicht nur das Interesse der Patient*innen an diesen Therapien wider, welches in den letzten 30 Jahren um etwa 25% bei deutschen Tumorpatient*innen gewachsen ist (Horneber et al., 2012), sondern auch das Bestreben der Wissenschaftler*innen diese Therapien zu untersuchen. Trotz der kontinuierlich wachsenden europäischen Datenmenge bleibt es schwierig, aussagekräftige Schlussfolgerungen zu ziehen, da unter anderem die betrachteten Zielgruppen inhomogen sind, unterschiedliche Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich vorliegen und diverse Kostenübernahmesysteme berücksichtigt werden müssen (Morris et al., 2000). Um eine Zielgruppenhomogenität herzustellen, untersuchen viele Autor*innen die Anwendungen von KIM in bestimmten Teilbereichen der Onkologie (Legenne et al., 2015). Im Vergleich untereinander kristallisiert sich heraus, dass in der Gruppe der onkologisch Erkrankten besonders die Frauen mit gynäkologischen Tumoren, allen voran mit Brustkrebs (über 45% der Anwender*innen), an der ergänzenden komplementärmedizinischen Therapie stärker interessiert sind, als Patient*innen mit anderen Krebsarten (Wanchai et al., 2010). Insgesamt ist Brustkrebs in Deutschland die häufigste Krebserkrankung von Frauen (Klafke et al., 2015; Starker et al., 2017). Welche Art von KIM bei onkologischen Erkrankungen Verwendung findet, ist von den geographischen Begebenheiten abhängig. Im europäischen und außereuropäischen Vergleich hat sich das Einteilungsschema der NCCIM in mehrere Gruppen durchgesetzt (NCCIH, 2018), an welches sich auch vor allem die Einteilung der von uns durchgeführten Hauptstudie anlehnt. Im weltweiten Vergleich sind die Gruppen der biologischen Therapien (z.B.

Heilkräuter, Vitamine, Nahrungsmittel) und der Psyche-Körper-Interventionen (z.B. Meditation, Gebete) vorherrschend (Wanchai et al., 2010). Diese Erkenntnisse decken sich mit den verwendeten Therapien in der palliativen Versorgung von Patient*innen in Deutschland (Paul et al., 2013). Auch Listen für Europa und Deutschland führen neben Spurenelementen und Nahrungsergänzungsmitteln auch Entspannungstechniken und Gebete als häufig verwendete KIM-Methoden bei onkologischen Erkrankungen auf (Huebner et al., 2014b). Das Deutsche Krebsregister beschreibt für den Zeitraum 1991 bis 2003 noch einen Anstieg an Nachfragen zur Mitteltherapie und alternativen Therapien im Allgemeinen (Hiller, 2003), wohingegen 2003 bis 2011 ein deutlicher Rückgang der Umsatzzahlen von Phytotherapeutika in deutschen Apotheken zu vermelden ist (Linde et al., 2014).

Die Gründe der Anwendung von KIM bleiben trotz der vielen Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Ethnologie der Erkrankung oft uneinheitlich. Viele Patient*innen hofften, durch die Anwendung Alltagsprobleme besser zu bewältigen und Nebenwirkungen der Chemotherapie lindern zu können (Legenne et al., 2015). Es ließ sich jedoch eine Diskrepanz zwischen Erwartungshaltungen bezogen auf die Therapieversprechen, wie z.B. Linderung der Nebenwirkungen anderer Medikamente bis hin zur Heilung der Grunderkrankung, und den tatsächlichen Effekten der KIM beobachten (Lewith et al., 2009). Vorrangiges Ziel der KIM-Anwendungen bei onkologischen Erkrankungen ist es Krebschmerzen zu behandeln (Bao et al., 2014) und eine Stressreduktion zu erzielen (Corner et al., 2009; Esch et al., 2013; Legenne et al., 2015). Deutsche Tumorpatient*innen äußerten zusätzlich vermehrt den Wunsch das Immunsystem zu stärken, aktiver zu werden und durch die KIM-Anwendung mehr Kontrolle über die Krankheit zu erlangen (Huebner et al., 2014b). Darüber hinaus lässt sich eine Steigerung der Lebensqualität erreichen, indem durch qualifiziertes Personal in der Gesundheits- und Krankenpflege KIM-Anwendungen wie Aromatherapie oder Massagen vorgenommen werden (Klafke et al., 2016; Wanchai et al., 2010). Die Notwendigkeit einer konventionellen Chemotherapie / Strahlentherapie zur Tumorbekämpfung wird in keiner der dargestellten KIM-Studien angezweifelt. Die Möglichkeit für onkologisch erkrankte Patienten, mit KIM selbstbestimmt in den Erkrankungsbewältigungsprozess einzugreifen, wird an vielen Stellen positiv hervorgehoben. Weitere von KIM erwartete Effekte sind die nebenwirkungsarme Symptombehandlung und die Vertiefung einer guten Therapeut*innen-Patient*innen-Beziehung (Eardley et al., 2012).

1.5 Zielsetzung und Fragestellung

Jede Art von Erkrankungen stellt eine physische und psychische Herausforderung für die Erkrankte / den Erkrankten dar. Die Aufgabe der Medizin ist es, sich diesen Herausforderungen im Sinne der Patient*innen anzunehmen und mit den Patient*innen eine Bewältigungsstrategie zu finden. Unter Annahme dieser Prämisse ist der Fokus dieser Arbeit die Betrachtung integrativer Therapieansätze bei Patient*innen mit Krebserkrankungen.

Die Arbeit wurde mit einer Machbarkeitsstudie, der Pilotstudie begonnen, die ein Patientinnenkollektiv betrachtete, welches in anderen Studien durch eine hohe KIM-Inanspruchnahme aufgefallen war. Die Pilotstudie untersuchte, welche Lebensgewohnheiten diese Patientinnen hatten, die möglicherweise eine KIM-Inanspruchnahme beeinflussten. Von weiterem Interesse war die Kostenübernahmebereitschaft und der gewünschte Umfang von KIM-Therapieeinheiten. Weiterhin wurden systematisch die Beweggründe für die Anwendung von KIM oder die Ablehnung erfasst. Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Pilotstudie wurde eine Hauptstudie konzipiert, die einen detaillierteren Einblick in die verwendeten KIM-Therapien eines erweiterten onkologischen Patient*innenkollektives erlangte. Die Hauptstudie umfasste, über die Lebensgewohnheiten hinaus, auch die aktuellen Beschwerden und Einschränkungen der Patient*innen. Die Kommunikation wurden ebenso, wie auch die Einflüsse durch Kosten- und Zeitfaktoren auf die KIM-Inanspruchnahme in der Hauptstudie analysiert. In der Zusammenschau der Pilotstudie mit der Hauptstudie konnten Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Patient*innenkollektive herausgearbeitet werden. Diese Arbeit untersuchte welche Arten von Komplementärer und Integrativer Medizin genutzt wurden und welche Beweggründe zu einer ergänzenden Behandlung führten. Auch die Nicht-Anwender*innen von KIM wurden zu den Entscheidungsgründen befragt. Eine anschließende Analyse der Arzt-Patienten-Kommunikation sowie der Wünsche und Erwartungen bezüglich der (ergänzenden) Krebstherapie ist ebenfalls Teil dieser Arbeit.

2 Material und Methoden

2.1 Pilotstudie

2.1.1 Studiendesign der Pilotstudie

Es handelte sich bei dieser Studie um eine deskriptiv retrospektive Studie, welche die Inanspruchnahme von KIM bei Patientinnen mit gynäkologischen Tumorerkrankungen erfasst.

2.1.2 Rekrutierung zur Pilotstudie

Es wurden ausschließlich Tumorpatientinnen, die sich im Zeitraum von 15.09.2017 bis zum 31.01.2018 in der onkologischen Ambulanz der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des UKSH, Campus Lübeck, elektiv ambulant vorstellten, zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Die Befragung erfolgte mittels papierbasierter Fragebögen auf freiwilliger Basis. Bei der Aushändigung informierte eingewiesenes und geschultes ärztliches und pflegerisches Personal über das Thema des Fragebogens und das Ziel, mit der Teilnahme an der Studie ein individuelles Beratungs- und Behandlungskonzept zu erarbeiten. Bei Fragen, die über die Informationen der Titelseite des Fragebogens hinausgingen, war medizinisches Personal der onkologischen Ambulanz stets ansprechbar. Die aufgestellten Fragebogen-Rückgabekisten wurden regelmäßig geleert und im Institut für Allgemeinmedizin der Uniklinik zu Lübeck gesammelt und aufbewahrt. Durch das Ausfüllen des Fragebogens wurden keine Patientinnen an notwendiger medizinischer Versorgung gehindert. Ausgeschlossen wurden Patientinnen, die sich in akut lebensbedrohlichen Situationen befanden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten oder über nur unzureichende Deutschkenntnisse zum Beantworten des Fragebogens verfügten.

2.1.3 Beschreibung des Fragebogens der Pilotstudie

Das Ziel der Pilotstudie war die Ermittlung des individuellen Bedarfs an Beratung und Behandlung mit naturheilkundlichen Methoden bei Patientinnen mit gynäkologischen Tumorerkrankungen. Die Pilotstudie sollte, im Sinne einer Machbarkeitsstudie, eine Datengrundlage schaffen, um die Befragung später in der Hauptstudie

auf andere onkologische Erkrankungen auszuweiten. Hierzu wurden folgende Aspekte in einem speziell für diese Fragestellung entworfenen Fragebogen berücksichtigt:

- A. Allgemeine Daten
- B. Ernährungs- und Lebensstilgewohnheiten
- C. Angaben zur aktuellen Krebserkrankung und -therapie
- D. Komplementärmedizin und Naturheilverfahren

Die Angaben dienen der Einordnung der Tumorpatientinnen nach Krebsart, konventioneller Therapie und soziodemographischen Kriterien. Das momentane Beschwerdebild und die Einstellung bezüglich KIM sollten erfasst werden. Das Interesse an KIM-Beratung und KIM-Behandlung sollte aufgedeckt werden. Durch die Feststellung des in der Vergangenheit genutzten Angebots an KIM sowie die Abfrage möglicher Kostenübernahmen können Rückschlüsse auf das von Patientinnen bevorzugt gewünschte Angebot gezogen werden.

Im ersten Block (A) mit dem Titel „Allgemeine Daten“ wurden neun Fragen zur Erfassung personenbezogener Angaben gestellt. Die Patientinnen wurden hier gebeten soziodemographische Fragen zu beantworten und Auskunft über ihr Körpergewicht zu geben.

Der zweite Fragenkomplex (B) „Ernährungs- und Lebensstilgewohnheiten“ umfasste elf Fragen. Hier konnten die Teilnehmerinnen Angaben zum Rauch- und Trinkverhalten, zur regelmäßigen Ausübung von Sport und Entspannungsmaßnahmen sowie zu ihrer Ernährung machen. Das Ernährungsverhalten wurde durch sechs Einzelfragen ermittelt. Hierbei wurde u. a. erfragt, welches Ziel die Patientinnen sich von einer möglichen Krebsdiät oder Ernährungsumstellung erhofften. Als eine Auswahl möglicher Erwartungen an eine naturheilkundliche Therapie wurden den Patientinnen folgende Antwortmöglichkeiten vorgegeben: eine bessere Lebensqualität, Verlängerung der Lebenszeit und Verringerung des Rückfallrisikos (Rezidiv). Nichtgenannte Erwartungen konnten im Freitext ergänzt werden.

Im dritten Block (C) „Angaben zur aktuellen Krebserkrankung und -therapie“ wurden sieben Fragen gestellt. Dabei interessierte über die aktuelle Lokalisation der Krebs-

erkrankung hinaus auch, ob Metastasen festgestellt wurden. Wenn Metastasen vorlagen, wurden die Patientinnen gebeten, die genaue Lokalisation der Metastasen zu nennen. Von weiterem Interesse waren die aktuell durchgeführte Therapie und eine möglicherweise geplante Therapie. Die 24. und 25. Frage ermöglichte den Patientinnen vielfältige Angaben zu Beschwerden, die sie einschränken und vor denen sie Angst haben. Hierfür wurde den Patientinnen eine Liste mit 15 körperlichen sowie psychischen Beschwerden vorgelegt, aus der sie ihre aktuellen Beschwerden auswählen konnten. Hier wurden Symptome im gastrointestinalen, psychischen, neurologischen und dermatologischen Bereich vorgegeben, welche typisch für onkologische Erkrankungen sind und auch als mögliche Therapienebenwirkungen (z.B. Schleimhauttrockenheit, Schmerzen, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Lustlosigkeit (sexuell), Fatigue / chronische Erschöpfung oder Haarausfall) gelten. Litt die gefragte Patientin unter anderen, nicht aufgeführten Symptomen, so bestand die Möglichkeit diese in einer Freitextangabe zu ergänzen. Nachfolgend erfasste der dritte Abschnitt, ob bereits eine Operation aufgrund der Krebserkrankung stattgefunden hatte oder ob eine Operationsindikation für die Zukunft festgestellt worden war. Die letzte Frage dieses Komplexes ermittelte weitere Medikamente (Medikamentennamen, Dosierung, Einnahmehäufigkeit), die gegen anderweitige Grunderkrankungen eingenommen wurden.

Der letzte Fragenkomplex (D) „Komplementärmedizin und Naturheilverfahren“ erfasste mit zehn Fragen, ob ein Interesse an KIM besteht, seit wann dieses Interesse besteht oder warum kein Interesse besteht. Die Patientinnen konnten angeben, ob sie derzeit oder jemals in der Vergangenheit eine der vorgeschlagenen 23 KIM-Therapien angewandt hatten. Die Liste beinhalte Therapieformen (z.B. Physiotherapie, Musik- / Kunsttherapie, Osteopathie, Chiropraktik, Misteltherapie, Akupunktur), Nahrungsergänzungen (z.B. Vitamine / Mineralstoffe, (Heil-) Kräuter) und Körperübungen wie Yoga, Tai-Chi, Meditation und Atmungsübungen. Es waren Mehrfachantworten und ergänzende Freitexteintragungen möglich. Im Folgenden wurde erfragt, wer die KIM-Behandlung durchgeführt hatte und aus welchem Grund diese Behandlung in Anspruch genommen wurde. Wenn die Patientinnen eine KIM-Therapie bereits in Anspruch genommen hatten, so wurden sie gefragt, ob sie mit ihrer behandelnden Ärztin / mit ihrem behandelnden Arzt darüber gesprochen hatten und wie die Reaktion ausfiel. Die Anwenderinnen von KIM wurden weiterhin gefragt, wie hoch ihre bisherigen monatlichen Kosten für die Therapie waren. Bei bisherigen

Nicht-Anwenderinnen mit grundsätzlichem Interesse an KIM wurde ermittelt, welche Summe sie bereit wären, monatlich aufzuwenden. Die Frage 36 erfasste den möglichen Zeiteinsatz für KIM-Therapien. Zuletzt wurden die Patientinnen gefragt, ob sie eine individuelle komplementärmedizinische Therapie im Rahmen einer Sprechstunde wünschen würden. Abschließend gab es die Freitextmöglichkeit, um nach Ausfüllung des Fragebogens einen Kommentar zu hinterlassen. Der komplette Fragebogen der Pilotstudie kann im Anhang eingesehen werden (s. Abschnitt 7.1). Der Fragebogen der Pilotstudie diente in dieser Studie als vorläufiges KIM-Erfassungsinstrument im Sinne einer Machbarkeitsstudie. Der Fragebogen sollte einerseits eigenständig für das gynäkologische Patientinnenkollektiv auswertbar sein und andererseits dazu beitragen eine Hauptstudie vorzubereiten, in der eine Fragespezifizierung und eine Patient*innenkollektiverweiterung erfolgen konnte.

2.1.4 Ablauf der Pilotstudie

Der Erhebungszeitraum der Pilotstudie wurde mehrfach wegen geringer Teilnehmerinnenzahl verlängert und dauerte vom 15.09.2017 bis 31.01.2018. Da ein Großteil der Patientinnen in der gynäkologischen Ambulanz sich mehrfach im untersuchten Zeitraum behandeln ließ, war die Gesamtzahl der Patientinnen dennoch gering. Aufgrund der zusätzlich geringen Rücklaufquote wurden verschiedene Konzepte zur Teilnehmerinnengewinnung umgesetzt. Es gab eine Mitarbeiter*innenberatung, und sowohl ärztliches als auch pflegerisches Personal wurden über die Studie mehrmals informiert. Darüber hinaus waren Mitarbeiter*innen der Studie mehrfach zur Unterstützung in der gynäkologischen Ambulanz und es wurden Fragebögen persönlich an interessierte Patientinnen verteilt.

2.2 Hauptstudie

2.2.1 Studiendesign der Hauptstudie

Es handelte sich bei der Hauptstudie um eine deskriptiv retrospektive Studie, die die Inanspruchnahme von KIM bei Patient*innen mit gynäkologischen oder internistischen Tumorerkrankungen erfasste. Aus den Rekrutierungserfahrungen der Pilotstudie wurde die Befragung auf weitere onkologischen Entitäten ausgeweitet. Dieser Entschluss sollte ein breiteres Patientenkollektiv einschließen und eine Analyse der verwendeten KAM-Therapien tumorerkrankungsspezifisch ermöglichen. Es wurde der validierte IMed® Fragebogen aus der Frauenklinik Erlangen (Hack et al., 2015) als Grundlage gewählt und um die aus der Machbarkeitsstudie als essenziell erkannten Fragen ergänzt. Für die Nutzung des Fragebogens liegt eine schriftliche Zustimmung der Frauenklinik Erlangen vor. Die Entscheidung für einen Fragebogenwechsel in der Hauptstudie begründet sich in den lückenhaft ausgefüllten Fragebögen, dem mangelhaften Layout und den Anforderungen der Ethikkommission. Dieser Fragebogen der Hauptstudie kann im Anhang eingesehen werden (s. Abschnitt 7.2).

2.2.2 Rekrutierung in der Hauptstudie

Es wurden Tumorpatient*innen, die sich im Zeitraum von 06.11.2018 bis 07.03.2019 in der onkologischen Ambulanz der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des UKSH, der pulmonologischen oder der hämatoonkologischen Ambulanz des UKSH elektiv ambulant vorstellten, zur Teilnahme an dieser Studie eingeladen. Die Befragung erfolgte anhand papierbasierter Fragebögen auf freiwilliger Basis. Es informierte, ebenso wie zur Pilotstudie, eingewiesenes und geschultes ärztliches und pflegerisches Personal über das Thema des Fragebogens. Das Ziel des Fragebogens, ein individuelles Beratungs- und Behandlungskonzept zu erarbeiten, wurde den Patient*innen vorgestellt. Die ausgefüllten Fragebögen konnten in aufgestellten Fragebogen-Rückgabekisten geworfen werden. Die Fragebögen wurden im Institut für Allgemeinmedizin der Uniklinik zu Lübeck gesammelt und aufbewahrt. Durch das Ausfüllen des Fragebogens wurden keine Patient*innen an notwendiger medizinischer Versorgung gehindert. Die Ausschlusskriterien waren identisch mit denen der Pilotstudie.

2.2.3 Beschreibung des Fragebogens der Hauptstudie

Das Ziel der Hauptstudie, wie auch der Pilotstudie, war die Ermittlung des individuellen Bedarfs an Beratung und Behandlung mit naturheilkundlichen Methoden bei Patient*innen mit onkologischen Erkrankungen. Die Durchführung der Pilotstudie war eine Machbarkeitsstudie im Vorfeld der Hauptstudie. Diese Machbarkeitsstudie hatte das Ziel den Pilotstudienfragebogen am ausgewählten Patient*innenkollektiv zu erproben. Um die in der Pilotstudie erfassten Defizite zu beheben, wurde auf den IMed® Fragebogen der Frauenklinik Erlangen (Hack et al., 2015) zurückgegriffen und dieser mit Aspekten aus dem Pilotstudien-Fragebogen ergänzt. Der als validierte Grundlage verwendete KIM-spezifische Fragebogen war durch das Erlanger Forscher*innenteam mit gynäkologischen Patientinnen entwickelt und erprobt worden. Durch einige Ergänzungen aus dem Fragebogen der Pilotstudie konnte ein Fragebogen für die Hauptstudie entworfen werden. Dabei wurde versucht die größtmögliche Vergleichbarkeit beider Fragebögen beizubehalten. Im ersten Abschnitt des Fragebogens wurden soziodemographische Daten, Lebensstil- und Ernährungsgewohnheiten erfasst. Der zweite Abschnitt erfasste Angaben zur aktuellen Krebserkrankung, sowie zu Krebserkrankungen in der Familie. Die aktuellen und vergangenen Therapien wurden im dritten Abschnitt systematisch erfasst. Es folgte der Hauptteil des Fragebogens mit einer detaillierten Abfrage der aktuell oder früher angewendeten integrativen Therapien. Der Hauptteil war in Abschnitte gegliedert, die an die Einteilungen des NCCIM angelehnt wurden:

1. Medizinische Systeme (medical systems)
2. Psyche-Körper-Interventionen (mind-body)
3. Manipulative und Körper-Therapien (body based)
4. Biologische Therapien (biological based)
5. Energetische Therapien (energy based)

Die Patient*innen wurden gebeten anzugeben, welche Art von KIM sie aktuell anwenden und seit wann sie diese Therapie durchführen. Ebenfalls konnten zurückliegende KIM-Anwendungen aufgeführt werden. Es folgten zwei Fragenkomplexe zu aktuellen Beschwerden und Einschränkungen. Analog zur Pilotstudie wurden in der Hauptstudie weiterführende Fragen zu den bevorzugten Informationsmaterialien sowie zu dem bevorzugten Umfang möglicher KIM-Anwendungen und zur Kostenübernahme gestellt. Den Abschluss des Fragebogens bildeten zwei Fragen aus

der Pilotstudie zu Nah- und Fernzielen im Rahmen der Verwendung Integrativer Medizin.

2.2.4 Ablauf der Hauptstudie

Der Erhebungszeitraum der Hauptstudie erstreckte sich vom 06.11.2018 bis zum 05.03.2019. Es war geplant, innerhalb dieses Zeitraumes ein ähnlich großes Patientenkollektiv einzuschließen, wie in der Pilotstudie. Wie auch bei der vorangegangenen Pilotstudie musste dazu der Befragungszeitraum mehrmals verlängert werden. Das ursprüngliche Ziel, in allen drei untersuchten Fachbereichen jeweils gleichviele Patienten zu befragen, zeichnete sich bereits nach wenigen Wochen als unrealistisch ab.

2.3 Datenauswertung – Pilot- und Hauptstudie

Zur statistischen Auswertung wurden die Daten kontinuierlich in das Statistikprogramm SPSS 24.0 eingetragen. Häufigkeiten und prozentuale Anteile wurden bei kategorialen Daten und Mittelwerte und Standardabweichungen bei metrischen Daten bestimmt. Die Daten werden deskriptiv dargestellt.

2.4 Ethik

Die Studie wurde in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki (2013) zu ethischen Grundsätzen für die medizinische Forschung am Menschen und der Berufsordnung der Landesärztekammer für Ärzte in Schleswig-Holstein in der jeweils aktuellen Fassung durchgeführt. Die Teilnahme erfolgte gemäß den Richtlinien ethischer Forschung aufgeklärt, freiwillig und anonym. Die Aufklärung erfolgte mittels des Anschreibens, welches über das Ziel der Studie aufklärte. Die Nichteinwilligung in die Teilnahme wurde durch die Nicht-Zurückgabe des Fragebogens ausgedrückt. Mit Rückgabe des Fragebogens willigten die Teilnehmer*innen in die Studienteilnahme und die Auswertung der Daten durch das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Lübeck ein. Das Studienprotokoll wurde vor Studienbeginn der Ethikkommission der Universität Lübeck zur Begutachtung vorgelegt. Ein positives Ethikvotum (Aktenzeichen: 18-133A vom

17. Mai 2018; Aktenzeichen:18-145 vom 02. August 2018) wurde erteilt (vgl. Abschnitt 7.3).

3 Ergebnisse

3.1 Rücklauf und Datenqualität

3.1.1 Pilotstudie

In dem viereinhalb Monate andauernden Befragungszeitraum der Pilotstudie wurden 52 der 147 gynäkologischen Patientinnen in die Studie eingeschlossen (vgl. Abbildung 1). Es wurden alle Fragebögen berücksichtigt, die bis zum 31.01.2018 ausgefüllt abgegeben wurden. Dadurch ergab sich mit 52 eingeschlossenen Fragebögen ein Gesamtrücklauf von 35% (52 von 147). Das bedeutet, dass im Durchschnitt alle zwei bis drei Tage ein Fragebogen ausgefüllt zurückgegeben wurde. Bei den einzelnen Items des Fragebogens lag die Anzahl fehlender Angaben in der Regel unter 10%. Hiervon abweichend wurde die Frage nach dem monatlichen Einkommen und dem aktuellen Alkoholkonsum weniger häufig beantwortet. Ebenso enthielten sich mehrere Patientinnen einer Aussage über die Beweggründe zur Inanspruchnahme von KIM.

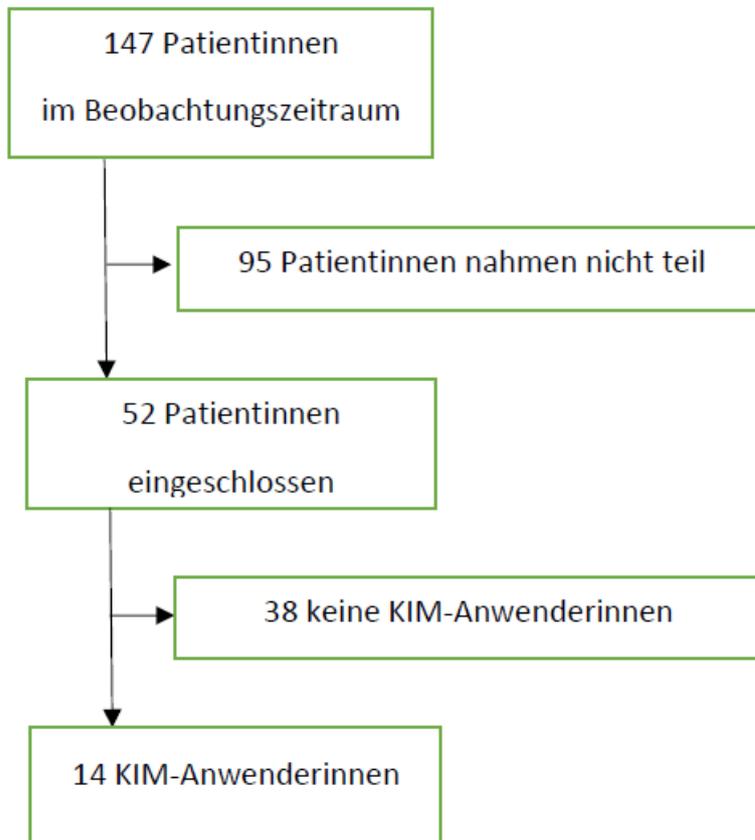


Abbildung 1: Einschluss der Patientinnen in die Pilotstudie

3.1.2 Hauptstudie

In die Hauptstudie konnten nach vier Monaten Rekrutierungszeitraum 66 Patienten eingeschlossen werden. Es wurden alle Fragebögen, die bis zum 07.03.2019 ausgefüllt zurückgegeben wurden, in dieser Studie berücksichtigt. Dabei lagen 23 ausgefüllte Fragebögen von der pulmonologischen Ambulanz, sechs Fragebögen von der hämatoonkologischen und 37 von der gynäkologischen Ambulanz vor (vgl. Abbildung 2/Abbildung 1). Die Grundgesamtheit der potenziellen Teilnehmer*innen innerhalb des Zeitraumes kann nicht angegeben werden, da die Gesamtzahl der Patient*innen in den teilnehmenden Fachabteilungen nicht ausschließlich der Zielgruppe (onkologische Patient*innen) entsprach.

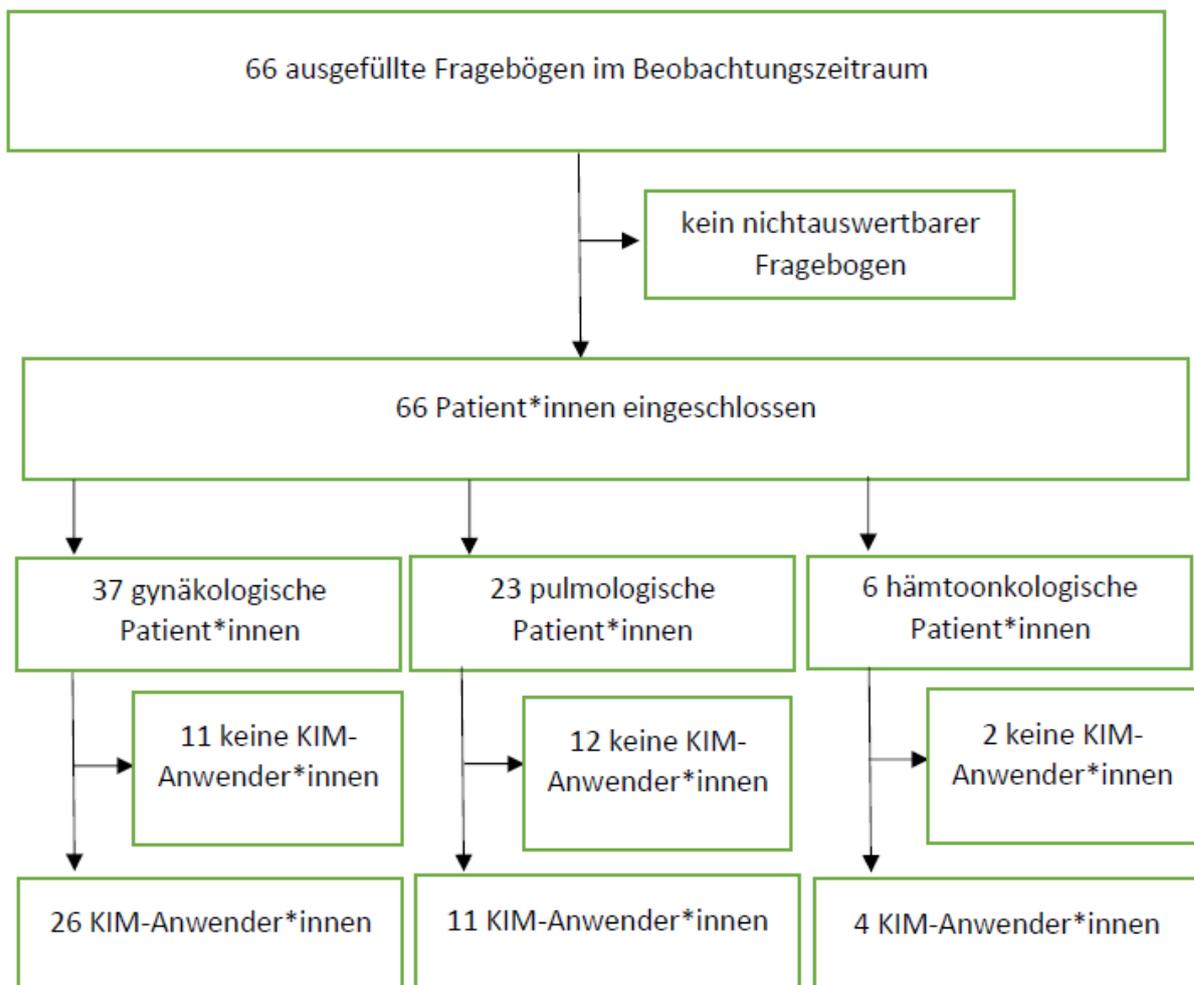


Abbildung 2: Einschluss der Patient*innen in die Hauptstudie

3.2 Basisanalyse der Pilotstudie

Abschnitt A des Fragebogens

Allgemeine Daten: Das Durchschnittsalter der 49 Patientinnen lag bei 57 Jahren (Standardabweichung (SD) = 11 Jahre). Um einen umfassenden Eindruck der körperbezogenen Maßangaben zu erhalten, wurden die Patientinnen in den Fragen des ersten Abschnittes gebeten, neben dem aktuellen Körpergewicht und der Körpergröße auch die Entwicklung des Gewichts in den letzten drei Monaten darzulegen (vgl. Tabelle 1). Der berechnete Body-Mass-Index (BMI) betrug durchschnittlich $25,8 \pm 4,4 \text{ kg/m}^2$. Tabelle 1 zeigt detailliert die erfassten körperbezogenen Daten auf.

Tabelle 1: Körperbezogene Daten

Merkmale	Gesamtanzahl	Minimum	Maximum	Mittelwert (SD)
Lebensalter [Jahre]	49	30	82	57 (11)
aktuelles Körpergewicht [kg]	51	48	112	72 (13)
aktuelle Körpergröße [cm]	50	150	184	167 (6)
Körpergewichtszunahme [kg]	8	1	11	5 (4)
Körpergewichtabnahme [kg]	15	0	12	5 (3)

Der Familienstatus wurde durch die zweite Frage des Fragebogens, mit fünf vorgegeben Antwortmöglichkeiten, erhoben. Es wurde erfragt, ob die Patientinnen Kinder haben. Der Bildungsstand wurde anhand der höchsten schulischen Ausbildung festgestellt. Einen Realschulabschluss oder ein Abitur, beziehungsweise einen Universitätsabschluss / Fachhochschulabschluss hatten jeweils knapp 35% der Befragten. Die Frage zum aktuellen monatlichen Einkommen (Netto) beantworteten 17% der Befragten nicht. Die Patientinnen wurden zusätzlich gefragt, wie sie versichert waren. Diese soziodemographischen Daten wurden in der Tabelle 2 erfasst.

Tabelle 2: Beschreibung der Patientinnen aus der Pilotstudie

Merkmale	Anzahl (%)
Familienstatus	
single	2 (4)
in einer Partnerschaft	6 (12)
verheiratet	32 (62)
verwitwet	5 (10)
getrennt	4 (8)
fehlende Angaben	3 (6)

Haben Sie Kinder?	
ja	39 (75)
nein	12 (12)
fehlende Angaben	1 (2)
Ihre höchste schulische Ausbildung?	
Hauptschule / Volksschule	13 (25)
Realschule	18 (35)
Gymnasium	1 (2)
Universität / Fachhochschule	17 (33)
fehlende Angaben	3 (6)
Ihr monatliches Einkommen (Netto)	
<1000 Euro	14 (27)
1000–2000 Euro	19 (37)
2000–3000 Euro	1 (2)
3000–5000 Euro	6 (12)
>5000 Euro	3 (6)
fehlende Angaben	9 (17)
Krankenversicherung	
gesetzlich	40 (77)
gesetzlich, freiwillig versichert	4 (8)
privat	7 (14)
fehlende Angaben	1 (2)

Abschnitt B des Fragebogens

Ernährungs- und Lebensstilgewohnheiten: Die zehn Fragen des zweiten Abschnitts erfassten die körperlichen Aktivitäten und Lebensgewohnheiten (vgl. Tabelle 3), sowie die Genuss- und Ernährungsgewohnheiten (vgl. Tabelle 4). Gleichzeitig wurde hinterfragt, ob durch die Diagnose der Krebserkrankung sich diese Gewohnheiten geändert hatten. Die Frage, ob die Patientinnen aktuell Raucherinnen seien oder gewesen sind, beantworteten fast die Hälfte der Befragten (48%) mit „Nein“. Im Mittel wurde das Rauchen bei der Personengruppe der ehemaligen Raucherinnen vor mehr als 14 Jahren aufgegeben. Die aktiven Raucherinnen gaben im Schnitt an, zehn Zigaretten pro Tag zu rauchen. Die zweite Frage zu den Genussmitteln wurde weit weniger zuverlässig beantwortet als die Frage zum Rauchverhalten. Fast 50% gaben an niemals Alkohol zu trinken, 30% tranken ein- bis zweimal pro Woche ein alkoholisches Getränk. Die körperliche Aktivität wurde durch zwei Fragen erfasst, bei denen es um den regelmäßigen Sport und die Anwendungen von Entspannungsübungen ging. Jeweils 38% gaben an, sich nie oder eine bis zwei Stunden pro Woche sportlich zu betätigen. Die Entspannung mit Yoga, Tai-Chi und anderen Übungen wurde von 27% der Befragten regelmäßig, mit einer überwiegenden Trainingslänge von ein bis zwei Stunden pro Woche (23%), durchgeführt. Manipulative Therapien oder Körper-Therapien wie Shiatsu, Osteopathie, Akupunktur

/ Akupressur, Neuraltherapie, Massage und Fußreflexzonenmassage führten 10% der Patientinnen durch.

Tabelle 3: Lebensgewohnheiten der Befragten

Fragestellung	Anzahl (%)	
Rauchen Sie Zigaretten oder E-Zigaretten?		
nein, niemals	25 (48)	
ja, früher	17 (33)	
ja, aktuell	9 (17)	
fehlende Angaben	1 (2)	
Wie oft trinken Sie ein alkoholisches Getränk?		
nie	25 (48)	
1-2 Mal pro Woche	15 (29)	
3-6 Mal pro Woche	3 (6)	
täglich	1 (2)	
fehlende Angaben	8 (15)	
Manipulative und Körper-Therapien		
nein, niemals	46 (88)	
ja, 1-2 Mal pro Woche	5 (10)	
fehlende Angaben	1 (2)	
Sport und Entspannung		
	Machen Sie regelmäßig Sport?	Entspannungsübungen
	Anzahl (%)	Anzahl (%)
nein, niemals	20 (38)	36 (69)
ja, 1-2 Stunden pro Woche	20 (38)	12 (23)
ja, 3-4 Stunden pro Woche	8 (15)	2 (4)
ja, mehr als 6 Stunden pro Woche	1 (2)	0 (0)
fehlende Angaben	3 (6)	2 (4)

Mit sechs Fragen wurden die Ernährungsgewohnheiten (vgl. Tabelle 4) genauer betrachtet. Es wurde nach dem wöchentlichen Fleischkonsum und dem täglichen Gemüse- und oder Obstkonsum gefragt. Demnach achteten 83% der Befragten auf eine ausgewogene Ernährung. Wurde die Ernährung bewusst gesund oder ausgewogen gestaltet, so wurde spezifischer nachgefragt, ob die Patientinnen eine fettarme, zucker- / kohlenhydratarme, ballaststoffreiche Ernährung oder eine andere Ernährungsform einnahmen. Abschließend zum zweiten Abschnitt des Fragebogens wurde das Interesse an einer speziellen Krebsdiät oder Ernährungsprogrammen und die damit verknüpften Hoffnungen abgefragt. Die Patientinnen drückten mit insgesamt 62% mehrheitlich Interesse an Krebsdiäten oder Ernährungsprogrammen aus. Des Weiteren war den Befragten die Hoffnung auf eine bessere Lebensqualität (32%), eine verlängerte Lebenszeit (25%) und eine Verringerung des Rückfallrisikos (42%) wichtig.

Tabelle 4: Ernährungsgewohnheiten der Befragten

Fragestellung	Anzahl (%)
Wie oft essen Sie Fleisch?	
nie	1 (2)
1-2 Mal pro Woche	36 (69)
3-6 Mal pro Woche	13 (25)
täglich	1 (2)
fehlende Angaben	1 (2)
Wie oft essen Sie Obst und / oder Gemüse in einzelnen Portionen?	
eher unregelmäßig	5 (10)
1 Mal pro Tag	11 (21)
2-3 Mal pro Tag	28 (54)
4-5 Mal pro Tag	6 (12)
fehlende Angaben	2 (4)
Art der ausgewogenen Ernährung	
fettarm	12 (27)
zucker- / kohlenhydratarm	13 (30)
ballaststoffreiche Ernährung	16 (36)
andere	3 (7)
Interessieren Sie sich für spezielle Krebsdiäten oder Ernährungsprogramme?	
ja	32 (62)
nein	19 (37)
fehlende Angabe	1 (2)
Was würden Sie sich von einer Krebsdiät oder Ernährungsumstellung erhoffen?	
eine bessere Lebensqualität	27 (32)
Verlängerung der Lebenszeit	21 (25)
Verringerung des Rückfallrisikos (Rezidiv)	36 (42)
andere	1 (1)

Abschnitt C des Fragebogens

Angaben zur aktuellen Krebserkrankung und -therapie: Die Kategorisierung in verschiedene gynäkologische Grunderkrankungen erfolgte mit der ersten Frage dieses Abschnittes (vgl. Tabelle 5). Hauptsächlich nahmen Brustkrebspatientinnen an der Studie teil. Bei 50% hatten sich in den Staging-Untersuchungen zur Metastasendiagnostik keine Streuungen des Tumors gezeigt. Hierbei ist zu beachten, dass die Frage nicht explizit zwischen lokale Metastasen und Fernmetastasen unterschied. Behandelt wurde die breite Mehrheit (61%) mit einer Chemotherapie. Bei den 19% der Patientinnen, bei denen noch eine Therapie in Planung war, wurde vornehmlich die Durchführung einer Strahlentherapie geplant. Etwa die Hälfte der befragten Patientinnen (48%) gaben an, wegen anderweitigen Grunderkrankungen zusätzliche Medikamente einzunehmen.

Tabelle 5: Aktuelle Krebserkrankung und -therapie

Fragestellung	Anzahl (%)
Welche Krebserkrankung wurde bei Ihnen diagnostiziert / wird derzeit behandelt?	
Brust	39 (75)
Eierstock	6 (12)
Gebärmutterhals	3 (6)
Endometrium	2 (4)
fehlende Angaben	2 (4)
Haben Sie Metastasen?	
ja	19 (37)
nein	26 (50)
weiß ich nicht	6 (12)
fehlende Angaben	1 (2)
Welche Art von Metastasen liegt bei Ihnen vor?	
Lunge	2 (7)
Leber	7 (23)
Knochen	6 (20)
Gehirn	3 (10)
Lymphknoten	8 (27)
Lungenfell (Pleuraerguss, -karzinom)	2 (7)
Bauchfell (Aszitis, Peritonealkarzinom)	1 (3)
andere	1 (3)
Wurden Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung bereits operiert?	
ja	36 (69)
nein, ist aber geplant	12 (23)
nein, ist auch nicht geplant	4 (8)

Ein Kernthema der Befragung war das Erfassen der aktuellen Beschwerden (vgl. Tabelle 6). Als besonders einschränkend wurde Fatigue und Schleimhauttrockenheit empfunden. In Freitextergänzungen wurden unter anderem Atemnot nach Anstrengung, Blasenentzündung, eingeschränkte Bewegung, Hautrötung, Jucken, Schwellung, Bewegungseinschränkung in den Armen, Husten, Gefühl der Überforderung sowie Wundheilungsstörungen als aktuelle Einschränkung aufgezählt. Ein weiterer Schwerpunkt des Fragebogens war die Erfassung der Ängste. Schmerzen und Übelkeit / Erbrechen waren für die Patientinnen mit jeweils 15% Zustimmung die am meisten mit Angst oder Furcht behafteten Beschwerden. Ergänzt wurde die Aufführung durch zahlreiche Freitextangaben der Patientinnen, wie beispielsweise die Angst vor Herz-Rhythmusstörungen, hoher Infektionsgefahr, Luftnot und Osteoporose.

Tabelle 6: Einschränkende Beschwerden und Ängste

Einschränkende Beschwerden und Ängste		
Itemauswahl	einschränkende Beschwerden Anzahl (%)	Ängste Anzahl (%)
Fatigue / chronische Erschöpfung	23 (11)	20 (11)
Schmerzen	12 (6)	26 (15)
Übelkeit / Erbrechen	8 (4)	26 (15)
Schleimhauttrockenheit	19 (10)	5 (3)
Hand-Fuß-Syndrom	10 (5)	7 (4)
Durchfall	6 (3)	6 (3)
Schleimhautentzündungen	7 (4)	12 (7)
Verstopfung	14 (7)	9 (5)
Lustlosigkeit (sexuell)	11 (6)	3 (2)
Missempfindungen (Nerven)	17 (9)	15 (9)
depressive Verstimmung	8 (4)	15 (9)
Haarverlust	18 (9)	10 (6)
Wechseljahresbeschwerden	7 (4)	2 (1)

Abschnitt D des Fragebogens

Komplementärmedizin und Naturheilverfahren: Die Patientinnen wurden zu ihrem Interesse an einer komplementärmedizinischer Therapie befragt. Wenn ein Interesse bestand, so wurde erfasst, seit wann dieses vorlag (vgl. Tabelle 7). Um einschätzen zu können, inwieweit KIM auch zur Anwendung kam, wurde in der nächsten Frage gebeten anzugeben, ob die Patientinnen derzeit ergänzend zu Ihrer Krebstherapie eine komplementärmedizinische Behandlung erhielten. Fast 70% verneinten diese Frage. Die Patientinnen, die diese Frage verneinten, wurden in der darauffolgenden Frage gebeten, zu den Gründen der Entscheidung gegen eine KIM-Therapie Stellung zu nehmen. 30% dieser Patientinnen gab an, dass ihnen der Zugang zu einer KIM-Therapie nicht angeboten worden sei und 42% gaben an, dass sie schlechte Erfahrungen gemacht hätten. Nutzten die Patienten KIM, so wurden sie gebeten, die nachfolgenden vier Fragen zu beantworten. Aus einer Liste mit 24 gängigen komplementärmedizinischen Therapien sollten die Patientinnen ihre derzeitigen Therapien durch Ankreuzen mitteilen oder diese in dem Freitextfeld ergänzend eintragen. Diese Befragung brachte das Ergebnis, dass am häufigsten Vitamine / Mineralstoffe (22%) und Nahrungsergänzungsmittel (14%) angewendet wurden. Die Patientinnen gaben an, dass oft Hausärztinnen / Hausärzte die KIM-Behandlungen durchführten. Weitere Behandelnde waren verschiedene Fachärztinnen / Fachärzte und Physiotherapeut*innen. Durch die Frage, wie die Patientinnen auf die Therapie aufmerksam geworden sind, konnte ermittelt werden, dass vor allem

Empfehlungen von anderen Krebspatient*innen (33%) und eigene Recherchearbeit (18%) die Aufmerksamkeit weckten. Die letzte Frage, die ausschließlich von derzeitigen Anwenderinnen komplementärmedizinischer Therapien zu beantworten war, erfasste Aussagen über die Wirkung der Therapie. Mehr als ein Drittel der Befragten gaben an, einen positiven Effekt durch die Therapie erfahren zu haben. Die häufigsten Gründe für die Anwendung von KIM waren der Wunsch nach Stärkung des Immunsystems (18%) und der Antrieb keine Chance / Möglichkeit auszulassen (16%). Die Angaben in dem Freitextfeld zu Gründen einer KIM-Anwendung, ebenso wie die Gründe für bisherige Nichtanwendung, waren sehr vielfältig. Beispielsweise schrieben Patientinnen, dass Anlaufstellen zum Informationsgewinn und Ansprechpartner*innen fehlen würden. Mehrfach wurden finanzielle Gründe oder fehlende Mobilität als Gründe bisheriger Nichtinanspruchnahme von KIM-Therapien angegeben. Einige Patientinnen erläuterten, dass Sie gerade zu diesem Thema Informationen sammeln würden und eine zukünftige Therapie in Planung sei.

Tabelle 7: Aktuelle Anwendungs- und Interessenlage von KIM

Fragestellung	Anzahl (%)
Sind Sie an komplementärmedizinischen Therapien interessiert?	
nein, nie	11 (21)
ja, bereits vor meiner Krebserkrankung	18 (35)
ja, seit der Diagnose der Krebserkrankung	10 (19)
ja, seit Therapiebeginn	8 (15)
fehlende Angaben	5 (10)
Werden Sie derzeit, parallel zu Ihrer Krebstherapie, mit einer komplementärmedizinischen Therapie behandelt?	
ja	14 (27)
nein	36 (69)
fehlende Angaben	2 (4)
Wenn nein, warum können bzw. wollen Sie keine komplementärmedizinische Therapie in Anspruch nehmen?	
wurde mir nicht angeboten	25 (30)
kein Interesse	1 (1)
zu wenig Information	12 (14)
schlechte Erfahrung	35 (42)
andere	10 (12)
Wenn ja, durch wen wird diese Behandlung durchgeführt?	
Hausarzt / Hausärztin	4 (33)
Onkologe / Onkologin	1 (8)
Heilpraktiker*in	1 (8)
andere	6 (50)
Wenn ja, wie sind Sie auf diese Therapie aufmerksam geworden?	
selbst recherchiert (Internet, Zeitung, ...)	6 (12)
Empfehlung Brustzentrum / Chemo-Ambulanz	4 (8)
Empfehlung durch Hausarzt / Hausärztin	4 (8)
Empfehlung durch Facharzt / Fachärztin	2 (4)
Empfehlung anderer Krebspatienten	12 (23)
Empfehlung durch Familie, Freunde, Bekannte	4 (8)
andere	2 (4)
Wenn ja, wie wirken die von Ihnen verwendeten komplementärmedizinischen Therapien?	
guter Effekt	5 (36)
mittelmäßiger Effekt	2 (14)
ungewiss	3 (21)
fehlende Angaben	4 (29)
Warum nehmen bzw. würden Sie gerne komplementärmedizinische Therapien in Anspruch nehmen?	
um das Immunsystem zu verbessern	31 (18)
um aktiver zu werden	22 (13)
um keine Chance / Möglichkeit auszulassen	27 (16)
wegen positiver Erfahrungen	6 (4)
um die Nebenwirkungen der Therapie zu verringern	25 (15)
um Stress zu reduzieren	10 (6)
um bessere Wirkung der Krebstherapie zu erlangen	23 (14)
wegen persönlicher Empfehlung durch eine Ärztin / einen Arzt, Apotheker*in, Heilpraktiker*in	7 (4)
Verbesserung der durch die Krebserkrankung eingeschränkte Lebensqualität	18 (11)
andere	1 (1)

Durch zwei gezielte Frage wurde festgestellt, inwieweit die Patientinnen sich mit ihrer behandelnden Ärztin / ihrem behandelnden Arzt über eine ergänzende Therapie ausgetauscht hatten (vgl. Tabelle 8). Zunächst ermitteltet eine Frage, ob über eine komplementärmedizinische Therapie gesprochen wurde. Im Weiteren wurden Gründe ermittelt, warum sich die Patientinnen mit der ihrer behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt darüber austauschten, beziehungsweise, warum es bisher nicht zu einem Gespräch gekommen war. Die Gründe für ein Gespräch waren breiter gestreut als die Gründe gegen ein Gespräch. Überwiegend wurde angeführt, dass das Interesse an der Meinung des Arztes (44%) ausschlaggebend für ein Gespräch war. Hingegen führten nahezu alle Patientinnen, die kein Gespräch geführt hatten, diese Tatsache darauf zurück, dass die Ärztin / der Arzt sie nicht angesprochen hatte (90%). War ein Gespräch zwischen Patientin und Ärztin / Arzt zu dem Thema KIM-Anwendung vorausgegangen, so wurden diese Patientinnen gebeten die Reaktion der Ärztin / des Arztes wiederzugeben. Die Mehrheit empfand die Reaktion als unterstützend (28%).

Tabelle 8: Arzt-Patientinnen-Kommunikation

Fragestellung	Anzahl (%)
Haben Sie mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt in der ambulanten Chemotherapie / dem Brustzentrum über Ihre aktuellen komplementärmedizinischen Therapien oder allgemein über diese Methoden gesprochen?	
ja	3 (6)
nein	41 (79)
fehlende Angaben	8 (15)
Falls Sie mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt darüber gesprochen haben, wie war ihre / seine Reaktion?	
ablehnend	3 (8)
unterstützend	10 (28)
neutral	5 (14)
fehlende Angaben	18 (50)

Die Frage, ob bei ihnen bereits in der Vergangenheit einmal eine komplementärmedizinische Therapie stattgefunden hatte, beantworteten 38% der Patientinnen mit „Ja“. Die 38% der Patientinnen, die bereits einmal eine KIM-Anwendung bekommen hatten, wurden in der anschließenden Frage aufgefordert genauer darzulegen, um welche Art von Therapie es sich dabei handelte. In der, bereits aus vorangegangenen Fragen bekannten, Itemauswahl zu verschiedenen gängigen komplementärmedizinischen und alternativen Therapien konnten auch hier passende Items gewählt und weitere ergänzt werden (vgl. Tabelle 9). Vor allem Physiotherapie (12%)

und Massagen (11%) wurden von den Patientinnen in der Vergangenheit angewendet. Als Ergänzungen zu den vorgeschlagenen Therapien gaben Patientinnen eine Behandlung mit Enzympräparaten und Lymphdrainagen an. Auch autogenes Training, Kinesio-Taping, Fußreflexzonenmassage und Nahrungsergänzungen durch L-Carnetin und Selen wurde von Patientinnen ergänzend angegeben. Es folgte eine Freitextfrage zu den Gründen für die Anwendung von KIM in der Vergangenheit. Die zum Teil umfangreichen Ergänzungen beschrieben vor allem körperliche, psychologische oder private Beweggründe. Es wurde von vielseitigen Wirbelsäulen- und Bandscheibenproblemen, Gelenkarthrose, Herzrhythmusstörungen, Migräne, Osteoporose und weiteren Knochen- und Muskelerkrankungen berichtet, die mit KIM behandelt wurden. Viele Patientinnen führten an, KIM bereits wegen Schmerzen, zur Stressbewältigung und gegen Verlustängste angewendet zu haben. Einige hatten KIM aufgrund von Ratschlägen durch Ärztinnen / Ärzte und Therapeut*innen sowie Programmen in Rehabilitationseinrichtungen und bei Heilpraktiker*innen bereits angewendet. Die Durchführung der Maßnahmen erfolgte vor allem durch Hausärztinnen / Hausärzte (41%). Es wurde erfragt, welche / r Therapeut*in die KIM-Therapien durchführte. Die Freitextangaben zu anderen Therapeut*innen umfassten einen bereiten Querschnitt durch sämtliche Heilberufe. Es wurden Therapeuten aus Rehabilitations- und Kureinrichtungen, Physiotherapeut*innen, Osteopath*innen, Sport- und Kunsttherapeut*innen, Apotheker*innen und verschiedene weitere Fachärztinnen / Fachärzte als weitere Anbieter*innen genannt. Einige Patientinnen führten KIM-Anwendungen in Eigenregie durch.

Die Mehrzahl der Anwenderinnen war durch die eigene Hausärztin / den eigenen Hausarzt auf die ergänzende Behandlung durch Komplementärmedizin aufmerksam geworden (21%). Weitere Aufmerksamkeit erregende Informationsquellen waren Fernsehsendungen, Gespräche mit Apotheker*innen und Beratungen in Rehabilitationseinrichtungen. Bei fast der Hälfte der Befragten bestand der Wunsch, dass man sich durch persönliche Beratungsgespräche über komplementärmedizinische Therapien informieren könnte (47%). Auf der letzten Seite des Fragebogens wurden die Patientinnen gefragt, ob sie bereit wären die Kosten für eine Behandlung selbst zu übernehmen, wenn Ihre Krankenkasse die Behandlung mit komplementärmedizinischen Methoden nicht bezahlen würde. Es gaben über 62% an, die Kosten tragen zu wollen. Die weiterführende Frage, wie viel sie monatlich für die komplemen-

tärmedizinische Therapie bereit wären aufzuwenden, schwankte erheblich. Es wurden hier Angaben zwischen 10 und 200 Euro erfasst. Der durchschnittliche Betrag, den die Anwenderinnen bereit waren, selbst pro Monat zu zahlen, betrug etwa 75 Euro. Eine noch breitere Streuung zeigten die Angaben zu den bisherigen Ausgaben für KIM-Therapien in der Vergangenheit. Die Beträge reichten von 0 Euro (kostenlose Kurse oder Selbstanwendung) bis hin zu 2000 Euro (Hypothermieanwendung) pro Monat. Unter Vernachlässigung der Ausreißer wurde hier ein Mittelwert von etwa 58 Euro pro Monat ermittelt. Die Patientinnen wurden weitergehend zu ihrer zeitlichen Vorstellung bezüglich einer möglichen KIM-Therapie in der onkologischen Ambulanz / dem Brustzentrum befragt. Durchschnittlich wurde eine Therapieeinheit von etwa 1,5 Stunden pro Woche gewünscht. Die abschließende Frage des Fragebogens erkundigte sich allgemein nach dem Interesse an einer individuellen komplementärmedizinischen Beratung im Rahmen der onkologischen Behandlung. Hier gaben über 70% der Patientinnen an prinzipiell ein Interesse an einer solchen Beratung zu haben.

Tabelle 9: Vergangene KIM-Anwendung und Interessenlage bezüglich KIM

Fragestellung		Anzahl (%)
Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal komplementärmedizinische Therapien in Anspruch genommen?		
ja		20 (38)
nein		24 (46)
fehlende Angaben		8 (15)
Itemauswahl	aktuell angewendete KIM-Therapie Anzahl (%)	in der Vergangenheit angewandte KIM-Therapie Anzahl (%)
Vitamine / Mineralstoffe	8 (22)	8 (8)
(Heil-) Kräuter	2 (5)	4 (4)
Nahrungsergänzungsmittel	5 (14)	4 (4)
Massage	1 (3)	11 (11)
Chiropraktik	0 (0)	3 (3)
Pilates	2 (5)	0 (0)
Osteopathie	4 (11)	6 (6)
Physiotherapie	3 (8)	12 (12)
Mediation	0 (0)	6 (6)
Tai-Chi	0 (0)	2 (2)
Akupunktur	0 (0)	9 (9)
Qi Gong	1 (3)	3 (3)
Yoga	0 (0)	7 (7)
Musik- / Kunsttherapie	1 (3)	1 (1)
Atmungsübungen	1 (3)	3 (3)
Ozontherapie	0 (0)	0 (0)
Lichttherapie	0 (0)	0 (0)
Homöopathie	0 (0)	8 (8)
Misteltherapie	1 (3)	1 (1)

Hypnotherapie	0 (0)	0 (0)
Ayurveda	0 (0)	0 (0)
Hypothermie	1 (3)	1 (1)
TCM	2 (5)	5 (5)
andere	5 (14)	3 (3)
Fragestellung		Anzahl (%)
Durch wen wurde diese Behandlung (in der Vergangenheit) durchgeführt?		
Hausarzt / Hausärztin		11 (41)
Onkologe / Onkologin		1 (4)
Heilpraktiker*innen		4 (15)
andere		11 (41)
Wie sind Sie auf diese Behandlung (in der Vergangenheit) aufmerksam geworden?		
Internet		5 (14)
Brustzentrum		1 (3)
Hausarzt / Hausärztin		11 (31)
Facharzt / Fachärztin		5 (14)
andere Krebspatient*innen		3 (9)
Freunde / Bekannte / Familie		7 (20)
andere		3 (9)
Welches Informationsmaterial würden Sie sich über KIM-Therapien wünschen?		
persönliches Beratungsgespräch		35 (47)
Flyer / Broschüren		26 (35)
Informationen auf der Homepage der Abteilung		12 (21)
andere		2 (3)
Wenn Ihre Krankenkasse die Behandlung mit komplementärmedizinischen Methoden nicht bezahlen würde, wären Sie bereit die Kosten hierfür selbst zu übernehmen?		
ja		32 (62)
nein		15 (29)
fehlende Angaben		5 (10)
Würden Sie sich durch uns eine individuelle komplementärmedizinische Beratung im Rahmen einer Sprechstunde wünschen?		
ja		37 (71)
nein		9 (17)
fehlende Angaben		6 (12)

3.3 Basisanalyse der Hauptstudie

Der erste Abschnitt der Vollerhebung erfasste soziodemographische Daten. Der höchste schulische Abschluss wurde von mehr als 60% der Befragten als Haupt- / Realschulabschluss angegeben. Weitere soziodemographische Daten wurden zu dem Familienstand, den Kindern und der Religionszugehörigkeit ermittelt (vgl. Tabelle 10). Mehr als zwei Drittel der Befragten hatten eine feste Lebenspartnerschaft. 26% der Patient*innen gaben an, dass sie keine Kinder hätten. Bei 38% der Patient*innen waren die Kinder bereits ausgezogen. Die Altersspanne der Kinder, die im Haushalt der befragten Patient*innen wohnten, war groß. Mit der nachfolgenden Frage wurde erfasst, welchen Krankenversicherungsstatus die Patient*innen besaßen. Die meisten Befragten in der Hauptstudie gaben an, dass Sie gesetzlich versichert gewesen seien.

Tabelle 10: Beschreibung der Hauptstudie

Fragestellung	Anzahl (%)
Was ist der höchste Grad Ihrer Schulausbildung?	
Haupt- / Realschule	40 (61)
Abitur	6 (9)
Studium / Fachhochschule	16 (24)
fehlende Angaben	4 (6)
Wie ist Ihr Familienstand?	
verheiratet / in Partnerschaft	47 (71)
nicht verheiratet / nicht in Partnerschaft	16 (24)
fehlende Angaben	3 (5)
Wie alt ist Ihr jüngstes Kind, welches in Ihrem Haushalt wohnt (falls zutreffend)?	
Ich habe keine Kinder.	17 (26)
Kind(er) wohnt(-en) nicht mehr in meinem Haushalt.	25 (38)
Kind wohnt im Haushalt	17 (26)
fehlende Angaben	7 (11)
Welche Religionszugehörigkeit haben Sie?	
christlich	34 (52)
muslimisch	2 (3)
andere	1 (2)
keine	25 (38)
fehlende Angaben	4 (6)
Wie sind Sie krankenversichert?	
gesetzlich	57 (86)
privat oder mit Krankenhauszusatzversicherung	6 (9)
fehlende Angaben	3 (5)

Die weiteren Fragen erfassten Lebensgewohnheiten und körperliche Daten (vgl. Tabelle 11). Es gaben etwas mehr als 50% der Befragten an, aktive/r Raucher*in oder ehemalige/r Raucher*in zu sein. Fast die Hälfte der Befragten sagte, sie würden nie

Alkohol trinken, und ebenfalls fast die Hälfte gaben an keinen Sport zu treiben. Die erhobenen Daten zum aktuellen Körpergewicht und der Körpergröße sind in Tabelle 11 zusammengefasst. Aus den Angaben ließ sich ein durchschnittlicher BMI von 27 errechnen.

Tabelle 11: Lebensgewohnheiten der Befragten

Merkmale	Gesamtzahl	Minimum	Maximum	Mittelwert (SD)
aktuelles Körpergewicht [kg]	65	47	123	76 (18)
aktuelle Körpergröße [cm]	65	153	186	167 (8)
Fragestellung			Anzahl (%)	
Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?				
nein, niemals			26 (39)	
ja, früher			31 (47)	
ja, ich rauche momentan			6 (9)	
fehlende Angaben			3 (5)	
Wie oft in der Woche trinken Sie ein alkoholisches Getränk?				
nie			32 (50)	
1-2 Mal pro Woche			21 (32)	
3-6 Mal pro Woche			4 (6)	
eher jeden Tag			1 (2)	
fehlende Angaben			8 (12)	
Treiben Sie regelmäßig Sport?				
nein, niemals			31 (50)	
ja, ca. 1 Stunden in der Woche			20 (32)	
ja, ca. 2-4 Stunden in der Woche			11 (6)	
ja, mehr als 4 Stunden in der Woche			1 (2)	
fehlende Angaben			3 (5)	

Das Ernährungsverhalten wurde mit sieben Fragen erfasst (vgl. Tabelle 12). Es wurde gebeten Stellung zu den täglichen Portionen an Obst und Gemüse, sowie zu bewusst fettarmer Ernährung zu nehmen. Bei jeweils mehr als einem Drittel war es üblich, täglich einmal oder ca. zwei- bis dreimal Obst und / oder Gemüse zu essen. Eine bewusst fettarme Ernährung wurde von 38% eingehalten, wohingegen sich 44% der Befragten nicht einer solchen Diät unterzogen. Es wurde durch den Fragebogen weiterführend erfasst, ob ein generelles Interesse an Diäten und Ernährungsprogrammen besteht und was die Beweggründe hinter bisher durchgeführten Ernährungsumstellungen waren. Die mit einer Ernährungsumstellung verbundenen Hoffnungen wurden abgefragt. Die nachfolgende Frage erfasste die tatsächliche Anzahl an Betroffenen, die bereits in der Vergangenheit diätetische Lebensmittel verwendet hatten. Hier zeigte sich, dass zwar das Interesse groß war, jedoch tatsächlich nur 12% der Erkrankten bereits eine Ernährungsumstellung mitgemacht hatten. 83%

hatten zuvor noch nie diätetische Lebensmittel angewandt. Wenn die Patient*innen angaben, bereits diätetische Lebensmittel angewandt zu haben, wurden sie gebeten diese in der Freitexteingabe aufzulisten. Hier zeigte sich, dass fettreduzierte und zuckerarme Diätprodukte gerne konsumiert wurden. Um einen Eindruck des allgemeinen Gesundheitszustandes der Patienten zu erfassen, wurde nachfolgend gefragt, ob die Krankheit Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“) vorlag. Die Mehrheit der Patient*innen (88%) gab an, dass Sie unter der sogenannten Zuckerkrankheit litten.

Tabelle 12: Ernährungsgewohnheiten der Befragten

Fragestellung	Anzahl (%)
Wie oft pro Tag essen Sie Obst oder Gemüse in einzelnen Portionen?	
Ich esse Obst und / oder Gemüse eher unregelmäßig.	11 (17)
Ich esse Obst und / oder Gemüse ca. 1mal pro Tag.	23 (35)
Ich esse Obst und / oder Gemüse ca. 2-3mal pro Tag.	24 (36)
Ich esse Obst und / oder Gemüse ca. 4-5mal pro Tag.	6 (9)
fehlende Angaben	2 (3)
Achten Sie bewusst auf eine fettarme Ernährung?	
nein	29 (44)
ja, ich ernähre mich vorwiegend fettarm	25 (38)
kann ich nicht beurteilen	10 (15)
fehlende Angaben	2 (3)
Interessieren Sie sich für Diäten und Ernährungsprogramme?	
nein, nie	33 (50)
ja, schon vor meiner Krebserkrankung	26 (39)
ja, seit ich Krebs habe	5 (8)
fehlende Angaben	2 (3)
Haben Sie bereits eine Diät mit dem Ziel der Gewichtsabnahme gemacht?	
nein	39 (59)
ja	25 (38)
fehlende Angaben	2 (3)
Würden Sie sich von einer Diät oder Ernährungsumstellung eine bessere Lebensqualität erhoffen?	
nein	22 (33)
ja, ich ernähre mich vorwiegend fettarm	18 (27)
weiß ich nicht	24 (36)
fehlende Angaben	2 (3)
Würden Sie sich von einer Diät oder einer Ernährungsumstellung eine bessere Krebsheilung erhoffen?	
ja	15 (23)
nein	21 (32)
weiß ich nicht	27 (41)
fehlende Angaben	3 (5)
Haben Sie bereits diätetische Lebensmittel angewandt?	
nein	55 (83)
ja	8 (12)
fehlende Angaben	3 (5)

Der nachfolgende Abschnitt erfasste das Interesse und den Informationsstand in Bezug auf integrative Medizin (vgl. Tabelle 13). 42% der Befragten hatte kein Interesse an integrativer Medizin. Etwa ein Viertel der Befragten hatte bereits vor der Erkrankung ein Interesse an integrativer Medizin, bei einem weiteren Viertel entwickelte sich das Interesse erst durch die Diagnosestellung. Der allgemeine Informationsstand über verschiedene integrative Methoden wurde als gering angegeben. Nur 20% hatten im Vorfeld bereits Informationen zu integrativer Medizin eingeholt.

Tabelle 13: Interesse und Wissensstand zur integrativen Medizin

Fragestellung	Anzahl (%)
Interessieren Sie sich für integrative (früher komplementärmedizinische und alternative = unterstützende, ergänzende) Medizin?	
nein, nie	28 (42)
ja, schon vor meiner Krebserkrankung	15 (23)
ja, seit dem Zeitpunkt meiner Krebserkrankung	16 (24)
fehlende Angaben	7 (11)
Haben Sie sich schon über Methoden der integrativen Therapien informiert?	
ja	13 (20)
nein	49 (74)
weiß ich nicht	3 (5)
fehlende Angaben	7 (11)
Wie viel haben Sie sich bereits über Methoden der integrativen Therapien informiert?	
etwas	8 (62)
mittel	2 (15)
ausführlich	2 (15)
fehlende Angaben	1 (8)

Der nächste Fragebogenabschnitt erfasste die aktuell bei dem Patienten vorliegende onkologische Erkrankung (vgl. Tabelle 14). Durch eine erweiternde Freitextangabe konnte das Datum der Diagnose dieser Erkrankung mitgeteilt werden. Der Großteil der befragten Patient*innen hatte Brustkrebs (41%) oder Lungenkrebs (24%). Weitere Krebserkrankungen waren Lymphome, Ovarialkarzinom, Schilddrüsenkrebs, Speicheldrüsenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Speiseröhrenkrebs, Blasenkrebs, Gebärmutterkörperkrebs (Endometriumkarzinom), Gebärmutterhalskrebs und Nierenkrebs. Die für Therapie und Prognose relevante Frage, ob Metastasen vorliegen würden, wurde nachfolgend gestellt. Die Patient*innen, bei denen Metastasen nachgewiesen worden waren, wurden gebeten eine Ergänzungsfrage zu beantworten. Es sollte die genaue Lokalisation der Metastasen benannt werden. Hier wurde nicht weiter nachgefragt, ob es sich um lokale Metastasen handelte oder ob Fernmetastasen diagnostiziert wurden. Aufgrund dieser Ungenauigkeit ist kein

Rückschluss auf das Tumorstadium oder die Intention des Behandlungsansatzes (kurrativ / palliativ) möglich. Die anschließenden Fragen richteten ihr Augenmerk auf die bereits stattgefunden und geplanten Therapien im Rahmen der schulmedizinischen Versorgung bei Krebserkrankungen. Es wurde abgefragt, ob bereits eine Operation aufgrund der Krebserkrankung unternommen worden war und ob aktuell, oder in der Vergangenheit, eine Strahlen- oder Chemotherapie durchgeführt wurde.

Tabelle 14: Aktuelle Krebserkrankung und -therapie

Fragestellung	Anzahl (%)
Haben Sie Metastasen?	
ja	23 (35)
nein	29 (44)
weiß ich nicht	6 (9)
fehlende Angaben	8 (12)
Wo haben Sie die Metastasen?	
Knochen	5 (17)
Leber	6 (20)
Lunge	8 (27)
Gehirn	1 (3)
Lymphknoten	9 (30)
Lungenfell (Pleurakarzinose)	1 (3)
Bauchfell (Peritonealkarzinose)	0 (0)
Wurden Sie wegen Ihrer Krebserkrankung bereits operiert?	
ja	29 (44)
nein, ist aber geplant	15 (23)
nein, ist auch nicht geplant	19 (29)
weiß ich nicht	1 (2)
fehlende Angaben	2 (3)
Erhalten Sie aktuell eine Chemotherapie oder haben Sie in der Vergangenheit eine Chemotherapie erhalten?	
ja	60 (91)
nein	3 (5)
fehlende Angaben	3 (5)
Erhalten Sie aktuell eine Strahlentherapie?	
ja	29 (44)
nein	35 (53)
fehlende Angaben	2 (3)

Der nachfolgende Abschnitt befragte die Patient*innen nach den bisherigen Gewohnheiten zur Anwendung und der aktuellen Anwendung von integrativen Therapien. Unterteilt wurden die integrativen Therapiemethoden in das medizinische System, Psyche-Körper-Interventionen, manipulative und Körper-Therapien, biologische Therapien, energetische Therapien und sonstige Therapien. Die genaue Verteilung der Inanspruchnahme ist in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Nutzung von KIM-Therapien

Fragestellung	Anzahl (%)		
Welche Methoden der integrativen Therapien wenden Sie aktuell an bzw. haben Sie früher angewandt?			
Medizinische Systeme	9 (14)		
Psyche-Körper-Interventionen	20 (30)		
Manipulative und Körpertherapien	34 (52)		
Biologische Therapien	25 (38)		
Energetische Therapien	4 (6)		
Sonstige Therapien	18 (27)		
Therapie	ja bzw. früher	nie bzw. weiß ich nicht	fehlende Angaben
Medizinische Systeme (medical systems)			
Anthroposophische Medizin	1 (2)	48 (73)	17 (26)
Ayurveda	0 (0)	50 (76)	16 (24)
Homöopathie	8 (12)	45 (68)	13 (20)
Wassertherapie nach Sebastian Kneipp	2 (3)	48 (73)	16 (24)
Ordnungstherapie nach Sebastian Kneipp	0 (0)	50 (76)	16 (24)
Pflanzentherapie nach Sebastian Kneipp	2 (3)	48 (73)	16 (24)
Bewegungstherapie nach Sebastian Kneipp	1 (2)	49 (74)	16 (24)
Pflanzentherapie nach Sebastian Kneipp	0 (0)	50 (76)	16 (24)
TCM	3 (5)	48 (73)	15 (23)
Psyche-Körper-Interventionen (mind-body)			
Autogenes Training	11 (17)	40 (61)	15 (23)
Biofeedback	1 (2)	48 (73)	17 (26)
Gebete	5 (8)	45 (68)	16 (24)
Hypnose	1 (2)	48 (73)	17 (26)
Kunsttherapie	2 (3)	47 (71)	17 (26)
Meditation	3 (5)	47 (71)	16 (24)
Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson	5 (8)	44 (67)	17 (26)
Qigong	4 (6)	44 (67)	18 (27)
Reiki	3 (5)	46 (70)	17 (26)
Simonton-Methode	0 (0)	47 (71)	19 (29)
Sophrologie	0 (0)	47 (71)	19 (29)
Thai Chi	1 (2)	46 (70)	19 (29)
Yoga und Hormonyoga	5 (8)	44 (67)	17 (26)
Manipulative und Körper-Therapien (body based)			
Akupunktur / Akupressur	6 (9)	42 (64)	18 (27)
Chiropraxis / Manuelle Therapie	8 (12)	41 (62)	17 (26)
Fußreflexzonenmassage	2 (3)	45 (68)	19 (29)
Hydro- und Thermotherapie	0 (0)	47 (71)	19 (29)
Massage und Lymphdrainage	14 (21)	37 (56)	15 (23)
Neuraltherapie	0 (0)	48 (73)	18 (27)
Rolfing	1 (2)	47 (71)	18 (27)
Osteopathie	7 (11)	42 (64)	17 (26)
Shiatsu	1 (2)	47 (71)	18 (27)
Sport / Bewegung	23 (45)	25 (38)	18 (27)
Biologische Therapien (biological based)			
Ernährungsrichtlinien	8 (12)	41 (62)	17 (26)
Immunstimulanzen und Krebsimmuntherapie	2 (3)	45 (68)	19 (29)
Krebsdiät	0 (0)	47 (71)	19 (29)
Misteltherapie	4 (6)	44 (67)	18 (27)

Orthomolekulare Therapie	0 (0)	47 (71)	19 (29)
Pflanzentherapie	2 (3)	46 (70)	18 (27)
Probiotika	5 (8)	43 (65)	18 (27)
Schüßler-Salze	7 (11)	41 (62)	18 (27)
Vitamine	18 (27)	29 (44)	19 (29)
Spurenelemente	10 (15)	37 (56)	18 (27)
Enzyme	4 (6)	44 (67)	18 (27)
Energetische Therapien (energy based)			
Elektrotherapie	2 (3)	45 (68)	19 (29)
Licht- und Heliotherapie	2 (3)	44 (67)	20 (30)
Sonstiges			
Antihormotoxikologie	0 (0)	48 (73)	18 (27)
Chronotherapie	0 (0)	48 (73)	18 (27)
Klimatherapie	0 (0)	47 (71)	19 (29)
Ozon- und Sauerstofftherapie	0 (0)	47 (71)	19 (29)

Die Patient*innen wurden gefragt, welche Beschwerden aktuell für sie am wichtigsten waren und wie groß die dadurch entstehenden Beeinträchtigungen waren (vgl. Tabelle 16). Hierbei beschrieben 67% der Patient*innen Fatigue / Müdigkeit und Antriebslosigkeit als besonders beeinträchtigende Beschwerde. Depressive Verstimmungen (35%) und Schmerzen (30%) sowie reduzierte Denkfähigkeit (28%) und Beeinträchtigungen in der Sexualaktivität (24%) wurden ebenfalls als Beeinträchtigungen hervorgehoben. Weiterhin waren gastrointestinale Beschwerden und Schlafprobleme immer wieder als beeinträchtigende Beschwerden angeführt. Die Patient*innen sagten aus, dass alle genannten Beschwerden sie immer oder oft stark beeinträchtigen würden. Um das KIM-Informationsangebot den Bedürfnissen der Patient*innen besser anpassen zu können, wurden die Patient*innen gebeten Angaben zu dem bevorzugten Informationsmaterial zu machen. Die Mehrheit der Patient*innen (45%) wünschte sich ein persönliches Beratungsgespräch zum Informationsgewinn über komplementärmedizinische Therapien. Auch Flyer und Broschüren wurden als willkommenes Informationsmaterial angegeben. Der letzte Abschnitt des Fragebogens erfasste die Bereitschaft zur Kostenübernahme für komplementäre Therapien. 42% der Erkrankten sagten aus, dass sie keine Kosten für komplementärmedizinische Therapien übernehmen wollten. Wurde die Frage zur möglichen Kostenübernahme bejaht, so wurde um die genauere Ausführung der Antwort mit zwei weiteren Fragen gebeten. Es wurde erfragt, welchen Betrag die Betroffenen monatlich für komplementärmedizinische Behandlungen auszugeben bereit wären. Im Durchschnitt waren die Befragten bereit 123 Euro monatlich aufzuwenden, wobei die Mehrheit einen Betrag zwischen 0 bis 50 Euro präferierte. Die

Frage, wie hoch die bisherigen Ausgaben für KIM-Therapien waren, beantworten die meisten mit einem Betrag unter 50 Euro monatlich. Auffällig war dabei, dass viele Patient*innen kostenlose Therapieangebote nutzten oder eine Selbsttherapie ohne geldwerten Mehraufwand betrieben. Die Patient*innen wurden gefragt, wie oft sie an einem möglichen komplementärmedizinischen Therapieangebot teilnehmen würden, sollte ein solches implementiert werden. Auch die optimale Dauer einer solchen Therapieeinheit wurde abgefragt. Viele Patienten machten keine Angaben zu diesen Fragen. Als wünschenswertestes Angebot stellte sich eine ein- bis zweimal pro Monat (36%) angebotene Therapieeinheit von 30-60 Minuten (42%) heraus. Die Patient*innen wurden gefragt, ob sie Interesse an einer komplementärmedizinischen Sprechstunde hätten. Mehr als die Hälfte der Patient*innen (55%) wünschte sich eine solche individuelle Beratung im persönlichen Gespräch. Die Patient*innen wurden anschließend gefragt, welche Ziele sie mit der zusätzlichen Anwendung von integrativer Medizin verfolgten. Hierzu wurden Nah- und Fernziele formuliert. Die Verlängerung der Lebenszeit (56%) bei Krebserkrankungen wurde als vorrangiges Nahziel angegeben. Weiterhin wichtig war die Hoffnung auf eine Verzögerung des Wiederauftretens der Erkrankung (Rezidiv) oder von Metastasen bei Krebserkrankungen (52%) durch komplementäre Medizin. Ebenso erstrebenswert war den Patient*innen das Ziel einer Verbesserung der Stress- und Krankheitsbewältigung (52%) durch die ergänzende Therapie. Die Verzögerung des Wiederauftretens der Erkrankung (Rezidiv) oder von Metastasen bei Krebserkrankungen (62%) war das wichtigste Fernziel, gefolgt von dem Wunsch nach einer Verlängerung der Lebenszeit bei Krebserkrankungen (58%) durch die angewendete komplementärmedizinische Therapie. Zusammenfassend war in Bezug auf die Nah- und Fernziele, eine große Erwartungshaltung bei den Erkrankten auszumachen.

Tabelle 16: Beschwerden, Ziele und Wünsche der Studienteilnehmer*innen

Fragestellung	Anzahl (%)
Welche Beschwerden stehen für Sie aktuell im Vordergrund?	
Reduzierte Denkfähigkeit	13 (28)
Fatigue / Müdigkeit / Antriebslosigkeit	31 (67)
Schmerzen	14 (30)
Wechseljahrbeschwerden	6 (13)
Durchfall	9 (20)
Verstopfung	8 (17)
Depressive Verstimmung	16 (35)
Beeinträchtigte Sexualaktivität	11 (24)

Welches Informationsmaterial wünschen Sie sich über komplementärmedizinische Themen?		
Persönliches Beratungsgespräch	30 (45)	
Flyer / Broschüren	16 (24)	
Informationen auf der Homepage der Abteilung	6 (9)	
fehlende Angaben	14 (21)	
Wenn Ihre Krankenkasse die Behandlung mit komplementärmedizinischen Methoden nicht bezahlen würde, wären Sie bereit Kosten hierfür zu übernehmen?		
ja	17 (26)	
nein	28 (42)	
fehlende Angaben	21 (32)	
Wenn in Zukunft ein komplementärmedizinisches Angebot besteht, wie oft würden Sie dieses in Anspruch nehmen?		
1-2 Mal pro Monat	24 (36)	
1-2 Mal pro Woche	12 (18)	
mehr als 2 Mal pro Woche	1 (2)	
fehlende Angaben	29 (44)	
Wie lange sollte eine komplementärmedizinische Therapieeinheit dauern?		
weniger als 30 Minuten	7 (11)	
30-60 Minuten	28 (42)	
mehr als 60 Minuten	5 (8)	
fehlende Angaben	26 (39)	
Würden Sie sich durch uns eine individuelle komplementärmedizinische Beratung im Rahmen einer Sprechstunde wünschen?		
ja	36 (55)	
nein	15 (23)	
fehlende Angaben	15 (23)	
Welche Ziele haben Sie mit der zusätzlichen Verwendung der Integrativen Medizin?		
	Welche Ziele wollen Sie sofort erreichen? Anzahl (%)	Welche Ziele wollen Sie auf lange Sicht erreichen? Anzahl (%)
Linderung von Symptomen der Krebserkrankung	28 (42)	20 (30)
Reduktion von Nebenwirkungen der konventionellen (Krebs-) Therapie	22 (33)	23 (35)
Verbesserung der Stress- und Krankheitsbewältigung	34 (52)	29 (44)
Verbesserung der krankheitsbezogenen Lebensqualität	16 (24)	16 (24)
Stabilisierung von Körper, Seele und Geist	30 (46)	28 (42)
Aktive Mitarbeit zur Bewältigung der Krebserkrankung	26 (39)	24 (36)
Verzögerung des Wiederauftretens der Erkrankung (Rezidiv) oder von Metastasen bei Krebserkrankungen	34 (52)	41 (62)
Verlängerung der Lebenszeit bei Krebserkrankungen	37 (56)	38 (58)

4 Diskussion

4.1 Diskussion der Ergebnisse aus der Pilotstudie

4.1.1 Grundcharakteristika der Befragten in der Pilotstudie

Die soziodemographischen Daten dieser Erhebung decken sich mit den Darstellungen von Wanchai u.a., dass vor allem junge Patientinnen KIM nutzten (Bishop and Lewith, 2010; Wanchai et al., 2010). Verschiedene Studien befassten sich mit Ätiologie und Risikofaktoren von Brustkrebs (Gerber et al., 2006) und nannten dabei neben individueller Ernährung (fetthaltige Ernährung, Vitamine) auch den Lebensstil betreffende Einflussgrößen wie Rauchgewohnheiten und Alkohol-Trinkverhalten sowie Sport (Gerber, 2001). Es zeigte sich, dass unter den Patientinnen etwas weniger aktive Raucherinnen als im bundesdeutschen Durchschnitt (Nier, 2019) waren. Zu den KIM-Nutzungszusammenhängen von aktiven Raucher*innen und Ex-Raucherinnen gibt es wenige Angaben in der Literatur. So fanden Bruke u.a. beispielsweise heraus, dass Ex-Raucher*innen in den USA vermehrt Akupunktur anwenden (Burke et al., 2006). Die sportliche Betätigung war bei vielen Patientinnen moderat und entspricht dem wöchentlichen Pensum größerer Vergleichsgruppen (Kleine Wortmann et al., 2016). Wie in der Studie von Moschèn u.a. gezeigt wurde, ist die Ernährung eine sehr wichtige Stellschraube für viele Patient*innen, um bei einer durch Krankheit veränderten Lebenssituation weiterhin selbstbestimmt Entscheidungen treffen zu können (Moschèn et al., 2001). Das Augenmerk der Pilotstudie lag auf der Untersuchung von Essgewohnheiten und auf der Evaluation der Motivation nach einer onkologischen Diagnose die Ernährung umzustellen.

Der gesteigerte Fleischkonsum kann mit gastrointestinalen Krebserkrankungen assoziiert sein (Larsson and Wolk, 2006). Verlässliche Daten zur Vergesellschaftung mit Brustkrebs stehen jedoch noch aus (Linseisen and Becker, 2002). Die Studienteilnehmerinnen der Pilotstudie zeigten insgesamt ein Ernährungsverhalten, das mit mehreren Portionen frischem Obst und Gemüse täglich sowie einem moderaten Fleischkonsum über die Woche hinweg, den Vorschlägen für eine krebsvorbeugende Ernährung entsprechen (Boeing et al., 2012; Linseisen and Becker, 2002). Das in dieser Studie nachgewiesene breite Interesse an speziellen Krebsdi-

äten und Ernährungsumstellungen (62%) konnte durch vergleichbare Umfragen untermauert werden (Huebner et al., 2014b; Wanchai et al., 2010). Die Hoffnungen, die sich aus einer Ernährungsumstellung ergaben, deckten sich mit den Gründen für eine Inanspruchnahme von KIM, die die Patientinnen in der Umfrage äußerten (Moschèn et al., 2001). Das Stärken des Immunsystems war dabei vorrangiges Ziel, gefolgt vom Wunsch selbst etwas gegen die Krankheit zu unternehmen und etwas für die eigene psychische Gesundheit zu tun. Diese Beobachtungen deckten sich größtenteils mit den Analysen von Sasagawa u.a. (Sasagawa et al., 2008). Die Nebenwirkungen der Therapie abzumildern, wurde in der Pilotstudie und anderen Studien ebenfalls häufig als Grund angeführt (Söllner et al., 2000; Weis et al., 1998). Die Verbesserung der Lebensqualität war darüber hinaus einer der entscheidenden Beweggründe für eine bewusste Ernährungsumstellung (Klafke et al., 2016). Der Einfluss des Alkoholkonsums ist in der Studie mit ausschließlich gynäkologischen Patientinnen nicht weiter untersucht worden, er ist jedoch als ein Risikofaktor bei bestimmten Krebserkrankungen hinlänglich nachgewiesen (Gerber, 2001). Da hier nicht eine Veränderung des Trinkverhaltens erfasst wurde, sondern nur die aktuell regelmäßig konsumierte Menge an Alkohol erfragt wurde, konnte nicht überprüft werden, ob sich die Patientinnen durch eine bewusste Vermeidung schädlichen Alkoholkonsums positive Effekte im Krankheitsgeschehen erhofften, wie in der Literatur beschrieben (Paul et al., 2013).

Um einen detaillierteren Eindruck der Relevanz der Krebsdiagnose auf die Umstellung der Ernährungs- und Lebensgewohnheiten zu erlangen wurde erfragt, seit wann das Interesse an KIM bestand. Hier zeigte sich bei 50% der an KIM Interessierten, dass sich dieses Interesse erst durch die Erkrankung und deren Therapie entwickelt hatte. Paul u.a. konnten bei ihren Interviews mit Patient*innen in fortgeschrittenen Krebsstadien zeigen, dass 68% der Patient*innen bereits in der Vergangenheit KIM anwendeten (Paul et al., 2013). Da das Tumorstadium in der Pilotstudie nicht genau erfasst wird, die Metastasierung nicht genau verifiziert wird und auch das Therapieziel, im Sinne eines kurativen oder palliativen Ansatzes, nicht bei allen Betroffenen erhoben wird ist eine etwaige Datenauswertung nicht möglich. Dennoch ergab die Pilotstudie 27% KIM-Anwenderinnen. Um die Hintergründe zur Anwendung gegenüber Nichtanwendung genauer zu beleuchten, wurde in der Hauptstudie die Frage ergänzt, welche Motivation hinter bisher durchgeführten biologischen Therapien steckte. Die bisherigen Nichtanwenderinnen gaben an, dass schlechte

Erfahrungen und kein Angebot etwaiger Therapien in der Vergangenheit der Nutzung entgegensprachen. In der Literatur wird zudem eine schlechte Qualität der Informationen über KIM und zum Teil widersprüchliche Daten, was den Patient*innen eine systematische und fundierte Wissensbeschaffung erschwert, angeprangert (Brauer et al., 2010; Broom and Tovey, 2008; Corner et al., 2009). Die Pilotstudie kommt zu denselben Ergebnissen und zeigt, dass die Patientinnen in der Vergangenheit ihre Informationen von Hausärztinnen / Hausärzten und aus dem Familien- / Freundeskreis erhielten. Sie wünschten sich auch weiterhin eine persönliche Beratung und waren gegenüber weiterführenden Informationen in Form von Flyern oder Broschüren aufgeschlossener als gegenüber Informationen aus dem Internet.

4.1.2 Anwendung von KIM in der Pilotstudie

Die aktuelle Nutzung von KIM unter gynäkologisch Krebserkrankten und hier besonders Brustkrebspatientinnen lag mit nur 27% hinter den Erwartungen. In einem älteren systematischen Review zeigten Gerber u.a. eine Nutzung zwischen 48 und 98% (Gerber et al., 2006), wohingegen neuere Forschungsergebnisse für Patient*innen aus Großbritannien und Deutschland eine 10 bis über 50%ige Nutzung von komplementärmedizinischen Therapien darlegen (Bishop and Lewith, 2010; Eardley et al., 2012; Fischer et al., 2014). Diese breite Variabilität ist vermutlich dem Gebrauch uneinheitlicher Definitionen und einer nichtsystematischen Erfassung der KIM-Anwendungen geschuldet (Söllner et al., 2000). Gründe für die Anwendung von KIM waren in der Befragung aus der Pilotstudie ebenso breit gestreut, wie in der Literatur (Bao et al., 2014; Eardley et al., 2012; Esch et al., 2013; Klafke et al., 2016). Häufig wurde KIM angewendet um verschiedene Nebenwirkungen der vornehmlich durchgeführten Chemotherapie (61%) gegen den Krebs abzumildern. Die Auswertung der am stärksten einschränkenden Beschwerden und Ängste ergab, dass Schmerzen und Übelkeit, chronische Erschöpfung und Schlafstörungen, Schleimhauttrockenheit sowie Missempfindungen und depressive Verstimmungen den Alltag am stärksten einschränkten. Vielen dieser Einschränkungen versuchten die Patientinnen durch KIM-Therapien entgegenzuwirken. Dabei konnte übereinstimmend mit Corner u.a. festgestellt werden, dass die Patienten mehrheitlich KIM anwendeten, um eine generelle Verbesserung ihrer Gesundheit zu erreichen und nicht nur um eine spezifische Nebenwirkung zu bekämpfen (Corner et al., 2009). Es

bleibt festzustellen, dass manipulative und Körpertherapien (Physiotherapie, Massagen, Chiropraktik und Akupunktur) am häufigsten angewendet wurden, gefolgt von biologischen Therapien (Vitamine, Mineralstoffe, Kräuter und Nahrungsergänzungsmittel). Klafke u.a. stellen anschaulich dar, dass diese Körper-Therapien zu den evidenzbasierten KIM-Methoden gehören, um krebsbedingte Beschwerden zu lindern (Klafke et al., 2016). Das Interesse an KIM hat sich bei dem beobachteten Patientenkollektiv mit der Diagnosestellung und dem Therapiebeginn deutlich erhöht. Eine ähnliche Entwicklung ist auch in der Untersuchung von Andersen u.a. mit gynäkologischen Patientinnen beschrieben worden, bei denen mit dem Zeitpunkt der Diagnose die informative Konsultation bei KIM-Anbietern zunahm (Andersen et al., 2012). Dass das Einkommen einen entscheidenden Faktor in der Nutzung von zu Teil kostspieligen KIM- Anwendungen ist, konnte durch die Pilotstudie nicht belegt werden. Es zeigt sich auch in der Literatur keine eindeutige Evidenz diesbezüglich, aber die vorgeschlagenen Kostenrahmen für selbstfinanzierte KIM-Anwendungen und die Auswertung der bisher ausgegebenen Beträge für KIM-Anwendungen sprechen dafür, dass unabhängig vom Einkommen die Kosten für integrative Therapien überschaubar und möglichst gering gehalten werden sollten (Bishop and Lewith, 2010). Wie in der Pilotstudie festgestellt wurde, waren weniger als die Hälfte der KIM-Therapeuten Ärzt*innen. Wenn die KIM-Behandlung ärztlicherseits durchgeführt wurde, so waren es vor allem Hausärzt*innen, was die Literatur ebenfalls so darlegt (Joos et al., 2008; Münstedt et al., 2014). Offen bleibt bei der Pilotstudie die Frage, ob die therapierenden Hausärzt*innen eine besondere Qualifikation zur KIM-Anwendung erlangt hatten. Der Literatur ist zu entnehmen, dass unter anderem die Zusatzqualifikationen Naturheilkunde und Chiropraktik/manuelle Therapie in den vergangenen Jahren steigende Ausbildungszahlen verzeichneten, aber auch viele Hausärzt*innen ohne besondere fachliche Weiterbildung regelmäßig KIM-Verfahren in der täglichen Patientenversorgung anwenden. Dass es erfolgreiche Konzepte gibt, um nicht ärztliches (aber medizinisches) Personal, wie beispielsweise Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, in der Durchführung von KIM-Therapien zu schulen, wird ebenfalls in mehreren Studien dargelegt (Klafke et al., 2016, 2015). Die häufig enge Bindung zu Patient*innen, sowie gute Kommunikationsfähigkeiten des medizinischen Pflegepersonals sind nicht zu unterschätzende Vorteile, die in Zukunft verstärkt für vertrauensvolle KIM-Anwendungen genutzt werden sollten.

4.1.3 Kommunikation mit Ärztinnen / Ärzten in der Pilotstudie

Die Arzt-Patientinnen-Kommunikation stellte sich als ein entscheidender Faktor der Anwendung bzw. der Nicht-Anwendung von KIM heraus. Eine kanadische Studie zeigte, dass es den Patient*innen wichtig war über KIM mit ihrer behandelnden Ärztin / ihrem behandelnden Arzt zu sprechen, jedoch die Initiative von der Ärztin / dem Arzt ausgehen sollte (King et al., 2015). Dieses Ergebnis entspricht den Erfahrungen aus der Pilotstudie. Die breite Mehrheit (79%) sagte in der Pilotstudie aus, dass sie noch kein Gespräch mit einer Ärztin / einem Arzt über KIM geführt hätten. Diese Beobachtung spiegelt sich in aktueller Literatur wider (Huebner et al., 2014b; King et al., 2015). Damit liegt die Präsenz des Themas KIM in den Gesprächen bei den befragten gynäkologischen Patientinnen der Pilotstudie mit 6% deutlich hinter anderen Ländern (durchschnittlich über 50%) und vergleichbaren Studiengruppen (Huebner et al., 2014a; Wanchai et al., 2010). Persönliche Beratung in einer komplementärmedizinischen Sprechstunde kann ein erster Schritt in der Aufarbeitung einer fehlenden Kommunikation sein und um möglicherweise vorliegende Bedenken auszuräumen (Kleine Wortmann et al., 2016; Legenne et al., 2015). Wenn ein Gespräch stattfand, so war der Grund hierfür zumeist der Wunsch die Einstellung der Ärztin / des Arztes zu erfahren, weniger um sich weitere Informationen zu beschaffen (King et al., 2015). Das Ergebnis aus der Pilotstudie, dass nur 11% der behandelnden Ärztinnen / Ärzte ihre Patientinnen nach einer komplementärmedizinischen Therapie fragten, decken sich mit der Darstellung einer großen deutschen Online-Befragung von Huebner u.a., bei der gezeigt wurde, dass die behandelnden Onkolog*innen keine Zeit für Diskussionen über KIM-Therapien einräumten (Huebner et al., 2014b). Bei der Pilotstudienbefragung konzentrierte man sich auf die Kommunikation zwischen der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt und der Patientin, wohingegen Huebner u.a. auch andere KIM-Therapeut*innen als Kommunikationspartner*in mit einbezog (Huebner et al., 2014b). Es ist wichtig darzustellen, dass es sich bei nicht ärztlich abgesprochen angewandten KIM-Therapien um eine möglicherweise gefährliche Informationslücke für den / die Patient*innen handelt (Fischer et al., 2014; Paul et al., 2013). Daher stellt die Erarbeitung eines optimierten Informations- und Beratungskonzeptes, sowie die Motivation hin

zu einer offenen Kommunikationsführung, eine wichtige Säule in der sicheren Behandlung onkologisch Erkrankter mit KIM dar (Balneaves et al., 2007; Huebner et al., 2014b).

4.2 Diskussion der Ergebnisse aus der Hauptstudie

4.2.1 Grundcharakteristika der Befragten in der Hauptstudie

Die Studienteilnehmer*innen der Hauptstudie stellten ein heterogenes Patientenkollektiv dar. Wegen fehlender Erhebung des Alters und des Geschlechts sind hier keine Vergleiche mit der Literatur möglich. Weiterhin waren aufgrund der großen Diversität in dem kleinen Patientenkollektiv keine Aussagen zum Einfluss des Bildungsstandes und der familiären Situation auf die Inanspruchnahme von KIM-Therapien möglich. In der Literatur wird der Einfluss von Bildung ohnehin kontrovers diskutiert (Bishop and Lewith, 2010; Kleine Wortmann et al., 2016). Bereits der Vergleich der unterschiedlichen Patientenkollektive aus der Pilot- und der Hauptstudie zeigte erhebliche Unterschiede bezüglich der Rauchgewohnheiten. Um hier aussagekräftige Schlussfolgerungen ziehen zu können, ist zu berücksichtigen, dass das Patientenkollektiv der Pilotstudie ausschließlich Frauen einschloss und diese im Durchschnitt seltener rauchen als Männer (Nier, 2019). Es fanden Krug u.a. heraus, dass aktive Raucher*innen sich häufig von Hausärzt*innen, die selten KIM-Anwendungen durchführten, behandeln ließen (Krug et al., 2016). Diese Beobachtung ist nur teilweise mit den erhobenen Daten aus der Hauptstudie in Einklang zu bringen. Zwar war der Anteil an Raucher*innen in der Hauptstudie höher und der Anteil an KIM-Nutzer*innen geringer, aber in der Hauptstudie hatten mehr Patient*innen das Rauchen bereits aufgegeben. Es gab auch weniger aktive Raucher*innen als in der Pilotstudie. Mit der Literatur verglichen war der regelmäßige Alkoholkonsum in beiden Studien vergleichsweise gering und die Anzahl an Abstinenzler*innen überdurchschnittlich hoch (Kleine Wortmann et al., 2016), aber bei dieser Auswertung ist die hohe Anzahl fehlender Angaben zu berücksichtigen. Die geringe sportliche Aktivität der Krebspatient*innen in der Hauptstudie deckt sich mit den Beobachtungen deutscher Forschungsgruppen (Kleine Wortmann et al., 2016). Ebenfalls übereinstimmend war die Intention der befragten Patient*innen zu den Hauptgründen für eine KIM-Therapieanwendung verglichen mit der Literatur und der Pilotstudie

(Kleine Wortmann et al., 2016). Chronische Erkrankungen, wie z.B. Blutzuckererkrankungen, sind bei mehreren Studien als ein Faktor identifiziert worden, der zu einem Anstieg der Nutzung integrativer Medizin führte (Bishop and Lewith, 2010). Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass es bei Diabetiker*innen im Laufe der Diabetestherapie üblich ist Ernährungsumstellungen durchzuführen. Dieses deckt sich mit der hohen Anzahl an Patient*innen in der Hauptstudie, die Erfahrungen mit Diäten und Ernährungsprogrammen aus einer Zeit vor der aktuellen Krebserkrankung mitbrachten.

4.2.2 Anwendung von KIM in der Hauptstudie

Die möglichen Kosten stellte einen Parameter für die Inanspruchnahme der KIM-Therapien dar. In Deutschland kann ein Teil der KIM-Therapien von gesetzlich Versicherten kostenlos in Anspruch genommen werden, andere KIM-Verfahren werden durch private Zusatzversicherungen oder von Patient*innen selbst bezahlt (Joos et al., 2008). Die Inanspruchnahme von KIM-Anwendung ist nicht nur von der Krebsart abhängig (Kleine Wortmann et al., 2016; Weeks et al., 2014), sondern wird auch mit dem aktuellen Fortschritt der Krebserkrankung in Verbindung gebracht (Bishop and Lewith, 2010; Paul et al., 2013; Weeks et al., 2014). Bei der Hauptstudie sind diese Einflüsse besonders stark gestreut, da die Krebsarten der teilnehmenden Patient*innen sehr verschieden waren. Es konnte kein etwaiger Zusammenhang in der Hauptstudie festgestellt werden, da die detaillierte Abfrage des Krankheitsstadiums bei den vielen verschiedenen erfassten Krebserkrankungen nicht vergleichbar gewesen wäre. Am häufigsten verwendet wurden die KIM-Angebote aus dem Bereich der manipulativen und Körper-Therapie, was sich mit Forschungsergebnissen für Deutschland deckt (Härtel and Volger, 2004). Es waren Sport- und Bewegungsangebote, Massagen und Lymphdrainage sowie Chiropraxis / Manuelle Therapie und Akupunktur / Akupressur die am häufigsten durchgeführten Therapien. Im deutschen Gesundheitssystem sind alle diese Therapien (bei verschiedenen Erkrankungen) über die gesetzliche Krankenversicherung kostenlos oder mit geringem Selbstkostenanteil ärztlich zu rezeptieren. Die Gruppe der biologischen Therapien war als KIM-Interventionen ebenfalls sehr beliebt.

Dieses ist einerseits dadurch erklärbar, dass bereits viele Patient*innen vor der Krebserkrankungen Diäten durchgeführt hatten und daher mit einem Teil der biologischen Therapieformen vertraut waren. Es ist aber bei dieser Beliebtheit wiederum wichtig die Arzt-Patient*innen-Kommunikation auszuweiten, denn die Medikamenten-Interaktion, gerade mit biologischen Therapien, stellt ein hohes Risiko dar (Huebner et al., 2014b). Ein weiterer Grund für die Beliebtheit der biologischen Therapien mag andererseits der geringe und kostengünstige Aufwand gewesen sein. Viele der biologischen Therapien, wie Krebsdiäten, Probiotika sowie Vitamine und Spurenelemente sind bereits ohne großen Aufwand für Patient*innen in Lebensmittelschäften kostengünstig erhältlich. Das deckt sich mit den geringen Kostenbeträgen zwischen 0 und 50 Euro, die von vielen Patient*innen bevorzugt wurden und den häufig verwendeten kostenlosen KIM-Therapien in Eigenregie. Die Patient*innen in der Hauptstudie bedienten sich unter anderem Psyche-Körper-Intervention, die in der Forschung bisher nur sehr wenig Aufmerksamkeit gefunden haben (Lewith et al., 2009). Die Tragweite des psychischen Wohlbefindens der Patient*innen in schwierigen Lebenssituationen tritt aber immer mehr in den Fokus der Forschungen (Esch et al., 2013; Weis et al., 1998). In einer Studie von Sasagawa u.a. konnte festgestellt werden, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen Krankheitsbewältigungsvermögen und der Inanspruchnahme von KIM gibt (Sasagawa et al., 2008). Söllner u. a. heben in einer Analyse hervor, dass die Anwendung von KIM keineswegs mit einer geringen Compliance der Patient*innen gegenüber den schulmedizinischen onkologischen Therapien einhergeht, sondern sie sich als ein aktives Engagement in der Krankheitsbekämpfung verstehen lässt (Söllner et al., 2000). Diese Einschätzung, dass durch die Inanspruchnahme von KIM aktiv in das Krankheitsmanagement einzugreifen für viele Anwender*innen wichtig war, konnte in der Hauptstudie ebenfalls bestätigt werden. Die Erwartungen an die komplementärmedizinische Therapie ist verglichen mit älteren Daten unverändert hoch, besonders was die Auswirkungen auf eine Lebensqualitätsverbesserung angeht (Weis et al., 1998). Ergänzt um den Faktor der Lebenszeitverlängerung decken sich diese Erwartungen mit den Erwartungen der befragten Patient*innen der Hauptstudie.

4.2.3 Information und Kommunikation

In der Hauptstudie gaben knapp die Hälfte der Befragten an, dass ein Interesse an integrativer Medizin bestehen würde. Tatsächlich nutzen KIM 24% der Befragten in der Hauptstudie, was sich mit den von Linde u.a. erhobenen Daten für die deutsche Bevölkerung deckt (Linde et al., 2014). Eine Diskrepanz zwischen der Anwendung und dem Interesse konnte auch von Söllner u.a. festgestellt werden (Söllner et al., 2000). Dabei stellte sich heraus, dass vor allem bei Methoden, die bei der Hauptstudie der Kategorie biologischer Therapien angehören, das Interesse zum Teil der tatsächlichen Nutzung überwog (Söllner et al., 2000). Hier könnte eine ausführliche Aufklärung, im Rahmen von persönlichen Beratungsgesprächen, eine erste Ansatzstelle sein, um das Angebot am KIM den Bedürfnissen der Patient*innen anzupassen. Als relevante Faktoren, die zur Anwendung von KIM bei krebserkrankten Patient*innen führten, wurde in der Literatur vor allem das persönliche Umfeld der Erkrankten und die vorherrschenden Ängste aufgelistet (Weeks et al., 2014). Die Hauptstudie zeigt, dass die Erkrankten sich durch eine KIM-Anwendung eine Lebenszeitverlängerung wünschen. Die Auswertung der Daten der Hauptstudie zeigt, dass bei annähernd gleich großem Patientenkollektiv wie in der Pilotstudie, eine deutlich breitere Streuung der KIM-Anwendung in allen fünf KIM-Gruppen zu erkennen war. Dieses lässt sich mit den Beobachtungen von Weeks u.a. in Einklang bringen, dass sich auch während einer Erkrankung das Interesse an verschiedenen KIM-Therapien verändern (Weeks et al., 2014). Die Literatur und die Erhebungen der Hauptstudie zeigen, dass das Interesse an KIM bei einigen Patient*innen durch die Krebserkrankung geweckt wurde (Andersen et al., 2012). Die allgemeine Informationslage über integrative Therapien war bei der Patient*innengruppe gering ausgeprägt. Forscher*innen bereitet diese oftmals schlechte Datenlage zu KIM, den möglichen Interaktionen mit der schulmedizinischen Therapie und die wenigen verlässlichen Informationsquellen zur sicheren KIM-Nutzung für Patient*innen Sorgen (Andersen et al., 2012; Fischer et al., 2014; Weeks et al., 2014). Diese Faktoren könnten mit einer umfangreichen individuellen Beratung im Rahmen einer Sprechstunde aufgegriffen werden.

4.3 Limitation

4.3.1 Methodische Limitation

Die Literatur zeigt, dass vor allem onkologisch und chronisch erkrankte Patient*innen integrative Therapien anwenden (Horneber et al., 2012; King et al., 2015; Morris et al., 2000; Sasagawa et al., 2008). Unter diesen Anwender*innen ist besonders der Anteil der jungen und mittelalten Frauen hoch, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Altersspannen in den Studien nicht einheitlich waren (Bishop and Lewith, 2010; Morris et al., 2000; Wanchai et al., 2010). Um in der Pilotstudie möglichst viele KIM-Nutzerinnen zu erfassen, wurde diese ausschließlich unter gynäkologischen Patientinnen, und hier mehrheitlich Brustkrebspatientinnen, durchgeführt (Morris et al., 2000). Da der Fragebogen für die Hauptstudie auf weitere onkologische Erkrankungen ausgeweitet wurde, musste das Spektrum der verwendeten KIM-Therapien weit gefasst werden, um keine geschlechter- oder krankheitsspezifische Eingrenzungen vorzunehmen. Es wurden ausschließlich Patient*innen des UKSH-Campus Lübeck befragt, um eine intensive Betreuung während der Befragung sicherzustellen. Die Zeiträume wurden bei beiden Befragungen verlängert, um ein größeres und vergleichbares Patient*innenkollektiv zu erfassen. Es wurden jeweils papierbasierte Fragebögen verwendet, da diese eine breite Akzeptanz besitzen und darüber hinaus eine einfache Bearbeitung während der Wartezeiten ermöglichten. Den Patient*innen wurden die Fragebögen in den Ambulanzen auf freiwilliger Basis angeboten, wobei die Bearbeitung durch die Patient*innen allein durchgeführt werden sollte, um Anonymität zu gewährleisten und eine Beeinflussung zu vermeiden. Ein betreutes Ausfüllen oder gar ein Interview zur Erfassung der Nutzung von KIM hätte vermutlich einen stärkeren Rücklauf in kürzerer Zeit erbracht, aber auch einen deutlichen personellen Mehraufwand bedeutet, sowie das Risiko einer Beeinflussung durch die Interviewerin / den Interviewer beinhaltet. Insgesamt wurde bei der Pilotstudie ein weitgehend homogenes Kollektiv betrachtet, wohingegen die Hauptstudie ein heterogenes Patient*innenkollektiv einschloss. Diese Verzerrung wird in der Auswertung der Daten berücksichtigt.

Der Pilotstudienfragebogen ist von dem Mitarbeiter Jörg Riedel maßgeblich entworfen worden. Er lehnt sich größtenteils an den Fragebogen von Tautz u.a., aber auch an die von Morris u.a., Quandt u.a. und Hack u.a. an (Hack et al., 2015; Morris et

al., 2000; Quandt et al., 2009; Tautz, 2010; Tautz et al., 2012). Die Länge des Fragebogens lag mit sieben Seiten im durchschnittlichen Umfangsbereich vergleichbarer Befragungen. Bei einigen Fragen innerhalb des Fragebogens wurde überdurchschnittlich häufig keine Antwort gegeben. Ein Erklärungsversuch hierzu ist das Layout des Fragebogens, das an einigen Stellen ein versehentliches Überspringen einer Frage möglich machte. Einige Fragen, die sich nur an KIM-Anwenderinnen wendeten, wurden fälschlicherweise auch von Nicht-Anwenderinnen beantwortet und daher aus der Wertung genommen. Hier ergab sich Präzisionsbedarf in der Ausformulierung der Fragestellung bzw. der graphischen Darstellung der Fragen. Bei der Erstellung des Hauptstudienfragebogens flossen die Erkenntnisse aus der Machbarkeitsstudie mit ein. Eine EDV-gestützte Variante des Fragebogens mit automatischer Ausblendung nicht relevanter Fragen würde dieses Problem ebenfalls verringern, ist aber derzeit technisch nicht umsetzbar. Abgesehen von den Unregelmäßigkeiten beim Ausfüllen einzelner Fragen ist der Fragebogen vollständig ausgefüllt und nur selten nicht abgeschlossen abgegeben worden. Um eine Vergleichbarkeit der Fragen zu gewährleisten, enthielten viele Fragen vorgefertigte Antwortmöglichkeiten. Hatten Patientinnen mehrfach in den Freitextfeldern dazu Ergänzungen gemacht, so fanden diese Eingang in den Fragebogen der Hauptstudie. Es wurde so ebenfalls einer Beeinflussung der Teilnehmer*innen durch zu eng gefasste Antwortmöglichkeiten entgegengewirkt.

Für die Hauptstudie ist auf den validierten Fragebogen der Universität Erlangen als Grundlage zurückgegriffen worden (Hack et al., 2015). Der Fragebogen stimmte mit seinen fünf Bereichen zu soziodemographischen Daten, Lebensstil, KIM-Verfahren, körperlichem und seelischem Zustand der Patient*innen und deren Ziele weitgehend mit dem in der Pilotstudie verwendeten Fragebogen überein. Die in der Pilotstudie aufgedeckten Probleme bezüglich unklarer Fragestellungen wurden mit dem Hauptstudienfragebogen behoben. Zusätzlich wurden aus der verwendeten Fragebogengrundlage einige Fragen herausgenommen und andere ergänzt, um eine bessere Vergleichbarkeit einzelner Frageabschnitte in der Auswertung zu schaffen. Es muss festgehalten werden, dass durch die Verwendung verschiedener Fragebögen in Pilot- und Hauptstudie mit unterschiedlichem Patient*innenkollektiv die Auswertbarkeit im Vergleich untereinander stark eingeschränkt war.

4.3.2 Generelle Limitation

Bei der vorliegenden Pilot- und Hauptstudie handelt es sich um deskriptiv retrospektive Studien. Diese erfassen die Situation der Patient*innen zum aktuellen Zeitpunkt und blicken in die Vergangenheit. Es werden zwar vergleichende Fragen zu der aktuellen Anwendung von KIM und deren Anwendung in der Vergangenheit gestellt, dennoch ist durch diese Befragung nur bedingt eine Dynamik in der KIM-Anwendung zu erfassen. Eine Längsschnittstudie könnte genauer beobachten, welche Entwicklungen das Interesse der Anwender*innen beeinflussen. Durch solch eine Längsschnittstudie wäre eine individuellere Beratung zum jeweiligen Krankheitsstadium möglich, weshalb eine solche Studie als Forschungsvorhaben angedacht werden sollte.

Der Fragebogen der Pilotstudie an sich kann als eine Limitation angesehen werden. Bei der Bearbeitung könnten die teilweise kompliziert geschriebenen Fragen, der Umfang des Fragebogens und das nicht immer einfache Layout abschreckend auf Patientinnen gewirkt haben. Der Fragebogen der Hauptstudie könnte ebenfalls durch den verdichteten Hauptteil, den Umfang und einige schwierig formulierte Fragen / Antworten einige Patient*innen vom Ausfüllen abgehalten haben. Insgesamt stellt es eine gravierende Limitation dar, dass zwei verschiedene Fragebögen in den Studien verwendet wurden.

Das Zusammenfassen verschiedener onkologischer Erkrankungen in der Hauptstudie stellt eine weitere Limitation dar. Durch ein jeweils größeres Patient*innenkollektiv der einzelnen Krebsarten wären aussagekräftigere Schlussfolgerungen zu krebsartspezifischen KIM-Bedürfnissen möglich gewesen. Auch das Erfassen des Geschlechtes und des Alters bei dem Patient*innenkollektiv der Hauptstudie hätte eine präzisere Differenzierung der Bedürfnisse erlaubt. Auch die Auswahl der ambulanten onkologisch betreuten Patienten am UKSH Campus Lübeck stellt einen Selektionsbias dar, welche bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen ist.

4.4 Schlussfolgerung und Ausblick

Diese Studien zeigen, dass es Gemeinsamkeiten bei den KIM-Therapie anwendenden Patient*innen gibt und dass die Entscheidung für oder gegen KIM oftmals von einem gravierenden Informationsmangel bestimmt wird. Es wurde aus den Erhebungen klar, dass es unerlässlich ist mit den Patient*innen das Gespräch zu suchen, um Wünsche und Ängste zu erfassen und auf diese eingehen zu können. Eine von der behandelnden Therapeutin / dem behandelnden Therapeuten und dem medizinischen Personal ausgehende Kommunikation über integrative Behandlungsmöglichkeiten ist gewünscht. Das Pflegepersonal sollte stärker mit in die KIM-Behandlung von Patient*innen einbezogen werden. Es fehlt noch an flächendeckend standardisierten und kontrollierten Ausbildungen sowie Schulungen für verschiedene komplementärmedizinische Therapien. Dem hohen Interesse an KIM sollte eine aufschlussreiche individuelle Beratung entgegengebracht werden. Ziel sollte es damit sein, mögliche Kontraindikationen zu erkennen und Risiken für Patienten zu minimieren um eine größere Ausweitung der KIM-Nutzung für onkologische Patient*innen zu ermöglichen. Die erwiesene Lebensqualitätsverbesserung ist hierbei ein wichtiger Anreiz. Die Angebote an KIM-Therapien sollten vor allem aus den Bereichen medizinischer Systeme, Psyche-Körper-Interventionen und biologischen Therapien stammen. Eine Therapieeinheit sollte optimalerweise zwischen 30 und 60 Minuten andauern und ein bis zwei Mal im Monat kostengünstig angeboten werden.

Die Studien liefern erste systematisch erfasste Daten zur Nutzung von KIM bei verschiedenen onkologischen Erkrankungen am UKSH Campus Lübeck in den Zeiträumen 15.09.2017 bis zum 31.01.2018 und 06.11.2018 bis zum 05.03.2019. Kurzfristig kann dem Interesse der onkologisch Erkrankten an KIM-Therapiemöglichkeiten sicherlich das Bereitstellen von Informationsmaterial in Form von Broschüren / Flyern nützlich sein. Es sollte aber längerfristig über eine Ausweitung der vorhandenen Sprechstunden zur komplementärmedizinischen Beratung nachgedacht werden. Ein entscheidender Vorteil des UKSH Lübeck ist die Lage auf einem, alle medizinischen Disziplinen umfassenden, Campus. Hieraus ergibt sich die Möglichkeit auch bei Patient*innen verschiedener onkologischer Fachgebiete durch einen zentralen komplementärmedizinischen Sprechstundenrahmen die Informationsbedürfnisse der Patient*innen zu stillen und die KIM-Therapieangebote zu koordinieren.

Langfristig sollte die erhobene Datenmenge durch Längsschnittstudien und umfangreichere Stichprobengrößen komplettiert werden. Hierzu ist auch eine Kooperation mit anderen komplementärmedizinisch forschenden Einrichtungen denkbar. Der Fokus sollte hierbei auf der Erarbeitung evidenzbasierter und sicherer KIM-Anwendung liegen, um eine internationale Vergleichbarkeit und Zusammenarbeit auf diesem Gebiet zu schaffen und bestehende Wissenslücken zu schließen.

5 Zusammenfassung

Die Nutzung von integrativen Therapieverfahren zur Ergänzung der schulmedizinischen Krebstherapien erfreut sich weltweit wachsender Beliebtheit. Viele der unter dem Begriff „Komplementärer und Alternativer bzw. Integrativer Medizin“ (KAM bzw. KIM) zusammengefassten Therapien sind bisher nicht evidenzbasiert untersucht. Die vorliegende Arbeit erforschte, in zwei fragebogenbasierten Studien, die Arten von Komplementärmedizin, die durch Krebspatient*innen angewendet wurden. Es wurde durch die Pilotstudie, im Sinne einer Machbarkeitsstudie, erfasst, welche KIM-Angebote gynäkologisch erkrankte Patientinnen vorrangig anwendeten und welche Beweggründe es für die Anwendung von KIM gab. Die Hauptstudie erfasste die genutzten KIM-Therapien von Patient*innen aus gynäkologischen, pulmologischen und hämatoonkologischen Krebsambulanzen. Es zeigte sich zusammenfassend, dass vor allem manipulative und Körper-Therapien, Psyche-Körper-Interventionen und biologische Therapien Anwendung fanden. Als Entscheidungsgründe für eine KIM-Therapie war als Nahziel insbesondere die Hoffnung auf eine Lebenszeitverlängerung und als Fernziel vorrangig das Verhindern eines Rezidivs angeführt worden. Entscheidungsgründe gegen eine KIM-Therapie waren geprägt von fehlenden Informationen und negativen Erfahrungen in der Vergangenheit. Die Arbeit deckte eine unzureichende Arzt-Patient*innen-Kommunikation bezüglich verwendeter komplementärmedizinischer Anwendungen auf. Die durch diese Arbeit erfassten Wünsche und Erwartungen der onkologischen Patient*innen wurden systematisch analysiert. Es zeigte sich, dass mit einer individuellen KIM-Beratung im Rahmen einer Sprechstunde das Informationsdefizit verringert werden könnte. Die strukturierte Erweiterung des KIM-Angebotes mit kostengünstigen Therapieeinheiten zwischen 30 und 60 Minuten ein- bis zweimal monatlich, stellt für die Mehrheit der KIM-interessierten Patient*innen optimale Rahmenbedingungen für eine zukünftige KIM-Nutzung dar.

6 Literaturverzeichnis

- Andersen, M.R., Sweet, E., Lowe, K.A., Standish, L.J., Drescher, C.W., Goff, B.A., 2012. Involvement in decision-making about treatment and ovarian cancer survivor quality of life. *Gynecol. Oncol.* 124, 465–470. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.10.029>
- Anlauf, M., Hein, L., Hense, H.-W., Köbberling, J., Lasek, R., Leidl, R., Schöne-Seifert, B., 2015. Complementary and alternative drug therapy versus science-oriented medicine. *GMS Ger Med Sci* 13. <https://doi.org/10.3205/000209>
- Balneaves, L.G., Truant, T.L.O., Kelly, M., Verhoef, M.J., Davison, B.J., 2007. Bridging the gap: decision-making processes of women with breast cancer using complementary and alternative medicine (CAM). *Support Care Cancer* 15, 973–983. <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0282-3>
- Bao, Y., Kong, X., Yang, L., Liu, R., Shi, Z., Li, W., Hua, B., Hou, W., 2014. Complementary and Alternative Medicine for Cancer Pain: An Overview of Systematic Reviews [WWW Document]. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. <https://doi.org/10.1155/2014/170396>
- Bishop, F.L., Lewith, G.T., 2010. Who Uses CAM? A Narrative Review of Demographic Characteristics and Health Factors Associated with CAM Use. *Evid Based Complement Alternat Med* 7, 11–28. <https://doi.org/10.1093/e-cam/nen023>
- Boeing, H., Bechthold, A., Bub, A., Ellinger, S., Haller, D., Kroke, A., Leschik-Bonnet, E., Müller, M.J., Oberritter, H., Schulze, M., Stehle, P., Watzl, B., 2012. Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. *Eur J Nutr* 51, 637–663. <https://doi.org/10.1007/s00394-012-0380-y>
- Brauer, J.A., El Sehamy, A., Metz, J.M., Mao, J.J., 2010. Complementary and alternative medicine and supportive care at leading cancer centers: a systematic analysis of websites. *J Altern Complement Med* 16, 183–186. <https://doi.org/10.1089/acm.2009.0354>
- Broom, A., Tovey, P., 2008. The role of the Internet in cancer patients' engagement with complementary and alternative treatments. *Health (London)* 12, 139–155. <https://doi.org/10.1177/1363459307086841>
- Burke, A., Upchurch, D., Dye, C., Chyu, L., 2006. Acupuncture Use in the United States: Findings from the National Health Interview Survey. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)* 12, 639–48. <https://doi.org/10.1089/acm.2006.12.639>
- Corner, J., Yardley, J., Maher, E.J., Roffe, L., Young, T., Maslin-Prothero, S., Gwilliam, C., Haviland, J., Lewith, G., 2009. Patterns of complementary and alternative medicine use among patients undergoing cancer treatment. *European Journal of Cancer Care* 18, 271–279. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2007.00911.x>
- Cramer, H., Lauche, R., Klose, P., Lange, S., Langhorst, J., Dobos, G.J., 2017. 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. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010802.pub2>
- Eardley, S., Bishop, F.L., Prescott, P., Cardini, F., Brinkhaus, B., Santos-Rey, K., Vas, J., Ammon, K. von, Hegyi, G., Dragan, S., Uehleke, B., Fønnebo, V., Lewith, G., 2012. A Systematic Literature Review of Complementary and

- Alternative Medicine Prevalence in EU. *CMR* 19, 18–28.
<https://doi.org/10.1159/000342708>
- Esch, T., Fricchione, G.L., Joos, S., Teut, M., 2013. Self-Care, Stress Management, and Primary Care: From Salutogenesis and Health Promotion to Mind-Body Medicine. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2013, 1–2. <https://doi.org/10.1155/2013/327415>
- Fischer, F., Lewith, G., Witt, C.M., Linde, K., von Ammon, K., Cardini, F., Falkenberg, T., Fønnebo, V., Johannessen, H., Reiter, B., Uehleke, B., Weidenhammer, W., Brinkhaus, B., 2014. A research roadmap for complementary and alternative medicine - what we need to know by 2020. *Forsch Komplementmed* 21, e1-16. <https://doi.org/10.1159/000360744>
- Gerber, B., 2001. Einfluss von Umwelt, Ernährung und Lebensstil auf das Brustkrebsrisiko. *Dt Ärztebl Heft* 24, A 1612-1619.
- Gerber, B., Scholz, C., Reimer, T., Briese, V., Janni, W., 2006. Complementary and alternative therapeutic approaches in patients with early breast cancer: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat* 95, 199–209.
<https://doi.org/10.1007/s10549-005-9005-y>
- Hack, C., Hüttner, N., Fasching, P., Beckmann, M., 2015. Development and Validation of a Standardized Questionnaire and Standardized Diary for Use in Integrative Medicine Consultations in Gynecologic Oncology. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 75, 377–383. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1545850>
- Hackländer, T.W., 2015. Aus „komplementär und alternativ“ wird „komplementär und integrativ“. *Bauchredner Heft* 2, 59–60.
- Härtel, U., Volger, E., 2004. Inanspruchnahme und Akzeptanz klassischer Naturheilverfahren und alternativer Heilmethoden in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. *CMR* 11, 327–334.
<https://doi.org/10.1159/000082814>
- Hiller, B., 2003. Was Krebspatienten wissen wollen – alternative Krebstherapie seit 1991. *Dt Ärztebl Heft* 18, A 931-938.
- Horneber, M., Bueschel, G., Dennert, G., Less, D., Ritter, E., Zwahlen, M., 2012. How Many Cancer Patients Use Complementary and Alternative Medicine: A Systematic Review and Metaanalysis. *Integr Cancer Ther* 11, 187–203.
<https://doi.org/10.1177/1534735411423920>
- Horneber, M., Bueschel, G., Huber, R., Linde, K., Rostock, M., 2008. Mistletoe therapy in oncology. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003297.pub2>
- Huebner, J., Muenstedt, K., Prott, F.J., Stoll, C., Micke, O., Buentzel, J., Muecke, R., Senf, B., 2014a. Online Survey of Patients with Breast Cancer on Complementary and Alternative Medicine. *BRC* 9, 60–63.
<https://doi.org/10.1159/000360381>
- Huebner, J., Prott, F.J., Micke, O., Muecke, R., Senf, B., Dennert, G., Muenstedt, K., 2014b. Online Survey of Cancer Patients on Complementary and Alternative Medicine. *ORT* 37, 304–308. <https://doi.org/10.1159/000362616>
- Joos, S., Musselmann, B., Miksch, A., Rosemann, T., Szecsenyi, J., 2008. The role of complementary and alternative medicine (CAM) in Germany – A focus group study of GPs. *BMC Health Services Research* 8, 127.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-127>
- King, N., Balneaves, L.G., Levin, G.T., Nguyen, T., Nation, J.G., Card, C., Truant, T., Carlson, L.E., 2015. Surveys of Cancer Patients and Cancer Health Care Providers Regarding Complementary Therapy Use, Communication,

- and Information Needs. *Integr Cancer Ther* 14, 515–524.
<https://doi.org/10.1177/1534735415589984>
- Klafke, N., Mahler, C., von Hagens, C., Blaser, G., Bentner, M., Joos, S., 2016. Developing and implementing a complex Complementary and Alternative (CAM) nursing intervention for breast and gynecologic cancer patients undergoing chemotherapy—report from the CONGO (complementary nursing in gynecologic oncology) study. *Support Care Cancer* 24, 2341–2350.
<https://doi.org/10.1007/s00520-015-3038-5>
- Klafke, N., Mahler, C., von Hagens, C., Rochon, J., Schneeweiss, A., Müller, A., Salize, H.-J., Joos, S., 2015. A complex nursing intervention of complementary and alternative medicine (CAM) to increase quality of life in patients with breast and gynecologic cancer undergoing chemotherapy: study protocol for a partially randomized patient preference trial. *Trials* 16, 51.
<https://doi.org/10.1186/s13063-014-0538-4>
- Kleine Wortmann, J., Bremer, A., Eich, H.T., Kleine Wortmann, H.P., Schuster, A., Fühner, J., Büntzel, J., Muecke, R., Prott, F.J., Huebner, J., 2016. Use of complementary and alternative medicine by patients with cancer: a cross-sectional study at different points of cancer care. *Med. Oncol.* 33, 78.
<https://doi.org/10.1007/s12032-016-0790-4>
- Krug, K., Kraus, K.I., Herrmann, K., Joos, S., 2016. Complementary and alternative medicine (CAM) as part of primary health care in Germany-comparison of patients consulting general practitioners and CAM practitioners: a cross-sectional study. *BMC Complement Altern Med* 16, 409.
<https://doi.org/10.1186/s12906-016-1402-8>
- Larsson, S.C., Wolk, A., 2006. Meat consumption and risk of colorectal cancer: a meta-analysis of prospective studies. *International journal of cancer.*
<https://doi.org/10.1002/ijc.22170>
- Legenne, M., Chirac, A., Ruer, M., Reix, F., Filbet, M., 2015. Perception of naturopathy for female patients with metastatic gynecological cancer: A qualitative study. *Palliative & Supportive Care* 13, 1663–1668.
<https://doi.org/10.1017/S1478951515000553>
- Lewith, G., Barlow, F., Eyles, C., Flower, A., Hall, S., Hopwood, V., Walker, J., 2009. The Context and Meaning of Placebos for Complementary Medicine. *CMR* 16, 404–412. <https://doi.org/10.1159/000259371>
- Linde, K., Alscher, A., Friedrichs, C., Joos, S., Schneider, A., 2014. Die Verwendung von Naturheilverfahren, komplementären und alternativen Therapien in Deutschland - eine systematische Übersicht bundesweiter Erhebungen. *CMR* 21, 111–118. <https://doi.org/10.1159/000360917>
- Link, A.R., Gammon, M.D., Jacobson, J.S., Abrahamson, P., Bradshaw, P.T., Terry, M.B., Teitelbaum, S., Neugut, A., Greenlee, H., 2013. Use of Self-Care and Practitioner-Based Forms of Complementary and Alternative Medicine before and after a Diagnosis of Breast Cancer. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/301549>
- Linseisen, J., Becker, N., 2002. Primäre Krebsprävention mit Ernährung. *Dtsch med Wochenschr* 127, 425–426. <https://doi.org/10.1055/s-2002-20421>
- Morris, K.T., Johnson, N., Homer, L., Walts, D., 2000. A comparison of complementary therapy use between breast cancer patients and patients with other primary tumor sites. *The American Journal of Surgery* 179, 407–411.
[https://doi.org/10.1016/S0002-9610\(00\)00358-5](https://doi.org/10.1016/S0002-9610(00)00358-5)

- Moschèn, R., Kemmler, G., Schweigkofler, H., Holzner, B., Dünser, M., Richter, R., Fleischhacker, W.W., Sperner-Unterweger, B., 2001. Use of alternative/complementary therapy in breast cancer patients--a psychological perspective. *Support Care Cancer* 9, 267–274. <https://doi.org/10.1007/s005200000208>
- Münstedt, K., Maisch, M., Tinneberg, H.R., Hübner, J., 2014. Complementary and alternative medicine (CAM) in obstetrics and gynaecology: a survey of office-based obstetricians and gynaecologists regarding attitudes towards CAM, its provision and cooperation with other CAM providers in the state of Hesse, Germany. *Arch Gynecol Obstet* 290, 1133–1139. <https://doi.org/10.1007/s00404-014-3315-4>
- NCCIH, 2018. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? [WWW Document]. NCCIH. URL <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name> (accessed 11.29.20).
- Nier, H., 2019. Infografik: So viele Raucher gibt es in Deutschland [WWW Document]. Statista Infografiken. URL <https://de.statista.com/infografik/19878/anteil-der-rauchenden-bevoelkerung-je-bundesland/> (accessed 9.26.21).
- Paul, M., Davey, B., Senf, B., Stoll, C., Münstedt, K., Mücke, R., Micke, O., Prott, F.J., Buentzel, J., Hübner, J., 2013. Patients with advanced cancer and their usage of complementary and alternative medicine. *J Cancer Res Clin Oncol* 139, 1515–1522. <https://doi.org/10.1007/s00432-013-1460-y>
- Pschyrembel, Willibald, 2012. *Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch*, 263rd ed. Walter de Gruyter, Berlin.
- Quandt, S.A., Verhoef, M.J., Arcury, T.A., Lewith, G.T., Steinsbekk, A., Kristoffersen, A.E., Wahner-Roedler, D.L., Fønnebo, V., 2009. Development of an International Questionnaire to Measure Use of Complementary and Alternative Medicine (I-CAM-Q). *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 15, 331–339. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0521>
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., Richardson, W.S., 1996. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 312, 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Sasagawa, M., Martzen, M.R., Kelleher, W.J., Wenner, C.A., 2008. Positive correlation between the usage of complementary and alternative medicine and internal health locus of control. *Explore (NY)* 4, 38–41. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2007.10.004>
- Söllner, W., Maislinger, S., DeVries, A., Steixner, E., Rumpold, G., Lukas, P., 2000. Use of complementary and alternative medicine by cancer patients is not associated with perceived distress or poor compliance with standard treatment but with active coping behavior: a survey. *Cancer* 89, 873–880. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(20000815\)89:4<873::aid-cncr21>3.0.co;2-k](https://doi.org/10.1002/1097-0142(20000815)89:4<873::aid-cncr21>3.0.co;2-k)
- Starker, A., Kraywinkel, K., Kuhnert, R., 2017. Früherkennung von Brustkrebs: Inanspruchnahme der Mammografie in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, Robert Koch-Institut. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-114>
- Statista Research Department, 2015. Statistik zur Anzahl der Raucher in Deutschland.
- Tautz, E., 2010. Anwendung von Komplementärmedizin bei Patientinnen mit Mammakarzinom (Diss. Med.). Freiburg i. Brsg.

- Tautz, E., Momm, F., Hasenburg, A., Guethlin, C., 2012. Use of Complementary and Alternative Medicine in breast cancer patients and their experiences: A cross-sectional study. *European Journal of Cancer* 48, 3133–3139. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2012.04.021>
- Verhoef, M.J., Balneaves, L.G., Boon, H.S., Vroegindewey, A., 2005. Reasons for and Characteristics Associated With Complementary and Alternative Medicine Use Among Adult Cancer Patients: A Systematic Review. *Integr Cancer Ther* 4, 274–286. <https://doi.org/10.1177/1534735405282361>
- Wanchai, A., Armer, J.M., Stewart, B.R., 2010. Complementary and Alternative Medicine Use Among Women With Breast Cancer: A Systematic Review. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 14, E45–E55. <https://doi.org/10.1188/10.CJON.E45-E55>
- Weeks, L., Balneaves, L.G., Paterson, C., Verhoef, M., 2014. Decision-making about complementary and alternative medicine by cancer patients: integrative literature review. *Open Med* 8, 54–66.
- Weidenhammer, W., Lewith, G., Falkenberg, T., Fønnebø, V., Johannessen, H., Reiter, B., Uehleke, B., Ammon, K. von, Baumhöfener, F., Brinkhaus, B., 2011. EU FP7 Project ‘CAMbrella’ to Build European Research Network for Complementary and Alternative Medicine. *CMR* 18, 69–76. <https://doi.org/10.1159/000327310>
- Weis, J., Bartsch, H.H., Hennies, F., Rietschel, M., Heim, M., Adam, G., Gärtner, U., Ammon, A., 1998. Complementary Medicine in Cancer Patients: Demand, Patient’ Attitudes and Psychological Beliefs. *ORT* 21, 144–149. <https://doi.org/10.1159/000026796>

7 Anhang

Bei den angehängten Dokumenten handelt es sich um verkleinerte Darstellungen der Originale.

7.1 Fragebogen der Pilotstudie

	L-KAM-Med-A Fragebogen <i>Naturheilverfahren und Komplementärmedizin</i>		Seite 1 von 7
	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologie)	Gültig ab: 01.07.2017	Version: 2

Liebe Patientin,

vor Ihnen liegt ein Fragebogen zur **Inanspruchnahme von Naturheilverfahren und Komplementärmedizin (KAM), der sogenannten integrativen Medizin.**

Er soll dazu dienen, erheben zu können, welche Formen von Naturheilverfahren und KAM in Anspruch genommen und angewendet werden/wurden bzw. über welche Verfahren eine Beratung gewünscht wird.

Zur Komplementärmedizin zählen alle Verfahren, die auch als ergänzende Heilkunde oder Naturheilkunde bezeichnet werden, wie beispielsweise Misteltherapie, Homöopathie oder Kräuterheilkunde.

Ziel ist die Erstellung eines individuellen Beratungs- und Behandlungskonzeptes für integrative Medizin.

Aus diesem Grund ist es für uns wichtig, dass Sie den Fragebogen **auch** ausfüllen, wenn Sie **keinerlei Maßnahmen** der integrativen Medizin in Anspruch nehmen.

Anleitung:

Der Fragebogen besteht aus *vier* Themengebieten (*allgemeine Daten, Ernährungs- und Lebensstilgewohnheiten, aktuelle Krebserkrankung und –therapie und Komplementärmedizin und Naturheilverfahren*).

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die Antwortmöglichkeiten ankreuzen, die am besten auf Sie zutreffen (Mehrfachantworten sind möglich).

Ein Freifeld gibt Ihnen die Gelegenheit für zusätzliche Informationen.

Bitte lesen Sie die jeweilige Frage sorgfältig durch und beginnen Sie dann erst mit der Beantwortung (Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten).

Die im Fragebogen gewonnenen Daten werden nach den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen erfasst und ausgewertet und absolut vertraulich behandelt.

Einzeldaten werden nur in statistisch zusammengefasster Form dargestellt. Die Befragung und die Auswertung erfolgen anonym!

Zögern Sie nicht bei Unklarheiten ihre behandelnde(n) Arzt/Ärztin oder ihre betreuenden Pflegekräfte zu fragen.

Wir legen großen Wert auf Ihre Meinung, Ihre Ideen und Vorschläge und sind für jede Art von Feedback dankbar: Nutzen Sie hierzu das Kommentarfeld im Anschluss an den Fragebogen.

Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens!

	L-KAM-Med-A Fragebogen <i>Naturheilverfahren und Komplementärmedizin</i>		Seite 2 von 7
	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologie)	Gültig ab: 01.07.2017	Version: 2

Datum: Brustzentrum Chemo-Ambulanz

A. Allgemeine Daten

Fragebogen – Start: _____ h

1. Ihr Alter

_____ Jahre

2. Ihr Familienstatus:

Single in einer Partnerschaft verheiratet
 verwitwet geschieden/getrennt

3. Haben Sie Kinder?

ja nein

Wenn ja, wie alt? _____

4. Ihre höchste schulische Ausbildung:

Hauptschule Realschule Gymnasium
 Universität/Fachhochschule andere: _____

5. Ihre Religionszugehörigkeit:

Christlich (Evangelisch) Christlich (Katholisch) Muslimisch
 Keine andere: _____

6. Ihr monatliches Einkommen (Netto) beträgt

<1000 Euro 1000 – 2000 Euro 2000 – 3000 Euro
 3000 – 5000 Euro >5000 Euro

7. Ihre Krankenversicherung

gesetzlich gesetzlich, freiwillig versichert privat

8. Ihr aktuelles Körpergewicht und Ihre Körpergröße

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

9. Ihr Körpergewicht innerhalb der letzten 3 Monate

unverändert Zunahme: _____ kg Abnahme: _____ kg

B. Ernährungs- und Lebensstilgewohnheiten

10. Rauchen Sie oder haben Sie geraucht

Nein, niemals Ja, früher; aufgehört vor _____ Jahren
 Ja, aktuell; ca. _____ Zigaretten/E-Zigaretten pro Tag

11. Wie oft trinken Sie ein alkoholisches Getränk

Nie 1 – 2-mal pro Woche 3 – 6-mal pro Woche täglich

	L-KAM-Med-A Fragebogen <i>Naturheilverfahren und Komplementärmedizin</i>		Seite 3 von 7
	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologie)	Gültig ab: 01.07.2017	Version: 2

12. Treiben Sie regelmäßig Sport?

- Nein, niemals
 Ja, 1-2 Stunden pro Woche
 Ja, 3-4 Stunden pro Woche
Ja, mehr als 6 Stunden pro Woche

13. Machen Sie regelmäßig Entspannungsübungen (z.B. Yoga, Tai Chi, autogenes Training, progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Meditation)?

- Nein, niemals
 Ja, 1-2 Stunden pro Woche
 Ja, 3-4 Stunden pro Woche
Ja, mehr als 6 Stunden pro Woche

14. Machen Sie regelmäßig Manipulative und Körper-Therapien (z.B. Shiatsu, Osteopathie, Akupunktur/Akupressur, Neuraltherapie, Massage, Fußreflexzonenmassage)?

- Nein, niemals
 Ja, 1 – 2-mal pro Woche
 Ja, 3 – 4-mal pro Woche
Ja, mehr als 5-mal pro Woche

15. Wie oft essen Sie Fleisch?

- Nie
 1 – 2-mal pro Woche
 3 – 6-mal pro Woche
täglich

16. Wie oft essen Sie Obst und/oder Gemüse in einzelnen Portionen?

- eher unregelmäßig
1-mal pro Tag
2 – 3-mal pro Tag
4 – 5-mal pro Tag
mehr als 5-mal pro Tag

17. Achten Sie bewusst auf eine gesunde/ausgewogene Ernährung?

- Nein
Ja, vorwiegend,
fettarm
kohlenhydrat-/zuckerarm
ballaststoffreich
andere: _____

18. Interessieren Sie sich für spezielle Krebsdiäten oder Ernährungsprogrammen?

- Ja
Nein

19. Was würden Sie sich von einer Krebsdiät oder Ernährungsumstellung erhoffen?

- bessere Lebensqualität
Verlängerung der Lebenszeit
Verringerung des Rückfallrisikos (Rezidiv)
andere: _____

20. Würden Sie sich durch uns eine individuelle ernährungsmedizinische Beratung im Rahmen einer Sprechstunde wünschen?

- ja
nein

C. Angaben zur aktuellen Krebserkrankung und -therapie

21. Welche Krebserkrankung wurde bei Ihnen diagnostiziert bzw. wird derzeit bei uns behandelt? (Mehrfachantworten möglich)

- Brust
Eierstock
Gebärmutterhals
Endometrium
andere: _____

22. Haben Sie Metastasen?

- Ja
Nein
Weiß nicht

	L-KAM-Med-A Fragebogen <i>Naturheilverfahren und Komplementärmedizin</i>		Seite 4 von 7
	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologie)	Gültig ab: 01.07.2017	Version: 2

a) Wenn ja, welche? (Mehrfachantworten möglich)

- Lunge Leber Knochen
 Gehirn Lymphknoten
 Lungenfell (Pleuraerguss,- karzinose) Bauchfell (Aszites, Peritonealkarzinose)
 andere: _____

b) Welches medizinische Behandlungsziel liegt bei Ihnen vor?

- Kurativ (zur Heilung ausgerichtet) Palliativ (keine Heilung, Symptomlinderung) weiß nicht

23. Aktuell erhalten Sie eine

- Chemotherapie Strahlentherapie Strahlentherapie + Chemotherapie
 andere: _____

in Planung [Chemotherapie / Strahlentherapie / Chemo- + Strahlentherapie / andere]

24. Welche Beschwerden (erkrankungs- und therapiebedingt) schränken Sie aktuell am meisten ein? (Mehrfachantworten möglich)

- Fatigue/chronische Erschöpfung Schmerzen Übelkeit/Erbrechen
 Schleimhauttrockenheit Hand-Fuß-Syndrom Durchfall
 Schleimhautentzündungen Verstopfung Lustlosigkeit (sexuell)
 Missempfindungen (Nerven) depressive Verstimmung Haarverlust
 Wechseljahresbeschwerden Schlafstörungen Appetitlosigkeit
 andere: _____

25. Vor welchen Beschwerden (erkrankungs- und therapiebedingt) haben Sie am meisten Angst bzw. fürchten Sie sich am meisten? (Mehrfachantworten möglich)

- Fatigue/chronische Erschöpfung Schmerzen Übelkeit/Erbrechen
 Schleimhauttrockenheit Hand-Fuß-Syndrom Durchfall
 Schleimhautentzündungen Verstopfung Lustlosigkeit (sexuell)
 Missempfindungen (Nerven) depressive Verstimmung Haarverlust
 Wechseljahresbeschwerden Schlafstörungen Appetitlosigkeit
 andere: _____

26. Wurden Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung bereits operiert?

- Ja Nein, ist aber geplant Nein, ist auch nicht geplant Weiß nicht

27. Nehmen Sie derzeit zusätzlich Medikamente gegen andere Erkrankungen ein?

- ja nein

Wenn ja, welche?

Medikament	Dosierung (z.B. 5mg)	Häufigkeit (Morgens-Mittags-Abends-Nachts; z.B. 1-0-0-0)

	L-KAM-Med-A Fragebogen Naturheilverfahren und Komplementärmedizin	Seite 5 von 7
	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologie)	Gültig ab: 01.07.2017

D. Komplementärmedizin und Naturheilverfahren

28. Sind Sie an komplementärmedizinischen Therapien interessiert?

- nein, nie ja, bereits vor meiner Krebserkrankung
 ja, seit Diagnose der Krebserkrankung ja, seit Therapiebeginn

29. Werden Sie derzeit, parallel zu Ihrer Krebstherapie, mit einer komplementärmedizinischen Therapie behandelt?

- ja nein

a) Wenn nein, warum können bzw. wollen Sie keine komplementärmedizinische Therapie in Anspruch nehmen? (Mehrfachantworten möglich) – Weiter mit Frage 30.

- wurde mir nicht angeboten kein Interesse zu wenig Information
 schlechte Erfahrung andere: _____

b) Wenn ja, welche? (Mehrfachantworten möglich)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vitamine/Mineralstoffe | <input type="checkbox"/> (Heil)Kräuter | <input type="checkbox"/> Nahrungsergänzungsmittel |
| <input type="checkbox"/> Massage | <input type="checkbox"/> Chiropraktik | <input type="checkbox"/> Pilates |
| <input type="checkbox"/> Osteopathie | <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Meditation |
| <input type="checkbox"/> Tai Chi | <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Qi Gong |
| <input type="checkbox"/> Yoga | <input type="checkbox"/> Musik-/Kunsttherapie | <input type="checkbox"/> Atmungsübungen |
| <input type="checkbox"/> Ozontherapie | <input type="checkbox"/> Lichttherapie | <input type="checkbox"/> Homöopathie |
| <input type="checkbox"/> Misteltherapie | <input type="checkbox"/> Hypnotherapie | <input type="checkbox"/> Ayurveda |
| <input type="checkbox"/> Hyperthermie | <input type="checkbox"/> Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) | |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | |

c) Wenn ja, durch wen wird diese Behandlung durchgeführt?

- Hausarzt/-ärztin Onkologe/-in Heilpraktiker/-in
 andere: _____

d) Wenn ja, wie sind Sie auf diese Therapie aufmerksam geworden? (Mehrfachantworten möglich)

- selbst recherchiert (Internet, Zeitung,...) Empfehlung Brustzentrum/Chemo-Amb.
 Empfehlung durch Hausarzt/-ärztin Empfehlung durch Facharzt/-ärztin
 Empfehlung anderer Krebspatienten Empfehlung durch Familie, Freunde, Bekannte
 andere: _____

e) Wenn ja, wie wirken die von Ihnen verwendeten komplementärmedizinischen Therapien?

- guter Effekt mittelmäßiger Effekt kein Effekt ungewiss

30. Warum nehmen bzw. würden Sie gerne komplementärmedizinische Therapien in Anspruch nehmen? (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> um das Immunsystem zu verbessern | <input type="checkbox"/> um aktiver zu werden |
| <input type="checkbox"/> um keine Chance/Möglichkeit auszulassen | <input type="checkbox"/> wegen positiver Erfahrungen |
| <input type="checkbox"/> um die Nebenwirkungen der Therapie zu verringern | <input type="checkbox"/> um Stress zu reduzieren |
| <input type="checkbox"/> um eine bessere Wirkung der Krebstherapie zu erlangen | |
| <input type="checkbox"/> wegen persönlicher Empfehlung durch einen Arzt, Apotheker, Heilpraktiker | |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der durch die Krebserkrankung eingeschränkten Lebensqualität | |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | |

Impressum: Prof. Dr. med. Achim Rody / Dr. med. Kristin Baumann / Dr. med. Katharina Keisers / Jörg Riedl
 UK SH, Campus Lübeck – Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologie), Ratzeburger Allee 160, 23538
 Lübeck; Chemo-Ambulanz (Haus 12), Tel.: 0451-500 41920 – ©Jörg Riedl

	L-KAM-Med-A Fragebogen Naturheilverfahren und Komplementärmedizin		Seite 6 von 7
	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologie)	Gültig ab: 01.07.2017	Version: 2

31. Haben Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt in der ambulanten Chemotherapie/ dem Brustzentrum über Ihre aktuellen komplementärmedizinischen Therapien oder allgemein über diese Methoden gesprochen? (Mehrfachantworten möglich)

ja, weil

- der Arzt danach gefragt hat
- der Arzt darüber informiert sein sollte
- ich die Meinung des Arztes wissen wollte
- andere: _____

nein, weil

- der Arzt nicht danach gefragt hat
- es nicht wichtig ist für den Arzt
- der Arzt nicht einverstanden sein könnte
- andere: _____

32. Falls Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt darüber gesprochen haben, wie war ihre/seine Reaktion?

- ablehnend
- unterstützend
- neutral

33. Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal komplementärmedizinische Therapien in Anspruch genommen?

- ja
- nein (wenn *Nein*, dann weiter mit Frage 34.)

a) Wenn ja, welche? (Mehrfachantworten möglich)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vitamine/Mineralstoffe | <input type="checkbox"/> (Heil)Kräuter | <input type="checkbox"/> Nahrungsergänzungsmittel |
| <input type="checkbox"/> Massage | <input type="checkbox"/> Chiropraktik | <input type="checkbox"/> Pilates |
| <input type="checkbox"/> Osteopathie | <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Meditation |
| <input type="checkbox"/> Tai Chi | <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Qi Gong |
| <input type="checkbox"/> Yoga | <input type="checkbox"/> Musik-/Kunsttherapie | <input type="checkbox"/> Atmungsübungen |
| <input type="checkbox"/> Ozontherapie | <input type="checkbox"/> Lichttherapie | <input type="checkbox"/> Homöopathie |
| <input type="checkbox"/> Misteltherapie | <input type="checkbox"/> Hypnotherapie | <input type="checkbox"/> Ayurveda |
| <input type="checkbox"/> Hyperthermie | <input type="checkbox"/> Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) | |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | |

b) Wenn ja, aus welchem Grund haben Sie diese Behandlung durchgeführt?

c) Durch wen wurde diese Behandlung durchgeführt?

- Hausarzt/-ärztin
- Onkologe/-in
- Heilpraktiker/-in
- andere: _____

d) Wie sind Sie auf diese Behandlung aufmerksam geworden?

- selbst recherchiert (Internet, Zeitung,...)
- Empfehlung Brustzentrum/Chemo-Amb.
- Empfehlung durch Hausarzt/-ärztin
- Empfehlung durch Facharzt/-ärztin
- Empfehlung anderer Krebspatienten
- Empfehlung durch Familie, Freunde, Bekannte
- andere: _____

34. Welches Informationsmaterial würden Sie sich über komplementärmedizinische Therapien wünschen? (Mehrfachantworten möglich)

- persönliches Beratungsgespräch
- Flyer/Broschüren
- Informationen auf der Homepage der Abteilung
- andere: _____

	L-KAM-Med-A Fragebogen <i>Naturheilverfahren und Komplementärmedizin</i>		Seite 7 von 7
	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologie)	Gültig ab: 01.07.2017	Version: 2

35. Wenn Ihre Krankenkasse die Behandlung mit komplementärmedizinischen Methoden nicht bezahlen würde, wären Sie bereit die Kosten hierfür selbst zu übernehmen?

ja nein

a) Wenn ja, was würden Sie monatlich dafür ausgeben? _____ €

b) Was haben Sie in der Vergangenheit monatlich dafür ausgegeben? _____ €

36. Wenn komplementärmedizinische Therapien in der Onkologischen Ambulanz/ dem Brustzentrum angeboten werden würden, wie viele zusätzliche Termine pro Woche bzw. wie viel Zeit wären Sie bereit dafür aufzubringen?

1-mal pro Woche 2-mal pro Woche _____-mal pro Woche
 1 Stunde pro Woche 2 Stunden pro Woche _____ Stunden pro Woche

37. Würden Sie sich durch uns eine individuelle komplementärmedizinische Beratung im Rahmen einer Sprechstunde wünschen?

ja nein

Fragebogen –Ende: _____ h

Kommentar

7.2 Fragebogen der Hauptstudie



Fragebogen für Integrative Medizin (IMed-Fragebogen[©])

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir laden Sie hiermit herzlich ein, den vor Ihnen liegenden Fragebogen zur **Inanspruchnahme von Naturheilverfahren und Komplementärmedizin** auszufüllen. Zur Komplementärmedizin zählen alle Verfahren, die auch als ergänzende Heilkunde oder Naturheilkunde bezeichnet werden, wie beispielsweise Akupunktur, Homöopathie oder Kräuterheilkunde aber auch Physiotherapie, Massagen oder Meditation.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig und beinhaltet das anonyme Ausfüllen eines Fragebogens, welches ca. 15 min in Anspruch nehmen wird.

Ausfüllhinweise:

Bitte kreuzen Sie die für Sie am besten zutreffenden Antwortmöglichkeiten an. Freitextfelder geben Ihnen die Gelegenheit für zusätzliche Anmerkungen.

Bitte lesen Sie die jeweilige Frage und Antwortmöglichkeiten sorgfältig durch und beginnen Sie dann erst mit der Beantwortung. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

Falls Sie eine Antwort korrigieren möchten, nehmen Sie die Korrektur bitte deutlich sichtbar vor:  und umkreisen die gewünschte Antwort: 

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

PD Dr. Katja Götz

Frage 1: Was ist der höchste Grad Ihrer Schulausbildung?	<input type="checkbox"/> Haupt-/Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Studium/Fachhochschule
Frage 2: Wie ist Ihr Familienstand?	<input type="checkbox"/> verheiratet / in Partnerschaft <input type="checkbox"/> nicht verheiratet / nicht in Partnerschaft
Frage 3: Wie alt ist Ihr jüngstes Kind, welches in Ihrem Haushalt wohnt (falls zutreffend)?	<input type="checkbox"/> Ich habe keine Kinder. <input type="checkbox"/> Kind(er) wohnt(-en) nicht mehr in meinem Haushalt. <input type="checkbox"/> Jüngstes Kind im Haushalt ist _____ Jahre alt.
Frage 4: Welche Religionszugehörigkeit haben Sie?	<input type="checkbox"/> christlich <input type="checkbox"/> muslimisch <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> keine
Frage 5: Wie sind Sie krankenversichert?	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> keine Angabe <input type="checkbox"/> privat oder mit Krankenhaus-zusatzversicherung
Frage 6: Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?	<input type="checkbox"/> Nein, niemals <input type="checkbox"/> Ja, früher, ich habe vor _____ Jahren aufgehört. <input type="checkbox"/> Ja, ich rauche momentan, und zwar ca. _____ Zigaretten am Tag
Frage 7: Wie groß und schwer sind Sie aktuell?	_____ cm groß und _____ kg schwer
Frage 8: Wie oft in der Woche trinken Sie ein alkoholisches Getränk?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 1-2mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3-6mal pro Woche <input type="checkbox"/> Eher jeden Tag
Frage 9: Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/> Nein, niemals <input type="checkbox"/> Ja, ca. 1 Stunde in der Woche <input type="checkbox"/> Ja, ca. 2-4 Stunden in der Woche <input type="checkbox"/> Ja, mehr als 4 Stunden in der Woche
Frage 10: Wie oft pro Tag essen Sie Obst oder Gemüse in einzelnen Portionen?	<input type="checkbox"/> Ich esse Obst und/oder Gemüse eher unregelmäßig <input type="checkbox"/> Ich esse Obst und/oder Gemüse ca. 1 mal pro Tag <input type="checkbox"/> Ich esse Obst und/oder Gemüse ca. 2 - 3mal pro Tag <input type="checkbox"/> Ich esse Obst und/oder Gemüse ca. 4 - 5mal pro Tag
Frage 11: Achten Sie bewusst auf eine fettarme Ernährung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ich ernähre mich vorwiegend fettarm <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen
Frage 12: Interessieren Sie sich für Diäten und Ernährungsprogramme?	<input type="checkbox"/> Nein, nie <input type="checkbox"/> Ja, schon vor meiner Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Ja, seit ich Krebs habe
Frage 13: Haben Sie bereits eine Diät mit dem Ziel der Gewichtsabnahme gemacht?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Frage 14: Würden Sie sich von einer Diät oder Ernährungsumstellung eine bessere Lebensqualität erhoffen? Nein
 Ja, ich ernähre mich vorwiegend fettarm
 Weiß ich nicht

Frage 15: Würden Sie sich von einer Diät oder Ernährungsumstellung eine bessere Krebsheilung erhoffen? Ja
 Nein
 Weiß ich nicht

Frage 16: Haben Sie bereits diätetische Lebensmittel angewandt? Nein
 Ja (bitte geben Sie an welche)

- _____
- _____
- _____
- _____

Frage 17: Ist bei Ihnen ein Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“) bekannt? Ja
 Nein
 Weiß ich nicht

Frage 18: Interessieren Sie sich für Integrative (früher komplementäre und alternative = unterstützende, ergänzende) Medizin? Nein, nie
 Ja, schon vor meiner Krebserkrankung
 Ja, seit dem Zeitpunkt meiner Krebserkrankung

Frage 19: Haben Sie sich schon über Methoden der integrativen Therapien informiert? Ja, wie viel?___ (1=etwas, 2=mittel, 3=ausführlich)
 Nein
 Weiß ich nicht

Frage 20: Gibt es in der Familie Krebserkrankungen? Nein
 Ja
Bitte geben Sie an, wer betroffen ist und welche Krebserkrankung vorliegt!

Frage 21: Welche Krebserkrankung haben Sie?

_____ festgestellt am: _____ (Monat/Jahr)

_____ festgestellt am: _____ (Monat/Jahr)

_____ festgestellt am: _____ (Monat/Jahr)

Sonstiges: _____ festgestellt am: _____ (Monat/Jahr)

Frage 22: Haben Sie Metastasen?

Ja Nein Weiß nicht

Wenn Sie keine Metastasen haben überspringen Sie bitte die Frage 23 und machen Sie bei Frage 24 weiter.

Frage 23: Falls Sie Frage 22 mit „Ja“ beantwortet haben, wo haben Sie die Metastasen?
(Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Knochen | festgestellt am: _____(Monat/Jahr) |
| <input type="checkbox"/> Leber | festgestellt am: _____(Monat/Jahr) |
| <input type="checkbox"/> Lunge | festgestellt am: _____(Monat/Jahr) |
| <input type="checkbox"/> Gehirn | festgestellt am: _____(Monat/Jahr) |
| <input type="checkbox"/> Lymphknoten | festgestellt am: _____(Monat/Jahr) |
| <input type="checkbox"/> Lungenfell (Pleurakarzinose) | festgestellt am: _____(Monat/Jahr) |
| <input type="checkbox"/> Bauchfell (Peritonealkarzinose) | festgestellt am: _____(Monat/Jahr) |
| <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht | festgestellt am: _____(Monat/Jahr) |

Frage 24: Wurden Sie wegen Ihrer Krebserkrankung bereits operiert?

- Ja
 Nein, ist aber geplant
 Nein, ist auch nicht geplant
 Weiß ich nicht

Wenn ja, wann war die letzte Operation wegen Ihrer Krebserkrankung?

_____ (Tag/Monat/Jahr)

Frage 25: Erhalten Sie aktuell eine Chemotherapie oder haben Sie in der Vergangenheit eine Chemotherapie erhalten?

- Ja, erhalte ich aktuell Welche? _____
Letzte Chemotherapie: _____(Monat/Jahr)
- Ja, habe ich erhalten Welche? _____
Letzte Chemotherapie: _____(Monat/Jahr)
- Nein
 Weiß ich nicht

Frage 26: Erhalten Sie aktuell eine Strahlentherapie?

- Ja
 Nein
 Weiß ich nicht

Frage 27: Haben Sie in der Vergangenheit eine Strahlentherapie erhalten?

- Ja, vor weniger als 8 Wochen
 Ja, vor mehr als 8 Wochen
 Nein
 Weiß ich nicht

Frage 28: Welche Methoden der integrativen Therapien wenden Sie aktuell bereits an bzw. haben Sie früher angewandt?

1.) Medizinische Systeme (medical systems) (Sie können auch mehrere Antworten ankreuzen, wenn Sie mehrere Methoden aktuell anwenden oder früher angewandt haben)

<ul style="list-style-type: none"> Anthroposophische Medizin <i>(Geisteswissenschaftliche Medizin nach den Lehren von Rudolph Steiner)</i> 	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
<ul style="list-style-type: none"> Ayurveda <i>(traditionelle indische Heilkunst)</i> 	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
<ul style="list-style-type: none"> Homöopathie 	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
<ul style="list-style-type: none"> Wassertherapie nach Sebastian Kneipp 	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
<ul style="list-style-type: none"> Ordnungstherapie nach Sebastian Kneipp 	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
<ul style="list-style-type: none"> Bewegungstherapie nach Sebastian Kneipp 	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
<ul style="list-style-type: none"> Pflanzentherapie nach Sebastian Kneipp 	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
<ul style="list-style-type: none"> Traditionelle chinesische Medizin <i>(chinesische Arzneimitteltherapie, chinesische Akupunktur)</i> 	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht

2.) Psyche-Körper-Interventionen (mind-body) (Sie können auch mehrere Antworten ankreuzen, wenn Sie mehrere Methoden aktuell anwenden oder früher angewandt haben)

<ul style="list-style-type: none"> Autogenes Training <i>(von innen erzeugte Entspannungstechnik)</i> 	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
<ul style="list-style-type: none"> Biofeedback 	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
<ul style="list-style-type: none"> Gebet 	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
<ul style="list-style-type: none"> Hypnose 	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
<ul style="list-style-type: none"> Kunsttherapien <i>(Mal-, Musik-, Tanztherapie)</i> 	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
<ul style="list-style-type: none"> Meditation 	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
<ul style="list-style-type: none"> Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson 	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht

• Qigong (chinesische Meditationsmethode)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Reiki (esoterische Praktik zur Selbstheilung)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Simonton-Methode (Stärkung der Selbstheilungskräfte durch psychoonkologische Konzepte)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Sophrologie (Entspannungstechnik zur Herstellung des Gleichgewichts von Körper und Geist)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Thai Chi (chinesische Kampfkunst)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Yoga und Hormonyoga	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht

3.) Manipulative und Körper-Therapien (body based) (Sie können auch mehrere Antworten ankreuzen, wenn Sie mehrere Methoden aktuell anwenden oder früher angewandt haben)

• Akupunktur/Akupressur	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Chiropraxis/ Manuelle Therapie (Behandlung zur Wiederherstellung der Beweglichkeit von Gelenken)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Fußreflexzonenmassage	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Hydro- und Thermotherapie	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Massage und Lymphdrainage	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Neuraltherapie (Beeinflussung d. vegetativen Nervensystems durch Lokalanästhetika)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Rolfing (Bindegewebsmassage)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Osteopathie (Therapie von Funktionsstörungen des Bewegungsapparats)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Shiatsu (Kombination aus manuellen und energetischen Behandlungstechniken)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Sport/Bewegung	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht

4.) Biologische Therapien (biological based) (Sie können auch mehrere Antworten ankreuzen, wenn Sie mehrere Methoden aktuell anwenden oder früher angewandt haben)

• Ernährungsrichtlinien	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Immunstimulanzen und Krebsimmuntherapie (z.B. Zytokine, Wachstumsfaktoren, Thymus-Serum-Faktor, Faktor AF 2, Bacillus Calmette-Guèrin, Kehole Limpert Hemocyanin, Levamisol, Dimepranol, Inosin etc.)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Krebsdiät	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Misteltherapie	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Orthomolekulare Therapie	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Pflanzentherapie	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Probiotika	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Schüßler-Salze	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Vitamine (z.B. Vitamin C, D, E, etc.)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Spurenelemente (z.B. Zink, Selen, etc.)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Enzyme (z.B. Bromelain, Papain, Trypsin, Chymotrypsin, Phlogenzym, Wobenzym, Equizym MCA, etc.)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht

5.) Energetische Therapien (energy based) (Sie können auch mehrere Antworten ankreuzen, wenn Sie mehrere Methoden aktuell anwenden oder früher angewandt haben)

Elektrotherapie (Stimulation mit elektrischem Strom)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Licht- und Heliotherapie (Einsatz von Licht und Sonne)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht

6.) Sonstiges (Sie können auch mehrere Antworten ankreuzen, wenn Sie mehrere Methoden aktuell anwenden oder früher angewandt haben)

• Antihomotoxikologie (Besondere Art der modernen Homöopathie)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Chronotherapie (Behandlungsmethoden bei zirkadianen Rhythmusstörungen, Schlafhygiene)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Klimatherapie	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Ozon- und Sauerstofftherapie	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
• Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> früher, wie lange (Monate): _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> weiß ich nicht

Frage 29: Welche Beschwerden stehen für Sie aktuell im Vordergrund?

(Mehrere Antworten möglich! Bitte kreuzen Sie an!)

- Reduzierte Denkfähigkeit
- Fatigue/ Müdigkeit/ Antriebslosigkeit
- Schmerzen Wo? _____
- Wechseljahresbeschwerden
- Durchfall
- Verstopfung
- Depressive Stimmung
- Beeinträchtigte Sexualaktivität

Frage 30: Bitte nennen Sie die Ihrer Ansicht nach derzeit fünf wichtigsten Beschwerden und wie sehr Sie sich durch diese beeinträchtigt fühlen. Bitte nennen Sie die Beschwerden, die Sie am meisten beeinträchtigen, zuerst und die anderen dann in absteigender Wichtigkeit.

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. _____ beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> selten |
| | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> schwach |
| 2. _____ beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> selten |
| | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> schwach |
| 3. _____ beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> selten |
| | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> schwach |
| 4. _____ beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> selten |
| | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> schwach |
| 5. _____ beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> selten |
| | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> schwach |

Frage 31: Welches Informationsmaterial wünschen Sie sich über komplementärmedizinische Therapien?
(Mehrfachantworten möglich)

- persönliches Beratungsgespräch
 Flyer/Broschüren
 Informationen auf der Homepage der Abteilung
 Sonstiges: _____

Frage 32: Wenn Ihre Krankenkasse die Behandlung mit komplementärmedizinischen Methoden nicht bezahlen würde, wären Sie bereit die Kosten hierfür selbst zu übernehmen?

- Ja
 Nein

Wenn Sie keine Kosten selbst übernehmen möchten, machen Sie bei Frage 34 weiter.

Frage 33: Wenn ja, was würden Sie monatlich dafür ausgeben?

_____ €

Frage 34: Was haben Sie in der Vergangenheit monatlich dafür ausgegeben?

_____ €

Frage 35: Wenn in Zukunft ein komplementärmedizinisches Angebot in der onkologischen Ambulanz besteht, wie oft würden Sie dieses in Anspruch nehmen?

- 1-2mal pro Monat
 1-2mal pro Woche
 mehr als 2mal pro Woche

Frage 36: Wie lange sollte eine komplementärmedizinische Therapie-Einheit dauern?

- weniger als 30 Minuten
 30-60 Minuten
 mehr als 60 Minuten

Frage 37: Würden Sie sich durch uns eine individuelle komplementärmedizinische Beratung im Rahmen einer Sprechstunde wünschen?

- Ja
 Nein

Frage 38: Welche Ziele haben Sie mit der zusätzlichen Verwendung der Integrativen Medizin?

Welche Ziele wollen Sie sofort erreichen?

(Kreuzen Sie bitte folgend die kurzfristigen Ziele an, die Sie haben)

- Linderung von Symptomen der Krebserkrankung
- Reduktion von Nebenwirkungen der konventionellen (Krebs-)Therapien
- Verbesserung der krankheitsbezogenen Lebensqualität

- Verbesserung der Stress- und Krankheitsbewältigung
- Stabilisierung von Körper, Seele und Geist
- Aktive Mitarbeit zur Bewältigung der Krebserkrankung

- Verzögerung des Wiederauftretens der Erkrankung (Rezidiv) oder von Metastasen bei Krebserkrankungen
- Verlängerung der Lebenszeit bei Krebserkrankungen

- Sonstiges: _____
- Sonstiges: _____
- Sonstiges: _____

Welche Ziele wollen Sie auf lange Sicht erreichen?

(Kreuzen Sie bitte folgend die langfristigen Ziele an, die Sie haben)

- Linderung von Symptomen der Krebserkrankung
- Reduktion von Nebenwirkungen der konventionellen (Krebs-)Therapien
- Verbesserung der krankheitsbezogenen Lebensqualität

- Verbesserung der Stress- und Krankheitsbewältigung
- Stabilisierung von Körper, Seele und Geist
- Aktive Mitarbeit zur Bewältigung der Krebserkrankung

- Verzögerung des Wiederauftretens der Erkrankung (Rezidiv) oder von Metastasen bei Krebserkrankungen
- Verlängerung der Lebenszeit bei Krebserkrankungen

- Sonstiges: _____
- Sonstiges: _____
- Sonstiges: _____

7.3 Ethikvoten von der Pilotstudie und der Hauptstudie



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck - Ratzeburger Allee 160 - 23538 Lübeck

Frau
PD Dr. phil. Katja Götz
Institut für Allgemeinmedizin

im Hause

Ethik-Kommission

Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Stellv. Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler

Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann
Tel.: +49 451 3101 1008
Fax: +49 451 3101 1024
ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 18-133A

Datum: 17. Mai 2018

Inanspruchnahme von Naturheilverfahren und Komplementärmedizin Ihr Schreiben vom 04. Mai 2018

Sehr geehrte Frau Dr. Götz,

mit Ihrem o.g. Schreiben legten Sie der Ethik-Kommission ein Studienprotokoll zu Ihrem geplanten Vorhaben vor.

Die Kommission nimmt die Anzeige des retrospektiven Studienabschnittes (Auswertung von N=52 bereits vorliegenden, anonymen Fragebogendatensätzen) zustimmend zur Kenntnis.

Ein positives Votum für den zweiten, prospektiven Studienteil kann erst nach Einreichung der Antragsunterlagen für eine low risk Studie im normalen Antragsverfahren erteilt werden. Dies wurde bereits Frau Flägel erläutert.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Vorsitzender



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Frau
PD Dr. Katja Götz
Institut für Allgemeinmedizin

im Hause

nachrichtlich:
Herrn Prof. Dr. med. Steinhäuser
Direktor der Institutes für Allgemeinmedizin

Ethik-Kommission

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

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

ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 18-145

Datum: 02. August 2018

Sitzung der Ethik-Kommission am 05. Juni 2018

Antragsteller: Frau PD Dr. Götz

Titel: Inanspruchnahme von Naturheilverfahren und Komplementärmedizin bei Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung – eine quantitative Erhebung

Sehr geehrte Frau Dr. Götz,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 13. Juli 2018, in dem Sie unserem Wunsch nach weiteren Informationen zum Studienvorhaben nachkommen. Folgende Unterlagen lagen vor:

- Ihr Anschreiben vom 13. Juli 2018
- Studienprotokoll in der Version 2 vom 13. Juli 2018
- Fragebogen für Integrative Medizin.

Die Kommission hat nunmehr keine Bedenken mehr.

Bei Änderung des Studiendesigns sollte der Antrag erneut vorgelegt werden.

Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten und ungewünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten, ist die Kommission umgehend zu benachrichtigen.

Die Deklaration von Helsinki in der aktuellen Fassung fordert in § 35 dazu auf, jedes medizinische Forschungsvorhaben mit Menschen zu registrieren. Daher empfiehlt die Kommission grundsätzlich die Studienregistrierung in einem öffentlichen Register (z.B. unter www.drks.de).

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

Datenschutzrechtliche Aspekte von Forschungsvorhaben werden durch die Ethikkommission grundsätzlich nur cursorisch geprüft. Dieses Votum / diese Bewertung ersetzt mithin nicht die Konsultation des zuständigen Datenschutzbeauftragten.

Mit freundlichem Gruß


Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Vorsitzender

7.4 Eigene Veröffentlichung

Greive, S., Riedl, J., Flügel, K., Steinhäuser, J., Goetz, K., 2020. Patients with Gynecological Tumor Diseases and Their Attitudes towards Integrative Medicine - A Secondary Data Analysis. *J Altern Complement Integr Med* 6. <https://doi.org/10.24966/ACIM-7562/100088>

8 Danksagung

Größter Dank gebührt zuerst meiner Doktormutter, Frau Prof. Dr. phil. Götz, für die hervorragende fachliche, geduldige und stets motivierende Betreuung. Ich habe bei ihr immer ein offenes Ohr gefunden und hätte mir keine bessere Betreuung wünschen können.

Dem Direktor der Klinik für Allgemeinmedizin der Universitätsklinik zu Lübeck, Herrn Prof. Dr. med. Steinhäuser danke ich ebenfalls für die tatkräftige Unterstützung und die zeitlich unbegrenzte Überlassung des Arbeitsplatzes im Institut für Allgemeinmedizin.

Frau Dr. Flägel, die mich an das Promotionsthema heranföhrte und darüber hinaus mich in allen statistischen Fragen kompetent unterstützt hat, gilt mein besonderer Dank.

Danken möchte ich auch Herrn Riedel, der mir seinen Fragebogen für die Pilotstudie zu Verfügung stellte und mir stets beratend zur Seite stand.

Allen Mitarbeitern des Instituts für Allgemeinmedizin, die mich herzlich ins Team aufgenommen haben und mir stets fachkundige Unterstützung in der statistischen Auswertung leisteten, möchte ich hiermit vielmals danken.

Zuletzt möchte ich meinem Freund, meiner Familie und besonders Herrn Dr. rer. nat. Hofmann für die zahllosen Korrekturen und die unerschöpfliche Geduld von Herzen danken.