

KLINIKUM PASSAU

Lehrkrankenhaus der Technischen Universität München

II. Medizinische Klinik

Die Anwendung alternativer Heilmethoden bei onkologischen Patienten des Klinikums Passau

Leonhard Wassermann

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin
der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizin (Dr. med.)
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. W.-D. Gassel
2. Univ.-Prof. Dr. Chr. Peschel

Die Dissertation wurde am 18.03.2003 bei der Technischen Universität München eingereicht und
durch die Fakultät für Medizin
am 28.05.2003 angenommen.

Für Ulrike
und
meine Patienten

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung.....	5
1.1. Ziele dieser Studie.....	5
1.2. Zum Thema.....	5
1.3. Begriffsbestimmungen.....	6
1.4. Literaturübersicht.....	9
2. Patienten und Methoden.....	11
2.1. Patienten.....	11
2.2. Fragebogen.....	11
2.2.1 Form.....	11
2.2.2 Inhalt.....	12
2.3. Statistik und Datenverarbeitung.....	13
2.3.1 Datenverarbeitung und Dokumentation.....	13
2.3.2 Überblick über die verwendeten Testverfahren zur Bestimmung der statistischen Signifikanz und kurze Erläuterung der Zielsetzung.....	13
2.3.2.1 Der Mann-Whitney-U-Test zur Prüfung von Gruppenunterschieden.....	13
2.3.2.2 Der χ^2 -Test zur Prüfung von Prozentwertunterschieden.....	15
2.3.3 Hinweise zur statistischen Symbolik.....	16
3. Ergebnisse.....	17
3.1. Informationsquellen und Datenbasis.....	17
3.2. Beschreibung des Gesamtkollektivs.....	17
3.2.1 Die Hauptgruppen „Anwender“ und „Nicht-Anwender“ alternativer Heilmethoden.....	17
3.2.2 Die schulmedizinischen Therapien (Fragen 13, 16, 20).....	17
3.3. Ergebnisse zur Frage von Unterschieden zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern.....	17
3.3.1 Demographische Unterschiede.....	17
3.3.1.1 Das Patientenalter (F.1).....	17
3.3.1.2 Geschlechterzusammensetzung bei Anwendern und Nicht-Anwendern (F.2).....	18
3.3.1.3 Familienstand (F.3).....	18
3.3.1.4 Anzahl der Kinder (F.4).....	19
3.3.1.5 Unterschiede in der Schulbildung (F.5).....	19
3.3.1.6 Berufsstatus (F.6+7).....	20
3.3.1.7 Religionszugehörigkeit (F.8).....	20
3.3.2 Zusammenhang zwischen Tumorlokalisation und Gruppenzugehörigkeit (F.9).....	21
3.3.3 Jahr der Diagnosestellung (F.11).....	21
3.3.4 Klinische Unterschiede.....	21
3.3.4.1 Anlass der Diagnosestellung (F.10).....	21
3.3.4.2 Ablehnung eines empfohlenen Therapieverfahrens (F.12).....	21
3.3.4.3 Beurteilung der Effektivität einer Operation (F.14).....	22
3.3.4.4 Häufigkeit in der Prävalenz von Operationsnachwirkungen (F.15).....	22
3.3.4.5 Vorzeitiges Ende einer Strahlentherapie (F.17).....	22
3.3.4.6 Nebenwirkungsprävalenz der Strahlentherapie (F.18).....	22
3.3.4.7 Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Strahlentherapie (F.19).....	23
3.3.4.8 Vorzeitiges Ende einer Chemotherapie (F.21).....	23
3.3.4.9 Umstellung auf andere Chemotherapien (F.22).....	23
3.3.4.10 Nebenwirkungsprävalenz der Chemotherapie (F.23).....	23
3.3.4.11 Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Chemotherapie (F.24).....	24
3.3.4.12 Beurteilung von Nebenwirkungen und Einfluss auf die Lebensqualität durch Hormonentzugstherapie (F.25-27).....	24
3.3.4.13 Zytokintherapie (F.28+29).....	24
3.3.4.14 Beurteilung der schulmedizinischen Therapien insgesamt (F.30).....	24
3.4. Statistische Analytik ausschließlich in der Gruppe der Anwender.....	25

3.4.1	Anwendungsprävalenz alternativer Therapien (F.31).....	25
3.4.2	Anregung zur Anwendung alternativer Therapien (F.32).....	25
3.4.3	Vorangegangene Beratungen (F.33).....	26
3.4.4	Durchführende der alternativen Therapien (F.39).....	27
3.4.5	Beweggründe für die Anwendung alternativer Therapie (F.34).....	27
3.4.6	Beeinflussbarkeit von Beschwerden durch die angewandten Heilmethoden (F.35).....	28
3.4.7	Nebenwirkungen der alternativen Therapien (F.36).....	28
3.4.8	Beeinflussbarkeit des körperlichen Allgemeinbefindens (F.37).....	28
3.4.9	Beeinflussbarkeit des psychischen Befindens (F.38).....	28
3.4.10	Erfolgsbeurteilung der alternativen Therapien (F.40).....	28
3.4.11	Ablehnung einer Komplementärtherapie (F.41).....	29
3.5.	Weitere Ergebnisse.....	29
3.5.1	Beurteilung des Informationsstandes über Krankheitsverlauf und Therapie (F.42).....	29
3.5.2	Wertung der Zukunft (F.43).....	30
3.5.3	Psychische Beschwerden aufgrund der Erkrankung (F.44).....	30
3.5.4	Betreuendes Umfeld.....	31
4.	Diskussion.....	33
5.	Zusammenfassung.....	44
6.	Literaturverzeichnis.....	46
7.	Anhang.....	49

Abkürzung	Bedeutung
AHM	Alternative Heilmethoden
UMK	Unkonventionelle Methoden in der Krebstherapie
n.s.	statistisch nicht signifikant
n	Absolutzahl der von einem Merkmal betroffenen Patienten
SPSS	Statistical Package for the social sciences (ein Softwarepaket zur statistischen Datenanalyse)
SAS	Statistical Analysis System (ein Softwarepaket zur statistischen Datenanalyse)

Tabelle 1: Liste der Abkürzungen

1. EINLEITUNG

1.1. Ziele dieser Studie

Diese Dissertation untersucht die Anwendung von sogenannten „alternativen Heilmethoden“ (AHM) oder „Unkonventionellen Methoden in der Krebstherapie“ (UMK) durch Patienten der Klinik für Hämatologie und Internistische Onkologie sowie der Klinik für Strahlentherapie des Klinikums Passau. Erfasst werden die soziologischen Daten, die Krankheitsgeschichte, die schulmedizinische Therapie, die angewandten Alternativmethoden und individuelle Aspekte der emotionalen Situation der Patienten, sowohl die Krankheit als auch das persönliche Umfeld betreffend.

Das Ziel ist es, die Beweggründe herauszufinden, die den Patienten zur Anwendung alternativer Heilmethoden veranlassen.

In einem zweiten Schritt sind diese am Klinikum Passau erhobenen Daten zur Anwendung alternativer Heilmethoden mit bisher zu diesem Thema durchgeführten Studien zu vergleichen, die teilweise sehr unterschiedliche Ergebnisse über Art und Häufigkeit der verwendeten Therapien zu Tage brachten.

Unter Umständen lassen sich aus den Erkenntnissen dieser Studie Verbesserungsvorschläge für die psychische Betreuung der Patienten im schulmedizinischen Behandlungskonzept ziehen, deren Berücksichtigung möglicherweise Ansatzpunkte für die Verbesserung der Lebensqualität dieser Patienten liefert.

1.2. Zum Thema

Als erstes sei darauf hingewiesen, dass die Bezeichnung der unkonventionellen Therapieansätze als „alternativ“ kritisch bewertet werden sollte, impliziert der Begriff doch, es handele sich um echte Alternativen zur onkologischen Standardtherapie, die womöglich gleich viel oder sogar mehr leisten könnten. Jedoch konnte bei keiner der als „alternativ“ bezeichneten Therapien dafür bisher ein Beweis erbracht werden. Außerdem werden unter diesem Namen verschiedenste Therapieansätze subsummiert, die verschiedensten Denkansätzen entspringen und häufig nichts miteinander zu tun haben. Auf diese Problematik wird im Kapitel 1.3. genauer eingegangen. Trotz aller Bedenken soll auch hier der Begriff der „alternativen Heilmethoden“ verwendet werden, da er sich, selbst im medizinischen Sprachgebrauch, weitgehend eingebürgert hat.

Trotz aller Fortschritte der konventionellen Medizin in der Behandlung bösartiger Erkrankungen ist die Hinwendung zu der oft mit den Adjektiven „sanft“ und „ganzheitlich“ verknüpften „Alternativ-

medizin“ als Gegenbewegung zur „kalten“ und „technischen“ Schulmedizin offenbar ungebrochen. Die Renaissance des Rousseau'schen „Zurück zur Natur“ in der Folge der Studentenunruhen 1968 hat in den letzten drei Jahrzehnten das Bewusstsein einer ganzen Generation geprägt.

Eine große Zahl von Patienten und deren Angehörigen sucht infolgedessen Hilfe bei therapeutischen Verfahren mit unbewiesener Wirksamkeit und lässt so einen gigantischen Markt entstehen, dessen Umfang in den USA mit 13,7 Mrd. US-Dollar insgesamt und 4 Mrd. US-Dollar für unkonventionelle Krebstherapien jährlich geschätzt wird ^(15, S.250f), in Deutschland werden die Ausgaben für Krebstherapien mit unbewiesener Wirksamkeit mit etwa 1,5 Mrd. DM pro Jahr angegeben ^(26, S.1159).

Da für viele der unkonventionellen Therapieverfahren ihre Wirksamkeit nicht bewiesen ist oder nicht bewiesen werden kann, liegt der Verdacht nahe, dass dadurch lediglich die Hoffnungen, Ängste und Schuldgefühle der Kranken gewinnbringend ausgebeutet werden. Zwar ist es eher die Ausnahme, dass primär eine wirksame (schulmedizinische) Therapie durch den Einfluss eines Anbieters von alternativen Therapien oder eines selbsternannten „Heilers“ unterbleibt, allerdings zeigten Brigden ^(7, S.275) und Cassileth et al. ^(11, S.105), dass immerhin bis zu 40% der Krebspatienten letztendlich die konventionelle, meist palliative, Behandlung zugunsten alternativmedizinischer Maßnahmen aufgeben.

Verschiedene Motive persönlichen, religiösen und kulturellen Ursprungs bewegen Tumorpatienten dazu, alternative Heilmethoden anzuwenden. Einige der bisher publizierten Untersuchungen über die Motivation zur Anwendung von alternativen Heilmethoden zeigen, dass Patienten, die begleitend zur schulmedizinischen Therapie unkonventionelle Therapiemethoden anwenden, dadurch eine größere seelische Stabilität erfahren. Es stellt sich damit die Frage, ob die Schulmedizin -trotz aller Beweise ihres Erfolges- nicht Defizite bei der psychischen Betreuung der Patienten aufweist ^(36, S.269ff). Eine Antwort lieferte erst jüngst eine große amerikanische Studie, die zeigte, dass psychosoziale Gruppentherapie die Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen signifikant verbessert. ^(19, S. 1721-1723)

Daher ist es dringend notwendig, dass sich Ärzte mit dieser Thematik auseinandersetzen, um verantwortungsbewusst ihre Patienten über Sinn oder Unsinn „alternativer“ Medizin aufklären zu können.

1.3. Begriffsbestimmungen

Zunächst einmal ist es notwendig, einige Begriffe zu definieren. Wenn man sich mit dem Thema alternativer Heilmethoden beschäftigt, stellt man fest, dass es in der medizinischen Wissenschaft keine einheitliche Meinung gibt, welches (Heil-)Verfahren denn nun „alternativ“, „komplementär“, und „unorthodox“ etc. beziehungsweise „herkömmlich“, „schulmedizinisch“ und „konventionell“ ist. Die

Unterscheidung ist manchmal schwieriger, als es zunächst den Anschein hat. So wird beispielsweise die physikalische Therapie, also Hydro- und Thermotherapie, Massage, Atem- und Krankengymnastik, im angloamerikanischen Sprachraum im Gegensatz zum deutschsprachigen häufig als „Alternativtherapie“ klassifiziert. An dieser Stelle muss sich auch die Schulmedizin kritische Fragen stellen lassen. Auch in der Schulmedizin gibt es Fälle, in denen sich Irrtümer hartnäckig gehalten haben und noch halten. Deshalb wurden und werden diagnostische und therapeutische Verfahren über lange Zeit hinweg durchgeführt, die bei streng wissenschaftlicher Überprüfung als unwirksam angesehen werden müssen. ^(2, S. 1-27)

Einige Definitionsansätze zum Begriff der „alternativen Heilmethoden“ seien nun hier dargestellt.

- Kaiser et al. definieren „als therapeutische Methoden mit unkonventionellem Einsatz in der Onkologie [...] alle diejenigen Verfahren, deren behauptete therapeutische Wirksamkeit bisher nicht durch entsprechende Untersuchungen belegt ist“. Damit stellt er bereits heraus, dass es „weniger von der Methode selbst [abhängt], ob sie als unkonventionell zu bezeichnen ist, sondern mehr von der Art ihres Einsatzes, der Datengrundlage [...] und der Diskrepanz zu dem damit verbundenen Erfolgsanspruch.“ ^(26, S.1159)
- Nagel hat in mehreren Artikeln die wohl umfassendste Begriffsbestimmung gegeben. Er trägt der Tatsache Rechnung, dass namentlich die Naturheilverfahren ein Bestandteil der Schulmedizin sind. Dazu gehören u.a. Hydro-/Thermotherapie, Bewegungstherapie, Massageverfahren, Ernährungstherapie, Phytotherapie u.a. ^(37, S.21f). Er unterteilt Behandlungsverfahren in Standardtherapien und experimentelle Therapien auf Seiten der Schulmedizin, auf der anderen Seite „Unkonventionelle Therapien“, „Außenseitertherapien“ und „Scharlatantherapien“.
 - „Unkonventionelle Therapien“ sind „verbreitete, wissenschaftlich nicht oder noch nicht ausreichend überprüfte, [...] Therapieformen, die oft Teil anderer Medizinschulen sind, deren Anwendung irgendwie plausibel erscheint und die im Prinzip auch mit den Methoden der wissenschaftlichen Medizin überprüft werden können.“
 - Als „Außenseitertherapien“ bezeichnet er „nicht plausibel erscheinende, auf unbeweisbaren Behauptungen basierende Mittel, deren Überprüfbarkeit z.T. mangels Standardisierbarkeit, Unzumutbarkeit oder ethischer Bedenken nicht gegeben ist.“
 - Eine „Scharlatantherapie“ beruht „auf bewusster Irreführung und Täuschung [...], die eine Ausbeutung von Patienten zum Ziel [hat] und deren wissenschaftliche Überprüfung von den Anwendern nicht gewollt ist.“ ^(38, S.181f)

Die häufigsten Definitionen für alternative Therapien betonen vor allem die Abgrenzung gegenüber der Schulmedizin:

- In einem gemeinsamen Positionspapier der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie sowie der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie heißt es: „Ärztlich angewandte Therapien müssen erfolgsversprechend sein, d.h. deren Erfolge sind mit anerkannten Methoden nachzuweisen. Alle anderen Methoden werden, so das US Cancer Institute, als *fragwürdig* bezeichnet.“^(31, S.615)
- Fletcher stellt heraus, dass konventionelle Therapien „verantwortungsbewusst, objektiv, reproduzierbar und zuverlässig“ Sicherheit und Effektivität bewiesen hätten, wohingegen dieser Nachweis bei unkonventionellen Methoden fehle.^(17, S.1351)
- Nach Drings et al. ist „den genannten Verfahren [...] gemeinsam, dass ihre Wirksamkeit nicht oder nicht zweifelsfrei bewiesen ist. Es fehlen zumeist die heute geforderten präklinischen, pharmakologischen und toxikologischen Untersuchungen und Ergebnisse klinischer Studien, die nach den Kriterien der „good clinical practice“ durchgeführt werden.“^(13, S.974)

Als Folge derartig unterschiedlicher Definitionen ergeben sich naturgemäß auch andere Ergebnisse zur Anwendungshäufigkeit.

Für einige alternative Therapiemethoden besteht seitens der Schulmedizin schon aus ethischen Gründen gar kein Interesse, ihre Wirksamkeit zu prüfen, nämlich in den Fällen, in denen eine hochgradige Gefährdung des Patienten anzunehmen ist. Solche Therapien sind beispielsweise die Fastenkur nach Breuss oder makrobiotische Diäten, die sehr häufig zu einer Mangelernährung führen, oder die Anwendung hochgiftiger Substanzen wie das blausäurehaltige „Laetrile“, das in den USA zu mehreren Todesfällen geführt hat. Hier darf die Schulmedizin nicht prüfend mit Studien tätig werden. Derartige Aufforderungen im Sinne einer Beweislastumkehr werden ja nicht selten von den Verfechtern solcher obskuren Verfahren ausgesprochen.

Sehr viel häufiger allerdings sind die sogenannten „Erfahrungsmediziner“ gar nicht daran interessiert, einen fundierten Wirkungsnachweis zu erbringen, nicht nur weil viele Verfahren vermutlich keine oder möglicherweise sogar schädliche Wirkung haben, sondern auch, weil einige „Paramediziner“ ihre Rolle gerade in der Abgrenzung von der herkömmlichen Medizin sehen. Zum Wirkungsnachweis werden dann oft Kasuistiken anstelle standardisierter Studien herangezogen. Die Bedeutung und Bewertung von Kasuistiken für die Wirksamkeitsbeurteilung medizinischer Therapien hat Abel in einem umfangreichen Aufsatz zusammengefasst.^(1, S. 1-12)

Nach Hauser würden die Vertreter unbewiesener Methoden versuchen, „durch ein [...] logisches System von Krebsstheorie, diagnostischen Tests und spezifischer Therapie einen wissenschaftlichen

Eindruck zu machen.“ Ein Wirkungsnachweis mit Kontrollgruppen werde abgelehnt, da „der Patient das Recht auf jede mögliche Therapie haben sollte“^(24, S.1549, Zitate übersetzt aus dem Englischen).

Hauser stellte auch eine sehr umfassende Übersicht über die am weitesten verbreiteten unkonventionellen Therapieansätze zusammen; die Auswahlliste des in dieser Studie verwendeten Fragebogens stützt sich zum großen Teil darauf. ^(23, S.648-651)

1.4. Literaturübersicht

Die weltweit zu diesem Thema erschienene Literatur gibt ein sehr heterogenes Bild über die Anwendung alternativer Heilmethoden.

Die unterschiedlichen Ergebnisse mögen zum Teil auf die methodisch unterschiedlichen Ansätze, zum Teil auf die bereits angeführten unterschiedlichen Definitionen des Begriffes „alternative Therapie“ zurückzuführen sein. Hinzu kommt, dass vor allem Ärzte und Patienten dazu nicht immer einer Meinung sind. Speziell mit diesem Thema befassen sich Gray et al., die zeigen, dass Patienten deutlich andere Ansichten als Ärzte über den Begriff „alternative Therapie“ haben und sich oft gegen die Einordnung „ihrer“ Therapie als „unkonventionell“ wehren. ^(20, S.447f)

Eine nicht unerhebliche Rolle spielen aber sicherlich auch die unterschiedlichen Zeiten, Moden und Kulturkreise, in denen die Untersuchungen durchgeführt wurden. So schwanken die Angaben bezüglich der Anwendungshäufigkeit in Nordamerika zwischen 6% ^(12, S.176) bis 9% ^(29, S.181) und 81% ^(33, S.1196). Im deutschsprachigen Raum liegen die Ergebnisse zwischen 31,7% ^(39, S.284) und 58,4% ^(53, S.146).

Ähnliche Unterschiede ergeben sich bei der Betrachtung der Anwender. In einigen Studien sind Frauen tendenziell häufiger Anwender ^(14, S.88; 45, S.9; 53, S.146; 55, S.136), in einer anderen die Männer ^(39, S.286), andere sehen keine Geschlechtsspezifität ^(4, S.545; 5, S.325; 21, S. 924; 34, S.1030). Bezüglich anderer soziologischer Daten zeigt sich folgendes: Wenn überhaupt Unterscheidungskriterien auftreten, dann sind es jüngeres Alter ^(4, S.545; 8, S. 1735; 14, S.88; 33, S.337; 34, S.1030; 44, S.1785) und höhere Bildung ^(5, S. 325; 8, S. 1735; 29, S.181; 53, S.148; 55, S.136).

Deutliche geographische Unterschiede zeigen sich bei den jeweils am häufigsten verwendeten Methoden. Im deutschsprachigen Raum stehen immer wieder Mistelpräparate, Vitamine und Mineralstoffe in unterschiedlicher Reihenfolge ganz oben auf der Beliebtheitsskala ^(5, S. 325; 21, S. 926; 34, S.1030; 39, S.283; 53, S.144), im nordamerikanischen Raum sind es vor allem Diäten, Kräuterpräparate, Vitamine sowie physiotherapeutische und psychologische Verfahren im weitesten Sinne ^(4, S.545; 8, S.1735; 10, S.396; 12, S.176; 32, S.337; 55, S.142), in Norwegen ^(46, S.275) und England ^(14, S. 87) überwiegen spirituelle Methoden.

Die genannten Studien zeigen darüber hinaus, dass onkologische Patienten häufig alternative Methoden ergänzend zur schulmedizinischen Therapie anwenden. Diese Ergebnisse können allerdings

auch darauf beruhen, dass die meisten Studien an Patienten in onkologischen Zentren durchgeführt wurden. Patienten, die ausschließlich alternative Methoden verwenden, konnten somit gar nicht erfasst werden.

Sehr unterschiedliche Angaben gibt es auch über die Motivation zur Anwendung alternativer Therapien. In den Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum werden meist Angaben wie „Stärkung der Abwehr“, „Unterstützung der Schulmedizin“ und der „Eigenbeitrag zur Genesung“ genannt (5, S.325; 21, S.926; 35, S.1031; 53, S.146). Gelegentlich wird auch, v.a. im englischsprachigen Raum, Unzufriedenheit mit der konventionellen Medizin, die fehlende Hoffnung auf Heilung und ein vermuteter antitumöröser Effekt genannt^(14, S.88; 53, S.146). Nebenwirkungen der Schulmedizin^(39, S.286; 55, S.136), Wunsch nach verstärktem Kontrollgefühl^(32, S. 337) sowie Informationen von anderen Krebskranken^(20, S.450; 34, S.1033) und aus der Laienpresse^(33, S. 1195) spielen eine weitere Rolle.

Weitgehende Einigkeit hingegen besteht bei der Beurteilung des Effektes der alternativen Heilmethoden: Psychische Stabilisierung und Optimismus im weitesten Sinne, eine antitumoröse Wirkung wird aber nicht berichtet.^(4, S. 547; 14, S. 88; 19, S. 1723; 32, S.337; 39, S. 285; 43, S. 575; 53, S. 147; 55, S. 140)

2. PATIENTEN UND METHODEN

2.1. Patienten

Die Studie ist in Form einer prospektiven Querschnittsuntersuchung angelegt. Sie wird am Klinikum Passau im Zeitraum vom Juli 1999 bis August 2000 durchgeführt.

Das Patientenkollektiv rekrutiert sich aus onkologischen Patienten der II. Medizinischen Klinik, die sich zur stationären Durchführung einer Chemotherapie bzw. Radiochemotherapie im Klinikum Passau befinden, sowie aus ambulanten Patienten der Klinik für Strahlentherapie, ebenfalls während der laufenden Therapie einer malignen Erkrankung.

Bei der Auswahl der teilnehmenden Patienten muss ein histopathologisch diagnostiziertes malignes Grundleiden vorliegen. In einigen Fällen von Pankreas- oder Bronchialkarzinomen wird auch eine Diagnosestellung aufgrund radiologischer Befunde und entsprechend erhöhter charakteristischer Tumormarker akzeptiert. Ansonsten erfolgt keine Selektionierung nach irgendeinem Kriterium. Insbesondere wird keine Auswahl danach getroffen, ob eine palliative oder kurative Therapiesituation vorliegt.

Bei einem Teil der Patienten wurde vor der aktuell durchgeführten Therapie eine kurative oder palliative Tumoroperation durchgeführt. Der zeitliche Abstand der Operation zur aktuellen Therapie spielt keine Rolle.

Vor der Aushändigung des Fragebogens werden die Patienten gefragt, ob sie an einer Studie zur Erhebung der Häufigkeit und Motivation der Anwendung alternativer Heilmethoden in der Krebstherapie teilnehmen wollen. Sie erhalten nach Zustimmung zur Teilnahme einen anonymisierten Fragebogen, den sie in einem beliebigen Zeitraum ausfüllen und in einem mitgegebenen Briefkuvert zurückschicken oder persönlich zurückgeben können.

2.2. Fragebogen

An dieser Stelle sei Herrn Dipl.-Psych. Dipl.-Biol. Stefan Zettl von der Psychosozialen Nachsorgeeinrichtung der Chirurgischen Klinik der Universität Heidelberg gedankt, der den Fragebogen kritisch durchgesehen und einige wertvolle Ratschläge gegeben hat.

2.2.1 Form

Bei der Formulierung des Fragebogens werden meist geschlossene, standardisierte Fragen nach dem

Multiple-Choice-System eingesetzt, wobei auch Mehrfachangaben möglich sind. Die Möglichkeit zur freien Beantwortung besteht nur ausnahmsweise. Teilweise stehen Rangskalen mit vier bis fünf Rängen zur Beurteilung der Selbsteinschätzung bezüglich des gefragten Parameters zur Verfügung. Der Fragebogen ist als Anhang beigefügt.

2.2.2 Inhalt

Der Fragebogen gliedert sich in mehrere Abschnitte zur Erfassung der verschiedenen objektiven und subjektiven Patientendaten.

Nach einem erläuternden Begleitschreiben und einer detaillierten Anleitung zum Ausfüllen beginnt der Fragebogen mit der Erhebung der soziologischen/demographischen Parameter: Alter, Geschlecht, Familienstand, Anzahl der Kinder, Schulabschluss, Beruf, Berufsstatus und Religionszugehörigkeit (Fragen 1-8).

Die Fragen 9-11 befassen sich mit allgemeinen Daten zur Tumorerkrankung: Art der Erkrankung, Anlass der Diagnosestellung und Diagnosezeitpunkt.

In Frage 12 wird gefragt, ob eine schulmedizinische Therapie abgelehnt wurde und, wenn ja, aus welchem Grund.

Die folgenden Fragen (13-30) behandeln die schulmedizinischen Therapien. Es werden die Therapieverfahren Chirurgie, Strahlen-, Chemo-, Hormon- und Zytokintherapie abgefragt. Zu den einzelnen Verfahren werden jeweils folgende Parameter behandelt:

- operiertes bzw. bestrahltes Organ oder Körperteil,
- Zeitpunkt einer Operation bzw. Beginn und Ende der weiteren Therapien, sowie evtl. Therapieumstellung bzw. -abbruch,
- Neben- oder Nachwirkungen sowie deren Ausprägungsgrad,
- subjektive Erfolgsbeurteilung dieser Maßnahme(n) und
- Beeinflussung der Lebensqualität durch die Therapie bzw. Therapien.

Die Fragen 31-40 beziehen sich auf die Anwendung alternativer Therapien.

Frage 31 stellt eine Liste mit den bekanntesten alternativen Therapieverfahren zur Auswahl. Zur Zusammenstellung dieser Liste wurden Hauser^(22, S.647-651) und Beyersdorff^(6, S. 84, 86-90) herangezogen.

Frage 32 erfragt, wie der Patient auf die Therapie(n) aufmerksam wurde, Frage 33, ob dann über die Therapie(n) eine Beratung erfolgte.

Frage 34 stellt eine Auswahl von 13 verschiedenen schlagwortartigen Musterantworten zur Begründung der Zuhilfenahme alternativer Therapien zur Verfügung.

Die Fragen 35-40 umfassen die Erfolgs- und Nebenwirkungsbeurteilung sowie die durchführende Person, wenn diese Therapie durch Dritte erfolgt.

Die Fragen 41-45 betreffen die persönliche Bewertung des eigenen Informationsstands, der psychischen Situation und der Hilfen aus dem sozialen Umfeld.

2.3. Statistik und Datenverarbeitung

2.3.1 Datenverarbeitung und Dokumentation

Um die Daten zu verarbeiten, wird eine relationale Datenbank verwendet (Microsoft ACCESS[®] 2000 als Front-End und SQL-Server 7.0 als Back-End, während die Rohdaten über ODBC-Treiber in SPSS eingelesen werden).

Die statistischen Berechnungen werden mittels SPSS 9.0.1 sowie alternativ mittels SAS Version 8 durchgeführt. Der vorliegende Bericht wird in StarOffice 5.2 erstellt.

2.3.2 Überblick über die verwendeten Testverfahren zur Bestimmung der statistischen Signifikanz und kurze Erläuterung der Zielsetzung

Die erhobenen Daten werden, je nach Fragestellung, mittels Mann-Whitney-U-Test oder χ^2 -Test analysiert.

2.3.2.1 Der Mann-Whitney-U-Test zur Prüfung von Gruppenunterschieden ^(48, S.380-393)

Der sogenannte Mann-Whitney-U-Test wird dann eingesetzt, wenn Unterschiede zweier Gruppen auf statistische Signifikanz überprüft werden sollen.

Wichtig ist die Tatsache der Unabhängigkeit der beiden Gruppen und dass genau ein Parameter überprüft werden soll.

Im Gegensatz zu häufig gebräuchlichen Tests wie etwa dem χ^2 -Test werden nicht Prozentwerte oder absolute Häufigkeiten, sondern Unterschiede in stetigen Werten überprüft.

Der Mann-Whitney-U-Test ist das direkte Gegenstück zum t-Test, der jedoch vergleichsweise hohe

Ansprüche an die verwendeten Daten stellt (z.B. wäre dort die Annahme nötig, dass sich die Daten in den Gruppen normalverteilen). Für die Testdurchführung mittels Mann-Whitney-U-Test sind keinerlei Voraussetzungen nötig wie z.B. das Vorliegen einer bestimmten Verteilungsform der Daten (z.B. Normalverteilung). Außerdem ist es nicht nötig, dass sich die Variabilitäten der Daten innerhalb der Gruppen ähneln (wie das beim t-Test der Fall ist).

Das Testprinzip kann als Rangsummentest für zwei unabhängige Stichproben beschrieben werden.

Der besondere Vorteil des Mann-Whitney-U-Tests wird deutlich, wenn man seine Testrationale betrachtet:

Der Test transformiert die Rohdaten in einem ersten Schritt in Ränge. Ränge haben gegenüber mit Ausreißern behafteten Rohwerten eine kontrollierende Funktion, denn Ausreißerwerte erhalten lediglich den höchsten (bei einem Ausreißer nach oben) bzw. den niedrigsten Rang (bei einem Ausreißer nach unten). Insofern kommt der Rangtransformation eine entscheidende Rolle zu.

In einem weiteren Schritt wird geprüft, ob sich in einer der zwei Gruppen die statistisch höhere Rangsumme findet (daher wird der Test auch als "Rang-Summen-Test" bezeichnet). Aus den Rangsummen wird eine Prüfgröße berechnet. Deren statistische Signifikanz kann dann anhand tabellierter Vergleichswerte, die sich in Lehrbüchern der Statistik finden, bestimmt werden.

Die Prüfgröße U, nach der der Test auch benannt ist, berechnet sich nach

$$U = N_1 * N_2 + \frac{N_1 * \{N_1 + 1\}}{2} - R_1$$

und

$$U' = N_1 * N_2 + \frac{N_2 * \{N_2 + 1\}}{2} - R_2$$

N_1 und N_2 stellen Fallzahlen der beiden Gruppen dar.

R_1 und R_2 enthalten Summenwerte und kennzeichnen die aufsummierten Ränge der ersten bzw. zweiten Gruppe.

Die resultierende Prüfgröße (der kleinere Wert aus U und U', siehe die beiden obigen Formeln) wird als Bewertungsmaßstab verwendet:

Der Unterschied zwischen den beiden Stichproben kann dann als signifikant bewertet werden, wenn die Prüfgröße unter den tabellierten kritischen Wert fällt.

Insgesamt kann der U-Test als eines der trennschärfsten nichtparametrischen Verfahren charakterisiert werden.

2.3.2.2 Der χ^2 -Test zur Prüfung von Prozentwertunterschieden^(42, S.176)

Signifikanztestungen von Häufigkeiten und Prozentuierungen werden stets mittels χ^2 -Test durchgeführt.

Mittels χ^2 -Test werden Zusammenhänge in Häufigkeitstabellen überprüft. Häufig interessiert, ob Verteilungen gegeneinander verschoben sind oder ob sich Prozentwerte unterscheiden. Mittels dieses Tests kann beispielsweise überprüft werden, ob sich Unterschiede in einer Diagnoseverteilung finden, wenn man zwei Gruppen vergleichen möchte.

Rechentechnisch prüft der Test, ob sich ein Zusammenhang als signifikant erweist (z.B. zwischen dem Auftreten von Symptomen und der Zugehörigkeit zu einer diagnostischen Gruppe). Speziell kann daraus ein Unterschied zwischen relativen Anteilen abgeleitet werden (z.B. ob die Verteilung der Diagnosen im Gruppenvergleich unterschiedlich ausfällt). Bei der Durchführung der Testprozedur erhält man eine Prüfgröße χ^2 nach der allgemeinen Formel

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(f_{ei} - f_{ai})^2}{f_{ai}}$$

, deren Signifikanz anhand tabellarischer Werte bestimmt wird. Dabei ist i der

Summenindex, k der Index der letzten Klasse, f_{ei} die Häufigkeit der Messwerte in der i 'ten Klasse und f_{ai} die theoretisch berechnete Häufigkeit.

Für die weit verbreitete und hier angewendete χ^2 -Vierfeldertafel ergibt sich aus o.g. Formel

$$\chi^2 = \frac{n \cdot (n_1 \cdot \bar{n}_2 - \bar{n}_1 \cdot n_2)^2}{(n_1 + \bar{n}_1) \cdot (n_2 + \bar{n}_2) \cdot (n_1 + n_2) \cdot (\bar{n}_1 + \bar{n}_2)}$$

bei der Verteilung der Stichproben mit den Merkmalen 1 und 2 des untersuchten Kollektivs n auf das Ergebnis a bzw. das Komplementärergebnis \bar{a} .

In diesem Fall ergeben sich bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = 0,05$ bzw. $0,01$ feste Signifikanzschwellen von $\chi^2 > \hat{\chi}_0^2 = 3,84$ bzw. $6,63$.

Zusammenfassend ist der χ^2 -Test das am häufigsten verwendete Verfahren zur Prüfung der Signifikanz von Prozentwertunterschieden.

2.3.3 Hinweise zur statistischen Symbolik

Explorativ berechnete statistische Signifikanzen werden stets mittels sogenannter p-Werte¹ gekennzeichnet. Die folgende Tabelle zeigt einen Bewertungsmaßstab für die p-Werte.

<i>Symbol</i>	<i>Irrtumswahrscheinlichkeit</i>	<i>Bedeutung</i>
n.s.	$p > 0,05$	Statistisch nicht signifikant
n.s.	$0,05 < p < 0,1$	Nonsignifikanter Unterschied, die Signifikanzschwelle wurde nur geringfügig verfehlt (insgesamt liefert dies einen starken Hinweis auf einen möglichen Unterschied)
*	$p \leq 0,05$	Signifikanter Unterschied
**	$p \leq 0,01$	Hochsignifikanter Unterschied
***	$p \leq 0,001$	Hochsignifikanter Unterschied (gleiche Formulierung wie bei $p \leq 0,01$)

Tabelle 2: Kennzeichnung der explorativen Signifikanzen

1 Das "p" steht für "probability". Der p-Wert bezieht sich auf eine Nullhypothese (z.B. „kein Zusammenhang“ oder „kein Unterschied“). Diese vermutet man vorerst als wahr. Geringe p-Werte führen zur Ablehnung der Nullhypothese und machen eine Alternative („signifikanter Zusammenhang“, „signifikanter Unterschied“) plausibel.

3. ERGEBNISSE

3.1. Informationsquellen und Datenbasis

Es werden während des Zeitraums von Juli 1999 bis August 2000 insgesamt 160 Exemplare des Fragebogens an Patienten verteilt. Bis Dezember 2000 werden 107 ausgefüllte Fragebögen zurückgegeben. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 67%. Davon sind 100 Fragebögen (93%) auswertbar. Insgesamt werden die Daten von genau n=100 Patienten statistisch ausgewertet. Die statistische Hauptfragestellung betrifft Unterschiede zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern von alternativen Heilmethoden.

3.2. Beschreibung des Gesamtkollektivs

3.2.1 Die Hauptgruppen „Anwender“ und „Nicht-Anwender“ alternativer Heilmethoden

Von den 100 ausgewerteten Patienten geben 40 die Anwendung alternativer Heilmethoden an. Prozentual zeigt sich somit ein Verhältnis von Nicht-Anwendern zu Anwendern von 60% zu 40%, d.h. das Verhältnis liegt bei genau 3:2.

3.2.2 Die schulmedizinischen Therapien (Fragen 13, 16, 20)

Hinsichtlich der bereits erfolgten oder noch laufenden konventionellen Therapien ergibt sich folgende Verteilung: 76 Patienten wurden operiert, 39 werden oder wurden bestrahlt, 89 chemotherapiert. 14 Patienten stehen unter Hormontherapie.

3.3. Ergebnisse zur Frage von Unterschieden zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern

3.3.1 Demographische Unterschiede

3.3.1.1 Das Patientenalter (F.1)

Die befragten Patienten haben einen deutlichen Altersschwerpunkt zwischen 60 und 69 Jahren. Sie sind durchschnittlich 58 Jahre alt (Standardabweichung 12 Jahre). Der jüngste Patient ist 17 Jahre, der älteste ist 81 Jahre alt.

Die Altersunterschiede zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern sind recht gering. Das Durchschnittsalter bei Nicht-Anwendern beträgt 58,6 Jahre, bei Anwendern 56,4 Jahre. Auch die Mediane zeigen nur minimale und statistisch nicht signifikante Unterschiede. Das Alter beeinflusst somit nicht die Wahrscheinlichkeit der Zugehörigkeit zu einer der beiden Gruppen ($p=0,37$, n.s.).

<i>Kollektiv</i>	<i>Alter</i>						
	<i>Mittelwert</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>25. Perzentil</i>	<i>Median</i>	<i>75. Perzentil</i>	<i>Max.</i>
<i>Keine AHM</i>	58,6	11,4	32	51	60	65	81
<i>AHM</i>	56,4	12,4	17	48	59	67	77
<i>Gesamt</i>	57,7	11,8	17	49	60	67	81

Tabelle 3: Altersverteilung in den Hauptgruppen

3.3.1.2 Geschlechterzusammensetzung bei Anwendern und Nicht-Anwendern (F.2)

Im untersuchten Kollektiv beträgt die Geschlechterverteilung genau 50:50. Es gibt einen geringfügig höheren Frauenanteil bei den Anwendern alternativer Heilmethoden (s. Abb. 1). Ein χ^2 -Test zeigt jedoch, dass der Unterschied rein statistisch gesehen, keine Signifikanz hat ($p=0,22$ n.s.). Insofern werden alternative Heilmethoden von Frauen statistisch nicht signifikant häufiger angewandt.

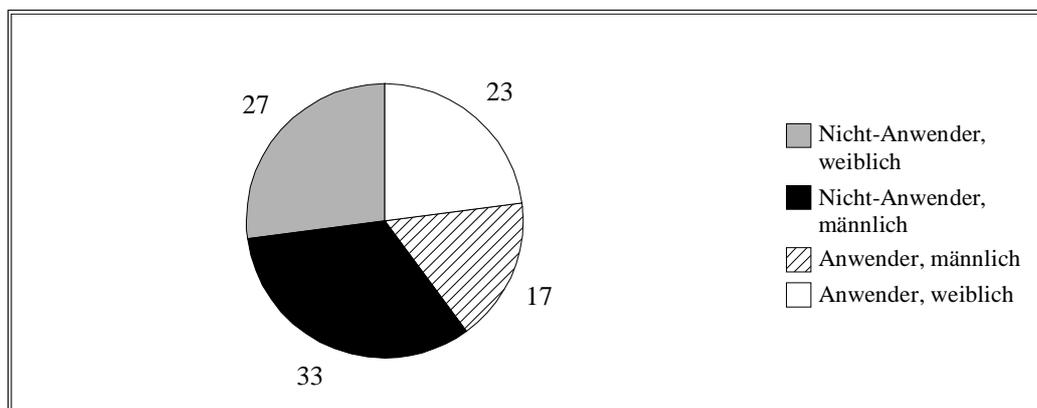


Abbildung 1: Geschlechterverteilung hinsichtlich der Anwendung alternativer Heilmethoden

3.3.1.3 Familienstand (F.3)

Im Familienstand zeigt sich ein sehr ausgeprägter Schwerpunkt bei Patienten, die verheiratet sind (77%). Die Unterschiede zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern fallen jedoch auch hier gering aus (83% der Anwender vs. 73% der Nicht-Anwender). Eine Prüfung auf Unterschiede mittels χ^2 -

Test zeigt keine statistische Signifikanz ($p=0.67$ n.s.). Auch der familiäre Status erhöht nicht die Wahrscheinlichkeit der Zugehörigkeit zu einer der beiden Gruppen.

3.3.1.4 Anzahl der Kinder (F.4)

Geringere Unterschiede finden sich in der Zahl der Kinder. Patienten, die keine alternativen Heilmethoden anwenden, haben schwerpunktmäßig ein oder zwei Kinder, während Patienten mit alternativen Heilmethoden eher häufiger zwei Kinder haben.

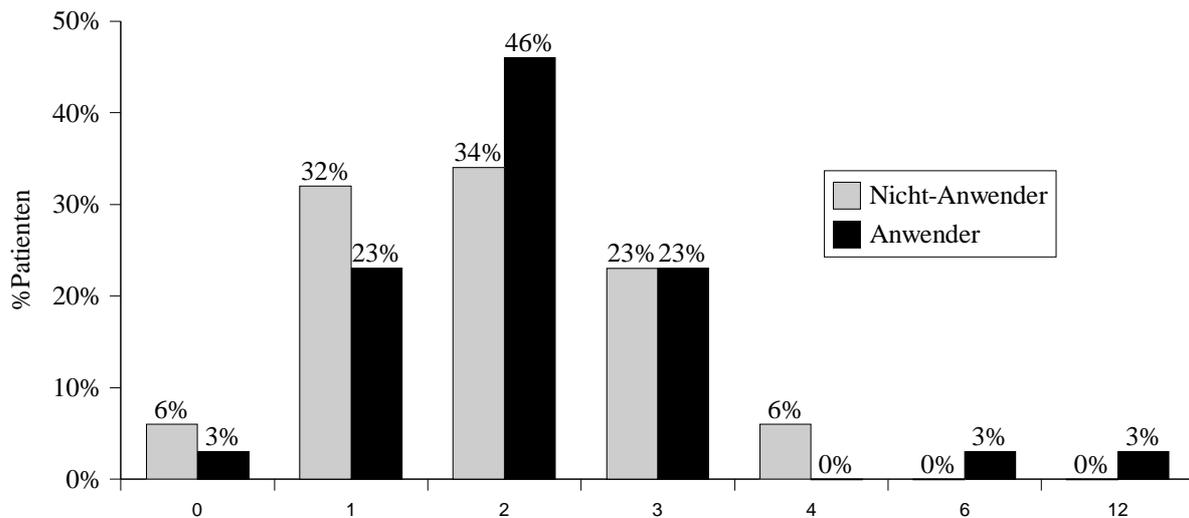


Abbildung 2: Verteilung der Kinderzahlen in den Hauptgruppen. Prozentwerte gerundet.

Um die Frage einer eventuellen Schwerpunktverschiebung zu klären, werden Medianwerte betrachtet und auf Unterschiede geprüft. Die Testung ergibt keine statistisch signifikanten Schwerpunktverschiebungen in der Zahl der Kinder zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern ($p=0,43$, n.s.). Die mediane Kinderzahl liegt in beiden Gruppen bei zwei Kindern.

3.3.1.5 Unterschiede in der Schulbildung (F.5)

Deutliche Unterschiede zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern finden sich in der Schulbildung. Patienten, die keine alternativen Heilmethoden anwenden, haben signifikant häufiger einen Volksschulabschluss, während Patienten, die alternative Heilmethoden anwenden, signifikant häufiger Abitur oder Abitur und einen Universitätsabschluss haben.

Schulabschluss	Keine AHM	%	AHM	%	Chi²
Kein Schulabschluss	0	0%	0	0%	-
Volksschule	44	75%	21	55%	p=0,03*
Mittlere Reife	9	15%	9	20%	p=0,33 n.s.
Abitur +/- Universität	3	5%	8	13%	p=0,02*
Sonst. Hochschulreife	0	0%	0	0%	-
Fachhochschule	3	5%	1	0%	p=0,54 n.s.

Tabelle 4: Verteilung des Schulabschlusses. Prozentwerte gerundet. Angaben von 2 Patienten fehlen.

3.3.1.6 Berufsstatus (F.6+7)

Hinsichtlich der Unterschiede im beruflichen Status zeigt sich, dass unter Rentnern signifikant weniger Anwender als Nicht-Anwender sind. Alle übrigen Berufsgruppen zeigen keine statistisch signifikanten Schwerpunkte hinsichtlich der Anwendung alternativer Heilmethoden.

Berufsstatus	Keine AHM	%	AHM	%	Chi²
In Ausbildung	0	0%	1	3%	p=0,22 n.s.
Hausmann/-frau	8	13%	9	23%	p=0,37 n.s.
Selbständig	1	2%	3	8%	p=0,14 n.s.
Beamter	1	2%	3	8%	p=0,14 n.s.
Angestellter	7	12%	10	25%	p=0,08 n.s.
Arbeiter	7	12%	2	5%	p=0,37 n.s.
Arbeitslos	0	0%	0	0%	-
Im Ruhestand	34	57%	12	30%	p=0,01*
Keine Berufstätigkeit	2	3%	0	0%	p=0,24 n.s.

Tabelle 5: Aktueller beruflicher Status. Prozentangaben gerundet.

3.3.1.7 Religionszugehörigkeit (F.8)

Eine große Mehrheit (85%) der Patienten ist katholischer Konfession. 11% sind evangelisch, 1% mohammedanisch und 3% ohne Glaubenszugehörigkeit. Unterschiede in der Zugehörigkeit zu einer Religion sind bezüglich der Anwendungshäufigkeit alternativer Heilmethoden statistisch nicht signifikant (p=0.46 n.s.), soweit dies bei der ungleichmäßigen Verteilung der Gruppen zu beurteilen ist.

3.3.2 Zusammenhang zwischen Tumorlokalisation und Gruppenzugehörigkeit (F.9)

Bei der Auswertung dieser Frage werden die vier am häufigsten genannten Tumorentitäten, colorektales Karzinom (n=34), Mamma- (n=22) und Bronchialkarzinome (n=7) sowie Neoplasien des lymphatischen Systems (n=16), betrachtet. Die niedrigsten Anwendungsraten entfallen auf die Gruppe der Bronchialkarzinom-Patienten (14%), gefolgt von Lymphom- (31%), Mamma- (41%) und Colonkarzinom-Patienten (44%).

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den genannten häufigsten Tumorlokalisationen und dem Anteil der Anwender zeigt sich nicht ($p=0.46$ n.s.).

3.3.3 Jahr der Diagnosestellung (F.11)

Der klare Schwerpunkt hinsichtlich der Feststellung der Erkrankung liegt auf dem Jahr 1999. Bei 44% der Patienten wurde die Diagnose innerhalb des letzten Jahres vor dem Zeitpunkt der Befragung gestellt, bei weiteren 16% zwischen einem und zwei Jahren zuvor.

Ein Zusammenhang zwischen dem Jahr der Diagnose und Zugehörigkeit zu einer Hauptgruppe zeigt sich statistisch nicht, die Verteilung ist offenbar rein zufällig ($p=0.21$ n.s.). Alternative Heilmethoden werden bei erst kurz zurückliegender Diagnosestellung statistisch nicht signifikant häufiger oder seltener angewandt.

3.3.4 Klinische Unterschiede

3.3.4.1 Anlass der Diagnosestellung (F.10)

Die Diagnostik, die zur Entdeckung der Erkrankung führt, wird überwiegend wegen neu aufgetretener Beschwerden (43%) veranlasst. Früherkennungsuntersuchungen (22%) und Zufallsbefunde (26%) spielen im Vergleich dazu eine geringere Rolle. Unterschiede zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern sind diesbezüglich gering und statistisch nicht signifikant.

3.3.4.2 Ablehnung eines empfohlenen Therapieverfahrens (F.12)

Diese Frage wird offensichtlich häufig falsch beantwortet. Die Frage lautet wörtlich: „Haben Sie ein schulmedizinisches Therapieverfahren, das Ihnen wegen Ihrer Tumorerkrankung empfohlen worden war, abgelehnt?“ Anhand der gegebenen Antworten kann in Zusammenhang mit den Antworten auf

die folgenden Fragen gefolgt werden, dass ein Großteil der Patienten offensichtlich die Frage nicht bis zum Ende durchliest und sie daher so beantwortet, als sei gefragt, ob ein schulmedizinisches Verfahren durchgeführt wurde. Aufgrund des daraus resultierenden Fehlers ist eine statistische Auswertung nicht möglich, eine Beurteilung entfällt somit.

3.3.4.3 Beurteilung der Effektivität einer Operation (F.14)

Insgesamt 76 Patienten mussten sich mindestens einer Operation unterziehen. Hinsichtlich der Bewertung des Erfolges der ersten Operation zeigen sich nur geringe Unterschiede, die statistisch nicht signifikant sind ($p=0.60$ n.s.). Im wesentlichen kann festgestellt werden, dass sich die subjektive Situation für Anwender und Nicht-Anwender durch die Operation am häufigsten insgesamt verbessert (43% vs. 49%) oder unverändert bleibt (40% vs. 29%).

Eine Auswertung weiterer Operationen unterbleibt mangels Fallzahlen (17 Patienten wurden ein zweites Mal operiert, sechs ein drittes Mal).

3.3.4.4 Häufigkeit in der Prävalenz von Operationsnachwirkungen (F.15)

Hinsichtlich der Prävalenz von Operationsfolgeerscheinungen finden sich etwas erhöhte Werte bei Nichtanwendern (44% vs. 27%). Allerdings erreicht dieser Befund keine statistische Signifikanz ($p=0.14$ n.s.), sodass der Schluss gezogen werden kann, dass sich Anwender und Nicht-Anwender nicht im Auftreten von Operationsfolgen unterscheiden.

3.3.4.5 Vorzeitiges Ende einer Strahlentherapie (F.17)

Die Frage „Wurde eine Strahlentherapie vorzeitig beendet?“ wird auch von Patienten beantwortet, die gar nicht bestrahlt werden oder wurden. Eine statistische Auswertung unterbleibt daher.

3.3.4.6 Nebenwirkungsprävalenz der Strahlentherapie (F.18)

Anwender und Nicht-Anwender unterscheiden sich nur in der Häufigkeit des Auftretens von „Schwäche“, die bei Anwendern häufiger überhaupt nicht auftritt (71% Anwender vs. 43% Nicht-Anwender, $p=0,05^*$). Die Nicht-Anwender empfinden die Schwäche schwerpunktmäßig als gering (32%) bis eher stark (27%). Die Häufigkeit und subjektive Schwere der Parameter „Appetitlosigkeit“, „Übelkeit“, „Erbrechen“, „Durchfall“, „Haarausfall“, „Hautschäden“, „Gefühlsstörungen“, „Infektanfälligkeit“ und „Blutungsneigung“ unterscheiden die beiden Gruppen nicht.

3.3.4.7 Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Strahlentherapie (F.19)

Die Lebensqualität während und nach der Bestrahlung ist bei der Mehrheit der Patienten nicht beeinträchtigt. Unterschiede zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern sind nur gering und statistisch nicht signifikant ($p=0.62$ n.s.). Anwender und Nicht-Anwender weisen in diesem Indikator keine unterschiedlichen Reaktionen auf.

3.3.4.8 Vorzeitiges Ende einer Chemotherapie (F.21)

Die Quoten eines vorzeitigen Abbruches einer Chemotherapie fallen insgesamt sehr gering aus. Lediglich 16 Patienten, davon 6 Anwender, geben den Abbruch einer Chemotherapie an, zumeist wegen Unwirksamkeit ($n=6$) oder Unverträglichkeit ($n=3$). Die Absolutzahlen lassen insgesamt keinen verallgemeinernden Schluss hinsichtlich höherer Abbruchquoten in einer der beiden Hauptgruppen zu.

3.3.4.9 Umstellung auf andere Chemotherapien (F.22)

Unterschiede in der Häufigkeit der Umstellung auf andere Chemotherapeutika sind im Vergleich der beiden Gruppen nicht feststellbar ($p=0.70$ n.s.), wobei lediglich 24 Patienten (27%) eine Umstellung der Chemotherapie angeben.

3.3.4.10 Nebenwirkungsprävalenz der Chemotherapie (F.23)

Auch bei den Chemotherapie-assoziierten Nebenwirkungen unterscheiden sich Anwender und Nicht-Anwender nicht signifikant. Häufig sind die Fallzahlen schwerwiegender oder als schwerwiegend empfundener Nebenwirkungen („Schwäche“, „Appetitlosigkeit“, „Übelkeit“, „Erbrechen“, „Durchfall“, „Verstopfung“, „Haarausfall“, „Infektanfälligkeit“, „Blutungsneigung“, „Gefühlsstörungen“ und „Verminderung des Sexualtriebes“) zu gering, um die Frage statistisch optimal klären zu können. Insofern scheint die Reagibilität hinsichtlich der Nebenwirkungen der Chemotherapie nicht mit der Tatsache zu korrelieren, ob ein Patient Anwender oder Nicht-Anwender ist.

3.3.4.11 Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Chemotherapie (F.24)

Auch die Lebensqualität während oder nach der Chemotherapie ist bei der Mehrheit der Patienten nicht beeinträchtigt. Unterschiede zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern sind auffallend gering und statistisch nicht signifikant ($p=0.66$ n.s.).

3.3.4.12 Beurteilung von Nebenwirkungen und Einfluss auf die Lebensqualität durch Hormonenzugstherapie (F.25-27)

14 Patienten (dreizehn Frauen, ein Mann) geben eine durchgeführte Hormonenzugstherapie an. Die Angaben über ein vorzeitiges Ende einer Hormonblockade werden aufgrund der äußerst niedrigen Fallzahlen ($n=4$) statistisch nicht ausgewertet.

Patienten unter Hormonenzugstherapie, die alternative Heilmethoden anwenden, klagen zwar tendenziell häufiger über verstärkte Hitzewallungen und Schweißausbrüche, das Ergebnis erreicht jedoch keine statistische Signifikanz ($p=0,12$ n.s.). Schwerwiegende Nebenwirkungen werden nicht berichtet.

Die mit Anti-Hormonen behandelten Nicht-Anwender zeigen signifikant häufiger eine unveränderte Situation, während die Lebensqualität bei Anwendern sich teilweise sogar verschlechtert. Dieser Befund ist mit $p=0.03^*$ statistisch signifikant. Er sollte allerdings aufgrund der Fallzahlen (sechs Nicht-Anwender, acht Anwender) vorsichtig interpretiert werden.

3.3.4.13 Zytokintherapie (F.28+29)

Die Daten zur Zytokintherapie werden wegen der niedrigen Fallzahl ($n=4$) nicht ausgewertet.

3.3.4.14 Beurteilung der schulmedizinischen Therapien insgesamt (F.30)

Die schulmedizinischen Therapien werden sowohl von Anwendern als auch von Nicht-Anwendern eher als Erfolg (67% vs. 52%) oder als großer Erfolg (10% vs. 20%) gewertet. Die Unterschiede zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern sind statistisch nicht signifikant ($p=0.79$ n.s.).

3.4. Statistische Analytik ausschließlich in der Gruppe der Anwender

3.4.1 Anwendungsprävalenz alternativer Therapien (F.31)

Im wesentlichen kommen Mistelpräparate (63%), Vitamine (33%) sowie Mineralstoffe (30%) zur Anwendung, wobei 32,5% der Anwender lediglich ein Verfahren, 12,5 % zwei Verfahren und 55% drei und mehr Verfahren anwenden.

<i>Angewandte AHM</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Angewandte AHM</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Mistelpräparate	25	63%	Akupunktur	6	15%
Vitamintherapie	13	33%	Entgiftungstherapie	5	13%
Mineralstoffe	12	30%	Ernährungsumstellung	4	10%
Psychologische Verfahren:	10	25%	Darmsanierung	3	8%
Hypnose	0	0%	Bioresonanz	2	5%
Entspannungsverfahren	2	5%	Thymusextrakte	2	5%
Visualisierung	2	5%	Ozontherapie	1	3%
Psychotherapie	4	10%	Ayurveda	1	3%
andere	2	5%	Eigenblut	1	3%
Abschirmung von Erd-/Wasserstrahlen	8	20%	Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie	1	3%
Homöopathie	8	20%	Magie	1	3%
Enzymtherapie	6	15%	Hyperthermie	1	3%
Phytotherapie	6	15%	Bach-Blüten	1	3%

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der angewandten alternativen Therapien, Datenbasis n=40

3.4.2 Anregung zur Anwendung alternativer Therapien (F.32)

Die Anwendung einer Komplementärtherapie wird hauptsächlich durch Ärzte (55%, n=22) angeregt. 38% (n=15) der Patienten werden auch durch Freunde und Bekannte auf alternative Heilmethoden aufmerksam gemacht. Die Medien spielen bei der Anregung zur Anwendung unkonventioneller Therapien eine geringere Rolle (13%, n=5). Elfmal (28%) erfolgt die Suche nach Informationen aus eigener Initiative.

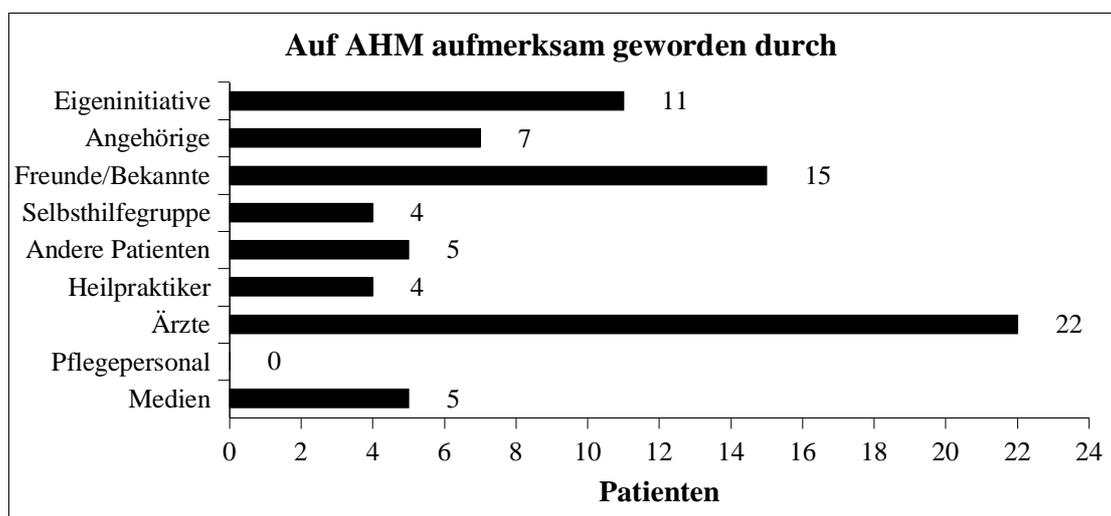


Abbildung 3: Anregung zur Anwendung alternativer Heilmethoden. Mehrfachangaben kamen vor.

Betrachtet man die Patienten, die angeben, durch Ärzte auf alternative Heilmethoden aufmerksam gemacht worden zu sein, hinsichtlich ihrer Schulbildung und untersucht die gleichzeitige Informationsbeschaffung aus anderen Quellen, so ergibt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang, der darauf hinweist, dass Patienten mit höherer Schulbildung (Abitur mit oder ohne Universitätsabschluss) neben Ärzten signifikant häufiger auch von anderen Personen auf die Alternativtherapien hingewiesen werden ($p=0,007^{**}$). In diesem Zusammenhang werden auffälligerweise immer Familie und/oder der Freundeskreis genannt. Dieser Befund sollte aufgrund der niedrigen Absolutzahlen allerdings vorsichtig interpretiert werden.

	<i>Höhere Schulbildung</i>	<i>Andere Schulbildung</i>
Anregung durch Ärzte	4	18
Anregung durch andere	3	7
%	75%	39%

Tabelle 7: Anregung zur Anwendung alternativer Heilmethoden in Abhängigkeit von der Schulbildung

3.4.3 Vorangegangene Beratungen (F.33)

Immerhin 20% ($n=8$) der Anwender lassen sich vor der Anwendung der Komplementärtherapie nicht beraten. Wenn Konsultationen erfolgen, dann entweder beim Hausarzt (40%, $n=16$) oder beim Facharzt (13%, $n=5$). 10% ($n=4$) lassen sich vom Heilpraktiker beraten. Drei Patienten (8%) konsultieren Haus- und Facharzt, weitere drei (5%) Heilpraktiker und Haus- bzw. Facharzt, ein Patient (3%) zieht sogar alle drei zu Rate.

3.4.4 Durchführende der alternativen Therapien (F.39)

45% (n=18) der Anwender alternativer Therapien führen diese selbst durch. Der Hausarzt ist bei 43% (n=17) der Anwender beteiligt. Heilpraktiker führen die Therapien bei 18% (n=7) der Anwender durch. Nur in Ausnahmefällen kommen Psychotherapeut (5%, n=2), Physiotherapeut (3%, n=1), Heiler (3%, n=1) und andere (10%, n=4) zum Einsatz.

3.4.5 Beweggründe für die Anwendung alternativer Therapie (F.34)

Die folgende Tabelle zeigt die Auflistung der Beweggründe für die Anwendung alternativer Heilmethoden. Die Antwortmöglichkeiten, die vor allem supportive Intentionen betonen, erhalten einen auffallend hohen Zustimmungsanteil über 80%. Die Antworten, die eine negative Haltung gegenüber der Schulmedizin implizieren, werden überwiegend abgelehnt.

Modellantwort	Zustimmung	%	Ablehnung	%	unentschieden	%	N_{ges.}
„Um die Abwehrkräfte zu stärken“	31	91%	0	0%	3	9%	34
„Soll die Schulmedizin unterstützen“	29	91%	0	0%	3	9%	32
„Um den Behandlungserfolg zu stabilisieren“	25	83%	1	3%	4	13%	30
„Damit nichts unversucht bleibt“	25	81%	2	6%	4	13%	31
„Um Folgen der Bestrahlung/Chemotherapie zu lindern“	24	80%	1	3%	5	17%	30
„Um selbst etwas beizutragen“	24	80%	2	7%	4	13%	30
„Weil es wenig Nebenwirkungen hat“	24	75%	1	3%	7	22%	32
„Um seelische und körperliche Belastung zu erleichtern“	20	69%	4	14%	5	17%	29
„Weil ich fest davon überzeugt bin“	18	67%	3	11%	6	22%	27
„Es könnte ja doch was dran sein“	16	64%	5	20%	4	16%	25
„Weil es auch anderen geholfen hat“	16	55%	3	10%	10	34%	29
„Weil mir die konventionellen Methoden Angst machen“	5	19%	14	54%	7	27%	26
„Weil die Ärzte nicht genug Zeit haben“	3	12%	17	68%	5	20%	25

Tabelle 8: Häufigkeiten der Musterantworten für die Beweggründe zur Anwendung alternativer Therapien.

3.4.6 Beeinflussbarkeit von Beschwerden durch die angewandten Heilmethoden (F.35)

Diese Frage wird nur von wenigen Patienten, im Sinne einer Verbesserung des Allgemeinzustands, beantwortet. Tatsächliche spezifische Wirkungen wurden nicht berichtet.

3.4.7 Nebenwirkungen der alternativen Therapien (F.36)

Hinsichtlich der Nebenwirkungen der alternativen Therapien fällt das Urteil recht klar aus: 82% (n=33) aller Patienten werten die angewendeten alternativen Therapien als nebenwirkungsfrei. Nur 13% (n=5) antworten auf die Frage nach Nebenwirkungen mit einem „eher nicht“. Jeweils 3% (n=1) antworten mit „eher stark“ (Misteltherapie und Eigenblut-Behandlung) und „sehr stark“ (Misteltherapie).

3.4.8 Beeinflussbarkeit des körperlichen Allgemeinbefindens (F.37)

Die meisten Anwender sind bei dieser Frage der Meinung, dass durch die Anwendung alternativer Therapien sich das körperliche Wohlbefinden eher bessert (41%, n=15). Bei 24% (n=9) wird eine gute Verbesserung registriert, während 32% (n=12) über einen unveränderten Zustand berichten. Nur ein Patient (3%) empfindet, infolge einer Misteltherapie, eine Verschlechterung seines körperlichen Allgemeinbefindens.

3.4.9 Beeinflussbarkeit des psychischen Befindens (F.38)

Hier sind gleich viele Anwender der Meinung, dass das psychische Wohlbefinden eher verbessert wird (43%, n=16) oder unverändert (41%, n=15) bleibt. Bei 16% (n=6) wird eine gute Verbesserung registriert. Verschlechterungen gibt kein Patient an. Eine Datenanalyse bezüglich des Berufsstatus, insbesondere des Parameters Ruhestand, ergibt, ebenso wie eine Analyse bezüglich des Bildungsniveaus, keine Signifikanz ($p=0,76$ bzw. $p=0,84$ n.s.).

3.4.10 Erfolgsbeurteilung der alternativen Therapien (F.40)

Die alternativen Therapien werden von 53% der Patienten eher als Erfolg und von 15% als großer Erfolg gewertet. 11 Patienten (28%) werten den Therapieerfolg mit „unverändert“, 2 Patienten (5%)

mit „eher Mißerfolg“. Ein „großer Mißerfolg“ wird nicht berichtet. Auch hier besteht kein Zusammenhang mit der Tatsache, ob sich die Patienten im Ruhestand befinden ($p=0,42$ n.s.).

3.4.11 Ablehnung einer Komplementärtherapie (F.41)

Diese Frage wird von keinem Patienten beantwortet und kann somit auch nicht ausgewertet werden.

3.5. Weitere Ergebnisse

3.5.1 Beurteilung des Informationsstandes über Krankheitsverlauf und Therapie (F.42)

Die Mehrheit der Patienten bewertet im Schwerpunkt ihren Informationsstand zur Strahlentherapie als eher gut, ebenso -jedoch etwas häufiger- den Informationsstand zur Chemotherapie. Der Informationsstand zu alternativen Therapien wird schwerpunktmäßig als eher schlecht eingeschätzt. Hinsichtlich der Strahlen- ($p=0.31$ n.s.) und der Chemotherapie ($p=0.19$ n.s.) finden sich keine Unterschiede zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern. Allerdings schätzen Anwender ihren Informationsstand zu alternativen Therapien erwartungsgemäß signifikant höher ein ($p<0.001$ ***).

Therapieform	Informationsstand	Keine AHM	%	AHM	%
Strahlentherapie	schlecht	7	23%	2	10%
	eher schlecht	6	19%	2	10%
	eher gut	1	32%	11	55%
	sehr gut	8	26%	5	25%
Chemotherapie	schlecht	3	6%	1	3%
	eher schlecht	14	28%	6	16%
	eher gut	29	58%	27	73%
	sehr gut	4	8%	3	8%
Alternative Therapie	schlecht	12	60%	1	3%
	eher schlecht	7	35%	9	27%
	eher gut	1	5%	17	52%
	sehr gut	0	0%	6	18%

Tabelle 9: Zum Informationsstand über konventionelle und alternative Therapien

Die am häufigsten angeführten Gründe für einen schlechten Informationsstand sind: ungenügende Möglichkeiten zur Informationsbeschaffung (n=15), geringes Sachverständnis (n=12) und die als mangelhaft gewertete Kommunikation des Umfeldes, insbesondere der Ärzte (n=12).

3.5.2 Wertung der Zukunft (F.43)

Vergleicht man die Angaben von Anwendern und Nicht-Anwendern bezüglich der Zukunftsperspektiven, so liegen die Unterschiede maximal bei etwa 10% und sind statistisch nicht signifikant. Der Schwerpunkt liegt bei beiden Gruppen auf Hoffnung und gemischten Gefühlen.

<i>Blick in die Zukunft</i>	<i>Keine AHM</i>	<i>n</i>	<i>AHM</i>	<i>n</i>	<i>Chi²</i>
Verzweiflung	3	4%	2	5%	P=0,84 n.s.
Hoffnungslosigkeit	3	4%	0	0%	p=0,12 n.s.
Gelassenheit	7	10%	9	16%	p=0,27 n.s.
Gemischte Gefühle	21	29%	16	29%	p= 0,86 n.s.
Hoffnung	31	42%	23	41%	p=0,71 n.s.
andere	0	0%	2	4%	p=0,11 n.s.

Tabelle 10: Blick der Patienten in die Zukunft. Mehrfachangaben kommen vor.

Teilt man aber diese Zukunftsperspektiven in negative (Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung) und nicht-negative auf, und verknüpft diese dann bei Anwendern und Nicht-Anwendern mit dem Berufsstatus, so ergibt sich in der Gruppe der Nicht-Anwender, dass die Ruheständler signifikant häufiger verzweifelt und hoffnungslos sind als die Patienten, die sich noch nicht im Ruhestand befinden (p=0,04*).

Ein derartiger Zusammenhang zwischen beruflichem Status und Zukunftserwartung lässt sich in der Gruppe der Anwender nicht erkennen (p=0,57 n.s.). Es besteht eine Korrelation zwischen dem Ausscheiden aus dem Berufsleben, der Affinität zu alternativen Heilverfahren und der psychischen Stabilität.

3.5.3 Psychische Beschwerden aufgrund der Erkrankung (F.44)

Die Wertung von psychischen Beschwerden aufgrund der Erkrankung zeigt einen wesentlichen und statistisch signifikanten Unterschied zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern: Anwender alter-

nativer Heilmethoden leiden häufiger „eher gar nicht“ oder „eher nicht“ unter Schlaflosigkeit, während Nicht-Anwender häufiger über „eher starke“ oder „starke“ Schlaflosigkeit klagen ($p=0,05^*$).

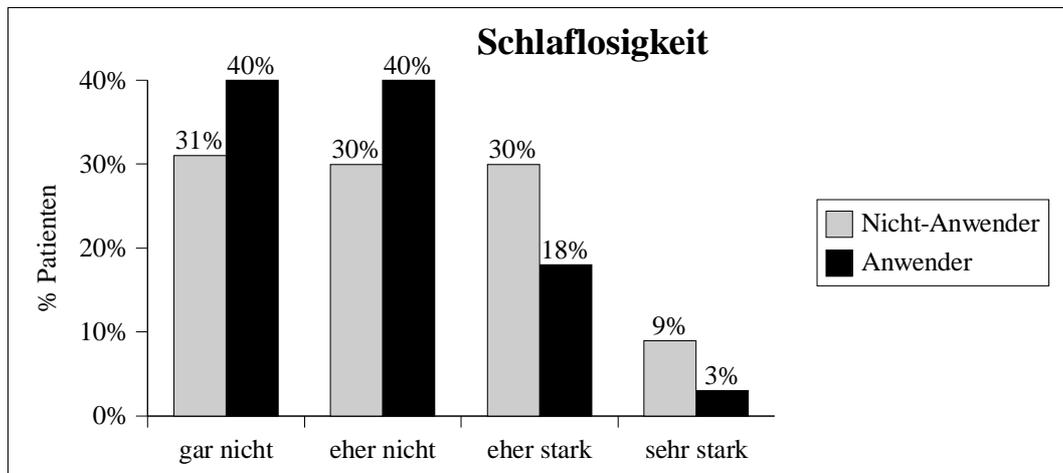


Abbildung 4: Häufigkeit von „Schlaflosigkeit“ infolge der Erkrankung.

Bezüglich der Parameter „Angst“, „Depressionen“, „Panikattacken“ und „Selbstmordgedanken“ ergibt sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Hauptgruppen.

Eine Aufschlüsselung nach dem Berufsstatus führt hier zu keinem signifikanten Ergebnis.

3.5.4 Betreuendes Umfeld

Anwender alternativer Heilmethoden nehmen signifikant häufiger Selbsthilfegruppen ($p=0,02^*$) und Heilpraktiker ($p=0,002^{**}$) in Anspruch.

Die wichtigsten und am häufigsten beanspruchten Betreuungspersonen in beiden Gruppen sind jedoch Hausarzt (77% Nicht-Anwender vs. 88% Anwender), Ehepartner (68% vs. 83%), behandelnder Kliniker (68% vs. 75%) und andere Familienmitglieder (65% vs. 90%), wobei die Betreuung durch die Ärzte überwiegend als „eher gut“ und durch die Familie als „sehr gut“ eingestuft wird. Ein Unterschied zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern besteht bezüglich der Qualität der Betreuung nicht.

Betreuende Personen	Keine AHM	%	AHM	%	Chi²
Seelsorger	4	7%	5	13%	p=0,36 n.s.
Psychotherapeut	1	2%	4	10%	p=0,08 n.s.
Ehepartner	41	68%	33	83%	p=0,54 n.s.
Andere Familienmitglieder	39	65%	36	90%	p=0,29 n.s.
Freunde	30	50%	27	68%	p=0,37 n.s.
Heilpraktiker	1	2%	7	18%	p=0,002**
Behandelnder Klinikarzt	41	68%	30	75%	p=0,77 n.s.
Hausarzt	46	77%	35	88%	p=0,66 n.s.
Facharzt	18	30%	16	40%	p=0,47 n.s.
Selbsthilfegruppe	1	2%	6	15%	p=0,02*

Tabelle 11: Das betreuende Umfeld. Mehrfachangaben kommen vor.

Prozentwerte gerundet.

a: Hausarzt		
Betreuung	Keine AHM	AHM
Sehr schlecht	0%	0%
Eher schlecht	14%	9%
Eher gut	49%	46%
Sehr gut	37%	46%

b: Behandelnder Klinikarzt		
Betreuung	Keine AHM	AHM
Sehr schlecht	0%	0%
Eher schlecht	7%	3%
Eher gut	59%	55%
Sehr gut	34%	42%

c: Ehepartner		
Betreuung	Keine AHM	AHM
Sehr schlecht	0%	0%
Eher schlecht	0%	6%
Eher gut	32%	30%
Sehr gut	68%	64%

d: Andere Familienmitglieder		
Betreuung	Keine AHM	AHM
Sehr schlecht	0%	0%
Eher schlecht	0%	0%
Eher gut	38%	36%
Sehr gut	63%	64%

Tabelle 12 a-d: Qualität der Betreuung durch die wichtigsten Betreuungspersonen. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Nennungen aus Tabelle 11.

4. DISKUSSION

Vom Ansatz liegt der Schwerpunkt dieser Untersuchung, im Gegensatz zu anderen bisher zu diesem Thema durchgeführten Studien, darauf, Beweggründe für die Anwendung alternativer Heilmethoden, vor allem den Einfluss der subjektiven Krankheitserfahrung und anderer psychischer und soziologischer Faktoren, herauszufinden.

Zur Untersuchung dieser Fragestellung muss eine Methode gewählt werden, persönliche Einstellungen und Gefühle der Patienten zu erfassen. Daher wird die Erhebungsform des anonymisierten Fragebogens als das für die meisten Patienten akzeptabelste Mittel eingesetzt. Diese Form minimiert eine die Wahrheit verzerrende Beantwortung entsprechend der vom Patienten vermuteten sozialen Erwünschtheit. Außerdem können auf diese Weise Fragen zur psychischen Situation gestellt werden, die im Gespräch infolge ihres sehr persönlichen Inhaltes möglicherweise nicht oder nicht wahrheitsgemäß beantwortet werden würden.

Allerdings müssen durch diese Erhebungsform zwangsläufig gewisse Einschränkungen in Kauf genommen werden.

- Der Rücklauf anonymisierter Fragebögen ist geringer, als bei einem standardisierten Interview, bei dem er systembedingt 100% beträgt. Prinzipiell ist es möglich, dass mehrheitlich entsprechend motivierte Patienten den Fragebogen zurückgeben, nämlich solche, die sich intensiver mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen und daher möglicherweise eher zur Anwendung unkonventioneller Krebstherapien tendieren. Es wird daher versucht, gegebenenfalls durch mehrfache Aufforderung, einen möglichst hohen Rücklauf zu erhalten. Bei einer Rücklaufquote von 67% dürfte dieser systematische Fehler nur mehr eine untergeordnete Rolle spielen und niedriger ausfallen, als ein Fehler durch bewusste Falsch- oder Nichtbeantwortung bei persönlicher Befragung.
- Das Ergebnis könnte auch dadurch beeinflusst werden, dass eher junge Patienten den Fragebogen bearbeiten, also Patienten, die eher dazu tendieren, „noch alles“ gegen ihre Erkrankung zu tun und daher häufiger alternative Therapien verwenden. Das Durchschnittsalter der antwortenden Patienten liegt mit 57,7 Jahren zwar auch unter dem mittleren Erkrankungsalter in Deutschland, also dem durchschnittlichen Alter, in dem die Erkrankung auftritt (65,2 Jahre für Männer und 67,1 Jahre für Frauen^(3, S.11)), bewegt sich aber im selben Bereich wie bei vergleichbaren Studien im deutschsprachigen Raum^(5, S.324; 21, S.924; 34, S.1030; 39, S.285; 53, S145). Zu berücksichtigen ist hierbei, dass bei allen diesen Untersuchungen Patienten onkologischer Zentren befragt werden. Die klinische Realität zeigt, dass Krebspatienten mit zunehmendem Alter aufgrund der steigenden Komorbidität und ihrer niedrigeren Lebenserwartung häufiger nicht mehr tumorspezifisch bzw. in onkologischen Einrichtungen behandelt werden. Diese unterdurchschnittliche Repräsentation alter und sehr

alter Patienten in den Befragungen führt zu einer Verschiebung des medianen Alters nach unten.

- Eine weitere prinzipielle Schwäche dieser und anderer Untersuchungen liegt darin, dass nur solche Patienten in die Studien aufgenommen werden können, die sich in schulmedizinischer Therapie befinden. Alle Patienten, die sich erst gar keiner schulmedizinischen Behandlung unterziehen, sind somit aus diesen Untersuchungen automatisch ausgeschlossen. Brigden^(7, S. 275) und Cassileth et al.^(11, S.105) zeigen, dass immerhin 8% aller onkologischen Patienten nie eine konventionelle Therapie erhalten und 40% die schulmedizinische Behandlung zugunsten der Alternativmedizin aufgeben. Eine Miteinbeziehung dieser Patienten in eine Befragung wäre natürlich wünschenswert, aber methodisch nur schwer durchführbar, da man z.B. auf die Kooperation von Anbietern alternativer Heilverfahren angewiesen wäre. Es ist daher aus Praktikabilitätsgründen angebracht, das untersuchte Kollektiv wie oben erwähnt einzuschränken.

Ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten, die sich wegen einer Tumorerkrankung in onkologischer Behandlung im Klinikum Passau befinden, insgesamt 40% des untersuchten Kollektivs, wendet alternative Heilmethoden an. Dieser Anteil liegt somit etwas niedriger als bei ähnlichen Untersuchungen im deutschsprachigen Raum^(5, S.24: 21, S. 924; 34, S. 1030; 53, S.146), aber immer noch höher als bei den meisten Studien aus dem amerikanischen und australischen Raum^(8, S.1735; 12, S.176; 14, S.87; 29, S.181; 55, S.139).

Vergleicht man nun die Anwender mit den Nicht-Anwendern, so zeigt sich bezüglich der demographischen Parameter, dass Schulbildung und Berufsstand mit der Häufigkeit der Anwendung alternativer Heilmethoden korrelieren, wobei Höhe der Schulbildung und Berufstätigkeit eine positive Korrelation darstellen. Alter, Geschlecht, Familienstand, Kinderzahl oder Religionszugehörigkeit beeinflussen die Entscheidung für oder gegen Alternativtherapien nicht, wobei die Religionszugehörigkeit in einer überwiegend katholischen Bevölkerung nur eingeschränkt als Unterscheidungskriterium heranzuziehen ist.

Betrachtet man zunächst den Parameter Schulbildung, so ist es an sich überraschend, dass eher Personen mit höherer Ausbildung zur Anwendung komplementärer Therapien neigen. Denn die abstrusen und manchmal ideologisch geprägten Erklärungsmodelle vieler alternativer Heilmethoden sollten doch, könnte man meinen, Krebspatienten mit höherer Schulbildung eigentlich eher davon abhalten, diese zu adaptieren. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass, nach Hauser, die Vertreter alternativer Heilmethoden zunehmend versuchen, einen wissenschaftlichen Eindruck zu vermitteln. Krankheitsursache und -verlauf würden, so Hauser weiter, meist durch unkonventionelle aber einfach verständliche Modelle erklärt. Typischerweise sollte danach eine einzelne Methode oder ein einzelnes Medikament alle verschiedenen Krebsarten positiv beeinflussen. Der Krebs würde auf natürliche Weise geheilt. Toxische Nebenwirkungen träten nicht auf. Der Organismus könne darüber hinausgehend

„entgiftet“ werden. Einzelfallberichte und Patientenbezeugungen rechtfertigten einen Routineeinsatz (24, S.1549)

Ein plausibler Erklärungsansatz für die vermehrte Anwendung unkonventioneller Therapieverfahren durch Patienten mit höherer Schulbildung wäre, dass diese Patienten einen breiteren Zugang zu Informationen durch Medien mit entsprechendem Informationsgehalt (Fachzeitschriften, Bücher, Internet) haben als Patienten, die diese Medien weniger nutzen. Es wäre also vorstellbar, dass Menschen mit höherer Bildung sich häufiger gezielt Informationen über solche Alternativtherapien suchen, die ein irgendwie plausibles, einem medizinischen Laien einleuchtendes Erklärungsmodell für ihre Wirkung haben. Nicht zu vernachlässigen ist in diesem Zusammenhang der Einfluss renommierter Wissenschaftler, die eigene Krebstheorien verbreiten und damit als fehlleitende Leitbilder funktionieren. Als Beispiel sei hier der Nobelpreisträger Otto Warburg genannt, der mit seiner Theorie, anaerober Stoffwechsel sei die Ursache jedes malignen Tumors, die Grundlage für die Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Ardenne lieferte.^(51, S. 14f)

Zusätzlich spielt das soziale Umfeld eine wichtige Rolle bei der Verbreitung von Informationen, nach Morant et al^(34, S.1031) sogar die wichtigste. Vorschläge zu komplementären Behandlungsansätzen können sich bei Patienten mit höherer Schulbildung über eine intensivere Kommunikation und Diskussion im Familien- und Freundeskreis, häufig Personen eines vergleichbaren Bildungsniveaus, dann auch schneller verbreiten. Gestützt wird diese Vermutung dadurch, dass die Patienten, die angeben, von Ärzten auf die Alternativtherapie aufmerksam gemacht worden zu sein, signifikant häufiger auch Familie und Freunde als Informationsquellen anführen, wenn sie eine höhere Schulbildung haben.

Bei der Interpretation dieser Aussage sollte die Arbeit von Lerner und Kennedy berücksichtigt werden, laut der 73% der Patienten angeben, die Therapie von ihrem Hausarzt empfohlen bekommen zu haben, aber nur 2% der Hausärzte erklären, ihren Patienten alternativmedizinische Behandlungen empfohlen zu haben und 52% nach eigenen Angaben diese ausdrücklich abgelehnt haben^(29, S.184).

Diese Diskrepanz lässt sich mit selektiver Wahrnehmung, und zwar auf beiden Seiten, schlüssig erklären. Die Initiative zur Anwendung alternativer Heilmethoden dürfte nur in einer Minderheit der Fälle tatsächlich vom Arzt ausgehen. Ein realistischeres Szenario sieht vielmehr so aus: Der Patient tritt, nachdem er im Familien- und Freundeskreis entsprechend „präpariert“ worden ist, mit der Frage nach „alternativen“ Maßnahmen und eventuell sogar schon mit entsprechenden Vorschlägen an den Arzt heran. Nach den Ergebnissen von Lerner und Kennedy sowie auch nach dieser Studie werden etwa die Hälfte aller Ärzte diesen Wunsch rundheraus ablehnen. Die andere Hälfte wird in der Erkenntnis, dass der Patient zusätzliche Maßnahmen in seiner Krebstherapie wünscht, dem Patienten eine Therapie vorschlagen, die ihm nach aktuellem Wissensstand möglichst wenig schadet. Unter

Umständen erhöht auch die Möglichkeit zur Abrechnung insbesondere der Misteltherapie als IGEL (Individuelle Gesundheitsleistung) die Akzeptanz dieser Therapie seitens des Arztes. Eine weitere mögliche Ursache für den Vorschlag einer alternativen Heilmethode durch den Arzt dürfte der Wunsch sein, dem Patienten nicht „mit leeren Händen“ gegenüberstehen zu wollen. Der Patient soll auch in einer aussichtslosen Situation nicht das Gefühl haben, ein „abgeschriebener Fall“ zu sein. Bedeutsam in diesem Zusammenhang ist die oft vorhandene Hilflosigkeit des Arztes, auch mit den psychischen und sozialen Beeinträchtigungen des Patienten durch die Diagnose Krebs an sich und den daraus folgenden Konsequenzen umzugehen. Dies ist oft darauf zurückzuführen, dass zu keinem Zeitpunkt der ärztlichen Ausbildung eine fundierte onkologische, geschweige denn psychologische oder gar psycho-onkologische Schulung erfolgt. Hier weist das Curriculum in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung erhebliche Defizite auf. Sie zu beheben wäre sicherlich wünschenswert und käme der psychosozialen Versorgung onkologischer Patienten sehr zugute. Aus welchen der eben genannten Gründe auch immer der Arzt auf den Wunsch des Patienten eingeht: der Patient seinerseits interpretiert diesen Vorschlag als Empfehlung durch eine der Scharlatanerie unverdächtige Autorität. Dieses Szenario ist sicherlich nur eines unter mehreren Möglichkeiten, es belegt aber exemplarisch die Bedeutung der Kommunikation des Kranken mit seinem Umfeld. Diese multilaterale Kommunikation scheint bei Patienten mit höherer Schulbildung weiter verbreitet zu sein als bei Patienten mit niedrigerem Bildungsniveau.

Betrachtet man als nächstes das Ergebnis, dass Patienten im Ruhestand signifikant seltener alternative Therapien anwenden und dabei signifikant häufiger in einer schlechteren seelischen Verfassung sind, so zeigt dies, wie wichtig der psychologische Faktor bei der Entscheidung für oder gegen alternative Therapien ist. Die Ruheständler, die komplementäre Heilmethoden durchführen, sind nicht so negativ gestimmt sind wie die, die keine derartigen Methoden anwenden. Die Anwender im Ruhestand beschreiben aber weder signifikant häufiger noch einen signifikant besseren Erfolg der verwendeten Therapie als Anwender mit einem anderen Berufsstatus. Somit liegt der Schluss nahe, dass ein Teil der Patienten, die aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, häufiger und heftiger auf die Diagnose reagiert als andere Patienten und dadurch eher emotional aus dem Gleichgewicht gerät. Ein „selbstinitiiertes Kampf gegen die Krankheit“ unter Zuhilfenahme komplementärer Therapieformen im Rahmen eines Coping-Prozesses scheint ihnen sinnlos. Der entscheidende Faktor ist hier also nicht das Alter, sondern das Ausscheiden aus dem aktiven Berufsleben.

Mehrere Studien können zwar zeigen, dass ältere Patienten im allgemeinen besser mit der Diagnose Krebs umgehen können^(18, S.432f; 22, S.94; 25, S.533; 52, S.375f), dass aber psychosozialer Stress im Alter, eben beispielsweise Krankheit und Ruhestand, zur Entwicklung von Depressionen prädisponiert^(16, S.889; 27, S.333; 28, S.2516; 35, S.9; 40, S.81; 47, S.331; 54, S.451). Offenbar erzeugt das Ausscheiden aus dem Berufsleben ein Ge-

fühl der „Überflüssigkeit“ und Minderwertigkeit, das häufiger zu einer Resignation im Umgang mit der Krankheit führt und sich in der Konsequenz bis zur Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung steigert^(16, S.889; 30, S.313).

Felton et al.^(16, S.889) zeigen in diesem Zusammenhang, dass kognitive Strategien, insbesondere die Informationssuche im Rahmen der Krankheitsverarbeitung, zu einer positiveren Stimmungslage führen. Roskin^(47, S.331) betont, dass psychosoziale Unterstützung ganz allgemein die Verarbeitung von veränderten Lebensumständen bei älteren Menschen erleichtert.

Stellt man davon ausgehend einen Bezug zu dieser Untersuchung her, so scheint der Schluss erlaubt, dass die Patienten im Ruhestand, die alternative Heilverfahren verwenden, nicht durch das Verfahren an sich eine verstärkte psychische Aufhellung erfahren, sondern dass diejenigen, die funktionierende Coping-Strategien entwickeln, im Rahmen derer sie sich aktiver mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen, häufiger alternative Heilmethoden anwenden.

Die bisher diskutierten Befunde decken sich zumindest teilweise mit denen früherer Untersuchungen. Eine positive Korrelation mit der Bildung wird mehrfach gefunden^(5, S. 325; 8, S. 1735; 29, S.181; 53, S.148; 55, S.136). Der mögliche Einfluss des Berufsstandes ist bislang eher vernachlässigt worden. Lediglich zwei Arbeitsgruppen haben diesen Faktor überhaupt untersucht. So forschen Grothey und Mitarbeiter zwar nach einem Zusammenhang zwischen Berufsgruppe und Anwendung (finden dabei keinen), fragen dabei allerdings nicht, ob sich die Patienten im Ruhestand befinden^(21, S.924). Auch Weis et al., die ausführliche soziologische Analysen durchführen, äußern sich nicht zu diesem Gesichtspunkt^(53, S.146ff.). Zwei Arbeitsgruppen finden zumindest tendenziell einen höheren Anteil an Selbständigen und Hochqualifizierten unter den Anwendern, ein Befund, der sich hier nicht bestätigen lässt. Eine Unterscheidung zwischen Berufstätigen und Ruheständlern wird auch in diesen Studien nicht durchgeführt^(5, S.325; 14, S.88). Hier besteht also noch weiterer Forschungsbedarf.

Desweiteren findet sich in der vorliegenden Untersuchung kein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Häufigkeit der Anwendung alternativer Heilmethoden, der mehrfach beschrieben wurde^(4, S.545; 8, S. 1735; 14, S.88; 33, S.337; 34, S.1030; 44, S.1785). Auch ein Überwiegen der Frauen unter den Anwendern, wie von einigen Autoren mitgeteilt, ergibt sich nicht^(14, S.88; 45, S.9; 53, S.146; 55, S.136).

Die Ursache für derartige Differenzen mag in mehreren Faktoren begründet liegen. Zum einen wird in den meisten Studien bisher nur eine lokal begrenzte Patientengruppe, meist Patienten eines einzigen Tumorzentrums, befragt. Es können sich in den Unterschieden also kulturelle, soziale und religiöse Variationen der jeweiligen Klientelen widerspiegeln, die zu einem divergierenden Verhalten der Patienten führen. Möglicherweise interferiert die räumliche Nähe alternativer Therapieschulen und -zentren zur onkologischen Klinik mit der Anwendungshäufigkeit. Entsprechende multizentrische

Untersuchungen müssten noch durchgeführt werden.

Verfolgt man die „Geschichte“ der alternativen Therapieverfahren, so zeigt sich, dass es im Laufe der Zeit zu einem ständigen Wechsel der bevorzugten Heilmethoden kommt. Nach Cassileth und Brown bringt jede Dekade ihr eigenes „Modeverfahren“ hervor^(9, S.177). Die jeweils „aktuelle Mode“ prägt daher naturgemäß die Anwendungshäufigkeit bestimmter Verfahren zum Zeitpunkt einer Befragung. So kam Ende der achtziger Jahre in Deutschland ein Extrakt aus der Venusfliegenfalle auf den Markt („Carnivora“), der für kurze Zeit heftig beworben wurde, aber nach einer Reihe schwerer Komplikationen schnell wieder in der Versenkung verschwand. Eine ähnliche Mode könnte ganz aktuell mit dem in Deutschland um 1999/2000 aufgetauchten „Galavit“ (2-Amino-1,2,3,4-Tetrahydrophthalazin-1,4-dion) entstehen.

Ferner beeinflussen regionale und nationale „Vorlieben“ die Ergebnisse. Dies belegt auch die bereits erwähnte Bedeutung der Kommunikation im sozialen Umfeld bei der Entscheidung für alternative Therapieverfahren. Im deutschsprachigen Raum ist die anthroposophische Misteltherapie seit ihrer Einführung durch Rudolf Steiner 1920 ein etabliertes paramedizinisches Konzept, das in den USA und Australien eine eher untergeordnete Rolle spielt, dort sind Diäten, Kräutertees, physio- und psychotherapeutische Verfahren im weitesten Sinne häufiger^(4, S.545; 8, S.1735; 10, S.396; 12, S.176; 32, S.337; 55, S.142). In Norwegen und England wiederum werden spirituelle Therapieansätze bevorzugt^(14, S. 87; 46, S.275). Auch die vorliegende Studie bestätigt die seit 1983 in Mitteleuropa mehrfach vorbeschriebene Präferenz der Patienten zur Misteltherapie, Vitaminen und Mineralstoffen^(5, S.325; 21, S.926; 34, S.1030; 39, S.283; 53, S.144). Zusätzlich wird hier ein nicht unerheblicher Anteil (20%) an Abschirmung von sogenannten Erd- und Wasserstrahlen genannt, ein Faktor, der nach Weis et al. von vielen Patienten, insbesondere von Anwendern alternativer Heilmethoden, kausal mit der Krebserkrankung in Verbindung gebracht wird^(53, S. 148). Die Theorie der Erdstrahlen und ihre Rolle als Krebsauslöser geht auf Arbeiten von Gustav Freiherr v. Pohl aus den 1920er und 1930er Jahren zurück, die 1978 wieder veröffentlicht wurden^(41, S. 15-42). Seither erscheinen sie regelmäßig in der deutschsprachigen Laienpresse und werden vor allem von Anhängern der ökologisch-alternativen Szene propagiert. Ungeklärt bleibt, ob es sich bei der hier gefundenen Häufung der „Abschirmung“ als Therapieansatz um eine „neue Mode“ oder um eine regionale Häufung handelt, die darauf zurückzuführen ist, dass Freiherr v. Pohl seine Arbeiten in Bayern durchgeführt hat.

Nimmt man also die Ergebnisse aller bisher durchgeführten Studien zusammen, so scheint lediglich die Schulbildung ein bestätigtes unabhängiges soziologisches Kriterium für die Anwendung alternativer Heilmethoden darzustellen. Es müssen daher, neben psychosozialen Aspekten wie einer erhöhten Depressivität nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben, wohl andere, intraindividuelle Faktoren für die Entscheidung für oder gegen die Komplementärmedizin vorliegen.

Es wird daher in der vorliegenden Studie auch danach gesucht, ob möglicherweise die individuelle Krankheitsgeschichte die Neigung zu unkonventionellen Methoden beeinflusst.

Der überwiegende Anteil der Erkrankungen wird innerhalb der letzten zwei Jahre vor der Befragung diagnostiziert (60%). Ein Zusammenhang zwischen Krankheitsdauer und Anwendungshäufigkeit, wie von Coss et al. beschrieben, kann hier nicht festgestellt werden^(12, S.176). Er findet nämlich, dass Patienten, deren Diagnosestellung länger als ein Jahr zurückliegt, häufiger alternative Methoden anwenden. Im übrigen widerlegt auch die Arbeitsgruppe von Risberg, die eine aufwendige Longitudinalstudie über fünf Jahre in Norwegen durchführte, einen einfachen linearen zeitlichen Zusammenhang. Lediglich das kumulative Risiko, jemals alternative Heilmethoden anzuwenden, steigt mit der Krankheitsdauer und beträgt dort 45%^(45, S.8f).

Bei den meisten Patienten führen Beschwerden zur Diagnosestellung, nur ein geringer Anteil der Tumoren wird im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen entdeckt. Die Vermutung, dass die Patienten, die eher zu Früherkennungsuntersuchungen gehen, auch häufiger alternative Therapien anwenden, kann nicht bestätigt werden.

Die Beurteilung von Häufigkeit und Stärke der Nebenwirkungen aller schulmedizinischen Verfahren unterscheidet sich nicht wesentlich zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern. Lediglich unter Strahlentherapie geben die Anwender alternativer Heilmethoden signifikant seltener „Schwäche“ an, wobei der Befund bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 0,05 vorsichtig bewertet werden sollte, zumal sich bei den übrigen möglichen Nebenwirkungen keine Unterschiede ergeben. Ebenso vorsichtig ist die Tendenz zur Verschlechterung der Lebensqualität bei Anwendern unter Hormontherapie zu beurteilen. Das untersuchte Kollektiv ist mit 14 Patienten recht klein. Berücksichtigt man allerdings, dass von den 14 Patienten unter Hormonblockade 13 an einem Mammakarzinom leiden, so muss an dieser Stelle auf eine Studie von Burstein et al. hingewiesen werden, bei der Brustkrebspatientinnen im Frühstadium, die nach der Operation alternative Heilmethoden neu anwenden, eine schlechtere Lebensqualität beklagen als Nicht-Anwenderinnen^(8, S.1733). Möglicherweise stellt der hier vorliegende Befund bei aller Vorsicht der Interpretation eine gewisse Bestätigung dieser einzigen bisher veröffentlichten Studie dar, die, in einer Subgruppe aller Krebspatienten, einen negativen Zusammenhang zwischen Anwendung alternativer Heilmethoden und psychischem Befinden feststellt. Da alle Patienten unter Hormonblockade, unabhängig von ihrem Status als Anwender oder Nicht-Anwender, die schulmedizinischen Therapien überwiegend als Erfolg empfinden, scheint die Anwendung alternativer Heilmethoden bei dieser speziellen Patientengruppe ein Indikator für einen größeren emotionalen Stress darzustellen.

Stark und sehr stark empfundene Nebenwirkungen werden unter allen konventionellen Therapien

eher selten berichtet. Sowohl die chirurgische, strahlentherapeutische als auch die medikamentöse Behandlung wird überwiegend positiv bewertet. Insgesamt erfahren die Patienten, sowohl Anwender als auch Nicht-Anwender, eine Verbesserung ihrer Lebensqualität. Zusammenfassend lässt sich kein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Häufigkeit und der subjektiven Schwere möglicher Nebenwirkungen schulmedizinischer Verfahren, der Zufriedenheit mit der Schulmedizin insgesamt und der Hinwendung zur Alternativmedizin feststellen. In zwei Studien in Australien und England verwenden Patienten, die mit der konventionellen Medizin unzufriedener sind, häufiger unkonventionelle Therapien^(4, S.545; 14, S.86). Als Ursachen hierfür werden genannt: Nebenwirkungen der schulmedizinischen Therapie und Defizite in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Obrist et al. zeigen, dass Anwender alternativer Heilmethoden schwerer unter Nausea und Vomitus infolge der Chemotherapie leiden^(39, S.286). Da seit Einführung der 5-HT₃-Rezeptorantagonisten in die Supportivtherapie diese Nebenwirkung heute eine wesentlich geringere Rolle spielt als 1983, zum Zeitpunkt der Erhebung, dürfte diese Aussage heute in dieser Form sicher nicht mehr gültig sein. Im übrigen sind in allen drei Studien, wie in der vorliegenden, die überwiegende Mehrheit der Patienten mit dem Erfolg der konventionellen Therapie zufrieden. Also stellt auch der Verlauf der schulmedizinischen Therapie in der individuellen Krankheitsgeschichte in dieser Erhebung keinen unabhängigen Indikator für die Anwendung unkonventioneller Therapien dar.

Die am häufigsten angegebenen Gründe für die Anwendung alternativer Heilmethoden betonen eine unterstützende Intention. Stärkung des Immunsystems, Unterstützung der Schulmedizin, Stabilisierung des Therapieerfolgs und Linderung von Nebenwirkungen der konventionellen Therapien werden von der überwiegenden Mehrheit genannt. Ähnliche Begründungen nennen auch andere Arbeitsgruppen^(5, S.323; 21, S.923; 53, S.144). Bei diesem Befund dürfte ein Selektionseffekt seine bedeutendste Rolle spielen, da eben nur Patienten befragt werden, die unter einer laufenden konventionellen Therapie stehen, die Schulmedizin also nicht ablehnen.

Eine weitere sehr wichtige Motivation für die Anwendung alternativer Heilmethoden besteht darin, selbst etwas aktiv zum Therapieerfolg beitragen zu wollen. Diese Intention, die bereits in drei Untersuchungen festgestellt wird, wird dort als Ausdruck des Wunsches nach einer aktiveren Patientenrolle und dem Gewinn psychologischer Kontrolle über die Erkrankung interpretiert^(32, S.337; 34, S.1031; 53, S.147). Eine solche Interpretation kann hier bestätigt werden: diese Motivation zeigt die Bemühung der Anwender, aus der passiv-erduldenden Position in eine aktiv-gestalterische zu gelangen. Dies sollte als Coping-Strategie betrachtet werden, die, in Anlehnung an Felton et al., mit einer psychischen Stabilisierung und einer positiveren Affektlage assoziiert ist^(16, S.889). Diese Interpretation wird auch durch die Ergebnisse von Downer et al. erhärtet, laut denen 28 von 48 Anwendern aussagen, durch die Alternativmedizin mehr Hoffnung erhalten zu haben^(14, S.88). Auch Wyatt et al. bestäti-

gen, dass Anwender signifikant optimistischer sind^(55, S. 136).

Praktisch alle Patienten beurteilen die durchgeführten unkonventionellen Therapien als nahezu nebenwirkungsfrei. Lediglich zwei Patienten klagen über eher starke bzw. sehr starke Nebenwirkungen; in beiden Fällen wurde eine Misteltherapie durchgeführt. Die Wirkung der Therapien bestand meistens in einer Verbesserung des körperlichen und/oder psychischen Allgemeinbefindens. Dies entspricht nach Weis et al.^(53, S. 147) auch den Erwartungen, die Patienten in die Anwendung setzen. Allerdings wird dort auch eine Beeinflussung des Tumorwachstums erwartet, ein Effekt, der hier nicht berichtet wird. Davon unabhängig ist die überwiegende Mehrheit der Anwender mit dem Erfolg der alternativen Therapien zufrieden. Im Hinblick auf die häufigsten von allen Patienten geklagten psychischen Beschwerden, Angst und Schlaflosigkeit, leiden die Anwender im Vergleich mit Nicht-Anwendern immerhin signifikant weniger häufig und weniger schwer unter Schlaflosigkeit. Auch diese Ergebnisse bestätigen die starke psychische Komponente, die zu einer Hinwendung zur Alternativmedizin führt. Es ist allerdings unwahrscheinlich, dass diese Wirkung ein spezifischer Effekt einer bestimmten Therapiemethode selbst ist, vielmehr führt wohl eher die Tatsache, dass überhaupt etwas zusätzlich getan wird, zu einer emotionalen Stabilisierung.

Die meisten Therapien führen die Patienten selbst in Eigenregie oder unter Beteiligung des Hausarztes durch, nur selten werden nicht-medizinische Personen konsultiert. Dies widerlegt das Klischee, Alternativmedizin würde hauptsächlich von Heilpraktikern oder gar obskurantistischen Quacksalbern angeboten. Ärzte spielen danach eine viel wichtigere Rolle bei der Anwendung unkonventioneller Therapien und die häufig verwendeten Vitamine und Spurenelemente sind in jeder Apotheke ohne Rezept erhältlich. Welche Rolle die Apotheker selbst bei der Verbreitung alternativer Heilmethoden spielen, wurde nicht untersucht.

Die große Mehrheit der Patienten fühlt sich über ihre Krankheit und schulmedizinische Therapie gut informiert. Der Informationsstand über alternative Heilmethoden ist bei Anwendern naturgemäß signifikant besser als bei Nicht-Anwendern. Trotzdem beklagen einige Patienten, dass sie zu wenig an Information erhalten, sei es, weil sie nicht wissen, woher sie die gewünschten Informationen erhalten können, sei es, weil sie das Gefühl haben, niemand rede mit ihnen. Nur eine absolute Minderheit lehnt aus Angst oder Desinteresse weitergehende Informationen ab. Dies zeigt die Notwendigkeit, als Arzt umfassend und wiederholt mit den Patienten über alle Aspekte ihrer Erkrankung und Therapie zu sprechen. Mehrere Studien belegen, dass ein Teil der Patienten ihren Arzt nicht über die Anwendung alternativer Heilmethoden in Kenntnis setzt^(4, S.545; 14, S.88; 15, S.246; 21, S.927; 39, S.287). Offensichtlich scheuen sich diese Kranken, von sich aus mit ihren Ärzten über ihre Wünsche und Vorstellungen zu sprechen oder haben Angst, durch die Äußerung des Wunsches nach komplementären Methoden von ihm abgelehnt zu werden.

Das familiäre Umfeld spielt für die Patienten die wichtigste Rolle als Anlaufstelle für ihre Sorgen und Nöte, an zweiter Stelle stehen die behandelnden Ärzte. Dies zeigt einerseits die Notwendigkeit, auch die Angehörigen in das Therapiekonzept einzubinden und sie gemeinsam und in Absprache mit dem Patienten über alle Aspekte von Diagnose, Therapie und Prognose zu informieren. Andererseits belegt es, wie wichtig ein offenes Ohr des Arztes für die Anliegen seiner Patienten ist, und dass auch der Klinikarzt vom Patienten nicht lediglich als Lieferant einer schulmedizinischen Therapie angesehen wird, sondern auch als Bezugsperson und Ratgeber. Dieser Anspruch stellt im klinischen Alltag angesichts der oft knappen zeitlichen und personellen Ressourcen eine besondere Herausforderung dar. Wie und mit welchem Wissen und Können der einzelne diesem Anspruch gerecht wird, bleibt ihm leider selbst überlassen.

Zusammenfassend liegt die Ursache für die unverändert häufige Anwendung alternativer Heilmethoden überwiegend in einer Suche nach psychischer Selbstkontrolle im Krankheitsverlauf. Abgesehen von der Minderheit grundsätzlicher Gegner der Schulmedizin wenden sich onkologische Patienten weder aus Ablehnung der Schulmedizin noch aus ideologischer Überzeugung von der Richtigkeit oder gar einer Überlegenheit der Komplementärmedizin unkonventionellen Therapieformen zu. Sie wollen die schulmedizinischen Verfahren unterstützen, wobei das (nicht immer gehaltene) Versprechen der Nebenwirkungsfreiheit der meisten Alternativtherapien unter dem Motto: „Hilft's nicht, so schadet's wenigstens auch nicht“, die labile Psyche zusätzlich entlastet. Dies sind menschlich durchaus nachvollziehbare Argumente.

Es kann somit die Schlussfolgerung gezogen werden, dass es unkonventionelle Therapiemethoden in der Krebstherapie, vom Sinn oder Unsinn dieser Therapien abgesehen, immer geben wird, solange die Schulmedizin kein generelles Heilungsversprechen abgeben kann und der Patient selbst etwas zur Therapie beitragen möchte. Dem onkologisch tätigen Arzt bleibt somit die Aufgabe, offen mit seinem Patienten über alle Aspekte seiner Erkrankung und deren Therapie zu reden, ihn verantwortungsbewusst aufzuklären und ihn vor schädlichen Therapieansätzen zu warnen. Natürlich muss sich die Medizin aus ihrem Selbstverständnis als Naturwissenschaft gegen Therapieverfahren zur Wehr setzen, die ihre wissenschaftliche Basis in Frage stellen bzw. nach allgemein anerkannten Kriterien nicht geprüft und bewertet sind. Im Mittelpunkt ärztlichen Handelns steht jedoch der einzelne Patient, der in vielen Fällen nach jedem „Strohalm“ greift. Eine generelle Verurteilung der Komplementärmedizin als Scharlatanerie hilft dem Patienten nicht, da sie ihn in seiner Suche nach Kontrolle erheblich verunsichert und wahrscheinlich nur in einer Minderheit der Fälle zu einem Unterlassen führt. Vielmehr wird sich der Patient eher seinem Arzt gegenüber verschließen und versuchen, sein Informationsbedürfnis anderweitig zu befriedigen. Dass gerade dann reißerischen und unseriösen Praktiken Tür und Tor geöffnet wird, scheint nur allzu verständlich. Alle Patienten benötigen suffiziente In-

formation über ihre Krankheit und deren Therapie sowie ein Angebot von Möglichkeiten, wie sie den Krankheitsverlauf mitgestalten können. Im Interesse des Patienten muss der schulmedizinische Standpunkt verdeutlicht werden, nicht ohne Verständnis und Offenheit für die Wünsche und Vorstellungen des Kranken in seiner jeweiligen Situation zu zeigen. In diesem Zusammenhang sei auf Senn und Glaus hingewiesen, die wertvolle Hinweise für eine entsprechende Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung geben^(49, S.59ff).

Vom Arzt sollten immer und in allen Krankheitsphasen die Vorstellungen des Patienten hinterfragt werden. Gerade im Endstadium der Erkrankung scheint es denkbar, dass die Therapieziele des Kranken deutlich von denen des Arztes abweichen. Besonderes Augenmerk sollte dabei nach den vorliegenden Ergebnissen auf den Patienten ruhen, die aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, um frühzeitig Depressionen zu erkennen und entsprechend zu therapieren.

In einem umfassenden Therapiekonzept ist die Beteiligung eines Psycho-Onkologen oder eines entsprechend geschulten Arztes, die Förderung onkologisch ausgebildeten Pflegepersonals, ambulante Therapie und die Einbindung des familiären Umfeldes zur Betreuung des krebserkrankten Menschen sinnvoll. Spiegel stellt dazu fest: „Curing cancer may not be a question of mind over matter, but mind does matter.“^(50, S 1768)

Eine mögliche Lehre aus dieser Untersuchung haben Cassileth und Brown bereits 1988 formuliert:

„Give patients a role in their own care!“^(9, S. 184)

5. ZUSAMMENFASSUNG

Von Juli 1999 bis August 2000 wird an 160 onkologische Patienten des Klinikums Passau ein anonymisierter Fragebogen zur Anwendung alternativer Heilmethoden ausgegeben. Von 107 (67%) zurückgegebenen Fragebögen können 100 (93%) ausgewertet werden. Von diesen 100 Patienten geben 40 (40%) die Anwendung unkonventioneller Therapieverfahren an. Die häufigsten sind Mistelpräparate (63%), Vitamine (33%) und Mineralstoffe (30%). Die Anwendungshäufigkeit korreliert signifikant mit der Schulbildung und dem Berufsstatus. Patienten, die sich im Ruhestand befinden, wenden signifikant seltener Alternativmedizin an. Dabei sind die Nicht-Anwender im Ruhestand signifikant häufiger verzweifelt und hoffnungslos als die Ruheständler, die alternative Heilmethoden anwenden. Andere demographische Faktoren spielen bei der Entscheidung für oder gegen Komplementärmedizin keine Rolle.

Bei 44% der Patienten wird die Diagnose innerhalb eines Jahres vor Befragung gestellt, bei weiteren 16% zwischen ein und zwei Jahren zuvor. Die meisten Diagnosestellungen erfolgen aufgrund von Beschwerden (43%), selten im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen (22%). Ein Zusammenhang zwischen Krankheitsdauer und Anwendungshäufigkeit besteht nicht.

Die häufigsten Tumorerkrankungen sind colorektale Karzinome (n=34), Mamma- (n=22) und Bronchialkarzinome (n=7) sowie Lymphome (n=16). Die Tumorlokalisation beeinflusst die Anwendungswahrscheinlichkeit nicht.

Es besteht keine eindeutige und allgemeine Korrelation zwischen der Häufigkeit und der Schwere der Nebenwirkungen schulmedizinischer Verfahren und der Entscheidung für oder gegen unkonventionelle Medizin. Lediglich Patienten unter Strahlentherapie geben signifikant seltener „Schwäche“ an, wenn sie alternative Heilmethoden verwenden. Von 14 Patienten, die unter Hormonentzugstherapie stehen, geben die Anwender hingegen signifikant häufiger eine Verschlechterung ihrer Lebensqualität an.

Die häufigsten Gründe für die Anwendung von alternativen Heilmethoden zeigen eine supportive Intention zur schulmedizinischen Therapie, eine Ablehnung der konventionellen Therapie spielt keine Rolle. Hauptwirkung der alternativen Therapien ist eine Verbesserung des körperlichen und psychischen Allgemeinbefindens, ein direkter antitumoröser Effekt wird nicht berichtet. Nebenwirkungen werden kaum erwähnt. Über 2/3 der Patienten ist mit dem Erfolg der Alternativtherapien zufrieden. Mehr als die Hälfte der Patienten (55%) ist durch den Hausarzt auf die Alternativtherapie aufmerksam gemacht worden.

Anwender und Nicht-Anwender betrachten sich gleichermaßen gut informiert über die schulmedizi-

nischen Therapien. Anwender fühlen sich signifikant besser über alternative Heilmethoden informiert. Häufigste Ursache für einen schlechten Informationsstand besteht darin, nicht zu wissen, wo Informationen zu beschaffen sind.

Die meisten Patienten blicken mit Hoffnung aber auch gemischten Gefühlen in die Zukunft. Die häufigsten psychischen Beschwerden bestehen in Angst, Schlaflosigkeit und Depressionen, wobei Anwender alternativer Heilmethoden signifikant geringer über Schlaflosigkeit klagen. Die wichtigsten Betreuungspersonen sind Ehepartner, Familie und Haus- und Klinikarzt, wobei die Qualität der Betreuung bei Ehepartnern und anderen Familienangehörigen überwiegend als „sehr gut“, bei den Ärzten als „eher gut“ beurteilt wird. Ein Unterschied zwischen Anwendern und Nicht-Anwendern in der Beurteilung besteht hierbei nicht.

6. LITERATURVERZEICHNIS

1. Abel U: Zur Bedeutung von Kasuistiken für die Wirksamkeitsbeurteilung medizinischer Therapien; in „Naturheilverfahren und Unkonventionelle Medizinische Richtungen“, Loseblattsammlung, M. Bühring (Hrsg.), Springer Verlag, Heidelberg, Stand August 2002; 26. Nachlieferung, 27. Auflage, Sektion 01, Kap. 01.08. Teil 3
2. Abel U, Windeler J: Irrtümer in der Bewertung medizinischer Interventionen – Ursachen und Konsequenzen; in „Naturheilverfahren und Unkonventionelle Medizinische Richtungen“, Loseblattsammlung, M. Bühring (Hrsg.), Springer Verlag, Heidelberg, Stand August 2002; 26. Nachlieferung, 27. Auflage, Sektion 01, Kap. 01.11.
3. Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogenes Krebsregister in Deutschland: Krebs in Deutschland; 2. aktualisierte Auflage, Saarbrücken 1999
4. Begbie SD, Kerestes ZL, Bell DR: Patterns of alternative medicine use by cancer patients; *Med. J. Aust.*, 165 (1996), 545-548
5. Berger DP, Obrist R, Obrecht JP: Tumorpatient und Paramedizin; *Dtsch. Med. Wochenschr.*, 114 (1989), 323-330
6. Beyersdorff, Dietrich: Ganzheitliche Krebsbehandlung: konventionelle, biologische, ergänzende, und unterstützende Verfahren; Möglichkeiten der Selbsthilfe; die Therapie der verschiedenen Krebserkrankungen; TRIAS, Stuttgart, 1997, 6. Aufl., 44-126
7. Brigden ML: Unorthodox therapy and your cancer patient; *Postgrad. Med.*, 81 (1987), 271-272, 275-277, 280
8. Burstein HJ, Gelber S, Guadagnoli E, Weeks JC: Use of Alternative Medicine by Women with Early-Stage Breast Cancer; *N. Engl. J. Med.*, 340 (1999), 1733-1739
9. Cassileth BR, Brown H: Unorthodox cancer medicine; *CA Cancer J Clin.*, 38 (1988), 176-186
10. Cassileth BR, Chapman CC: Alternative cancer medicine: a ten year update; *Cancer Invest.*, 14 (1996), 396-404
11. Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, Bodenheimer BJ: Contemporary unorthodox treatments in cancer medicine. A study of patients, treatments and practitioners; *Ann. Int. Med.*, 101 (1984), 105-112
12. Coss RA, McGrath P, Caggiano V: Alternative Care. Patient choices for adjunct therapies within a cancer center; *Cancer Pract.*, 6 (1998), 176-181
13. Drings P, Brittinger G, Gaedicke G, Heimpel H, Hossfeld DK, Huber C, Meurer S, Wannenmacher M, Winkler K: Moderne onkologische Therapieverfahren mit und ohne wissenschaftlichen Wirkungsnachweis; *Dt. Ärztebl.* 93(1996), A973-975
14. Downer SM, Cody MM, McCluskey P, Wilson PD, Arnott SJ, Lister TA, Slevin ML: Pursuit and practice of complementary therapies by cancer patients receiving conventional treatment; *BMJ*, 309 (1994), 86-89
15. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL: Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use; *N. Engl. J. Med.*, 328 (1993), 246-252
16. Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA: Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults; *Soc. Sci. Med.*, 18 (1984), 889-898
17. Fletcher DM: Unconventional Cancer Treatments: Professional, Legal, and Ethical Issues; *Oncol. Nurs. Forum*, 19 (1992), 1351-1354
18. Ganz PA, Schag CC, Heinrich RL: The psychosocial impact of cancer on the elderly: a comparison with younger patients; *J. Am. Geriatr. Soc.*, 33 (1985), 429-435
19. Goodwyn PJ, Leszcz M, Ennis M, Koopmans J, Vincent L, Guther H, Drysdale E, Hundleby M, Chochinov HM, Navarro M, Specia M, Hunter J: The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer; *N. Engl. J. Med.*, 345 (2001), 1719-1726

20. Gray RE, Fitch M, Greenberg M: A Comparison of Physician and Patient Perspectives on Unconventional Cancer Therapies; *Psychooncology*, 7 (1998), 445-452
21. Grothey A, Düppe J, Hasenburg A, Voigtmann R: Anwendung alternativmedizinischer Methoden durch onkologische Patienten; *Dtsch. Med. Wochenschr.*, 123 (1998), 923-929
22. Halstead MT, Fernsler JI: Coping strategies of long-term cancer survivors; *Cancer Nurs.*, 17 (1994), 94-100
23. Hauser SP: Unproven methods in cancer treatment; *Curr. Opin. Oncol.*, 5 (1993), 646-54
24. Hauser SP: Unproven methods in oncology; *Eur. J. Cancer*; 27 (1991); 1549-1551
25. Holland JC, Massie MJ: Psychosocial aspects of cancer in the elderly; *Clin. Geriatr. Med.*, 3 (1987), 533-539
26. Kaiser G, Birkmann S, Büschel G, Horneber M, Kappauf, Gallmeier WM: Unkonventionelle, alternative Therapieverfahren in der Onkologie; *Internist*, 39 (1998), 1159-1167
27. Kaiser HE, Brock DB: Comparative aspects of the quality of life in cancer patients; *In Vivo*, 6 (1992), 333-337
28. Kane RA: Psychosocial issues. Psychological and social issues for older people with cancer; *Cancer*, 68, 11 Suppl (1991), 2514-2518
29. Lerner IJ, Kennedy BJ: The prevalence of questionable methods of cancer treatment in the United States; *CA Cancer J. Clin.*, 42 (1992), 181-191
30. Levy SM: Temporal experience in the aged: body integrity and the social milieu; *Int. J. Aging Hum Dev*, 9 (1978-79), 313-344
31. Lindner UK: Moderne Krebsbehandlung - Wissenschaftlich begründete Verfahren und Methoden mit unbewiesener Wirksamkeit. Gemeinsames Positionspapier der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie; *Internist*, 36 (1995), 614-616
32. Miller M, Boyer MJ, Butow PN, Gattellari M, Dunn SM, Childs A: The use of nonproven methods of treatment by cancer patients. Frequency, expectations and cost; *Support Care Cancer*; 6 (1998), 337-347
33. Montbriand MJ: Freedom of choice: an issue concerning alternate therapies chosen by patients with cancer. *Oncol. Nurs. Forum*, 20 (1993), 1195-1201
34. Morant R, Jungi WF, Koehli C, Senn HJ: Warum benützen Tumorpatienten Alternativmedizin?; *Schweiz. Med. Wochenschr.*, 121 (1991), 1029-1034
35. Mulsant BH, Ganguli M: Epidemiology and diagnosis of depression in late life; *J. Clin. Psychiatry*, 60 Suppl 20 (1999), 9-15
36. Nagel GA: Arzt und Patient zwischen Naturwissenschaft und Naturheilkunde - aus der Sicht des Onkologen; *Schweiz. Rundsch. Med. Prax.*, 80 (1991), 269-274
37. Nagel GA: Gibt es Alternativen zur konventionellen Krebstherapie?; *Klinikerzt*, 27 (1998), 21-23
38. Nagel GA: Unkonventionelle Therapieverfahren in der Urologie; *Urologe [A]*, 34 (1995), 181-184
39. Obrist R, von Meiss M, Obrecht JP: Verwendung paramedizinischer Behandlungsmethoden durch Tumorpatienten. Eine Erhebung an 101 ambulanten Patienten.; *Dtsch. Med. Wochenschr.* 111 (1986), 283-287
40. Pitt B: Mental health in retirement: can deterioration be prevented? *J. R. Soc. Health*, 110 (1990), 81-84
41. Pohl, G v.: Erdstrahlen – die Ursache der Krebskrankheit, in: *Erdstrahlen als Krankheits- und Krebserreger; Fortschritt für alle-Verlag, gemeinnütziger e.V., Feucht, 1983, 3. Auflage, 15-40*
42. Ramm B: *Biomathematik und medizinische Statistik / von Bernd Ramm und Gerd Hofmann. Unter Mitarb. Von Norbert Hahn, (Enke-Reihe zur AO[Ä]), Enke, Stuttgart, 1987, 3. durchges. Aufl.,*

43. Risberg T, Kaasa S, Wist E, Melsom H: Why are cancer patients using non-proven complementary therapies? A cross-sectional multicentre study in Norway. *Eur. J. Cancer*, 33 (1997), 575-580
44. Risberg T, Lund E, Wist E, Dahl O, Sundstrøm S, Andersen OK, Kaasa S: The use of non-proven therapy among patients treated in Norwegian oncological departments. A cross-sectional national multicentre study. *Eur. J. Cancer*, 31A (1995), 1785-1789
45. Risberg T, Lund E, Wist E, Kaasa S, Wilsgaard T: Cancer Patients Use of Nonproven Therapy: A 5-Year Follow-Up Study; *J. Clin. Oncol.*, 16 (1998), 6-12
46. Risberg T, Wist E, Kaasa S, Lund E, Norum J: Spiritual Healing Among Norwegian Hospitalised Cancer Patients and Patients' Religious Needs and Preferences of Pastoral Services; *Eur. J. Cancer*, 32A (1996), 274-281
47. Roskin M: Coping with life changes - a preventive social work approach; *Am. J. Community Psychol.*, 10 (1982), 331-340
48. Sachs L: *Angewandte Statistik*; Springer, Berlin-Heidelberg, 1992, 7.Auflage; 1992, 380-393
49. Senn HJ, Glaus A: Wahrhaftigkeit am Krankenbett – Auch bei Tumorkranken?; in „Einführung in die Psycho-Onkologie“ Meerwein Fritz; Bräutigam Walter (Hrsg.). In Zusammenarbeit mit Bürgin D, Di Gallo A, Glaus A, Martz G, Schwarz R, Schlömer-Doll U, Senn HJ, Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, 1998, 5., überarb. und erg. Aufl., 49-61
50. Spiegel D: Mind Matters – Group Therapy and Survival in Breast Cancer; *N. Engl. J. Med.*, 345 (2001), 1767-1768
51. Warburg O: Über die letzte Ursache und die entfernten Ursachen des Krebses; Vortrag, gehalten am 30. Juni 1966 bei der Tagung der Nobelpreisträger in Lindau/Bodensee; Verlag Konrad Triltsch, Würzburg, 1966, 1. Auflage
52. Walker LG, Khler CR, Heys SD, Eremin O: Psychosocial aspects of cancer in the elderly; *Eur. J. Surg. Oncol.*, 24 (1998), 375-378
53. Weis J, Bartsch HH, Hennies F, Rietschel M, Heim M, Adam G, Gärtner U, Ammon A: Complementary Medicine in Cancer Patients: Demand, Patients' Attitudes and Psychological Beliefs; *Onkologie*, 21 (1998), 144-149
54. Williams GO: Management of depression in the elderly; *Prim. Care*, 16 (1989), 451-474
55. Wyatt GK, Friedman LL, Given CW, Given BA, Christensen Beckrow K,: Complementary Therapy Use among Older Cancer Patients; *Cancer Pract.*, 7 (1999), 136-144

7. ANHANG

Wortlaut des an die Patienten verteilten Fragebogens.

Zur Studie „Die Anwendung alternativer Heilmethoden bei onkologischen Patienten des Klinikums Passau“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

auf dem beiliegenden Fragebogen finden Sie Fragen zu sogenannten alternativen Behandlungsmethoden bei Krebs sowie Ihrer Einstellung zu Krankheit und Therapie. Wir möchten wissen, wieviele unserer Patienten zusätzliche Therapieansätze anwenden und warum. Wir wollen erfahren, welche Bedürfnisse unserer Patienten bei unserer „schulmedizinischen“ Behandlung zu kurz kommen. Im Sinne einer umfassenden Behandlung von Patienten mit bösartigen Erkrankungen wollen und müssen wir Rücksichten auf Ihre Bedürfnisse nehmen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen auch dann aus, wenn Sie keine alternativen Therapieverfahren verwenden!

Für unsere Rückschlüsse ist es wichtig, daß Sie den Fragebogen vollständig und wahrheitsgetreu ausfüllen. Fürchten Sie nicht, wir könnten beleidigt sein, weil Sie auch andere Therapiekonzepte verfolgen. Der Fragebogen wird anonym ausgewertet, Rückschlüsse auf Ihre Person werden nicht gezogen.

Wenn Sie im Folgenden verschiedene Therapiemodelle erwähnt finden, bedeutet dies nicht, daß diese Behandlungen in jedem Falle unschädlich sind oder von uns empfohlen bzw. durchgeführt werden. Wir haben uns um eine möglichst vollständige Zusammenstellung der häufigsten angebotenen Therapien bemüht, ohne diese nach Sinn, Wirksamkeit oder Unbedenklichkeit zu werten. Wenn Sie sich nach dem Lesen die Anwendung der einen oder anderen Therapie überlegen, sollten Sie sich daher unbedingt gründlich darüber informieren, da einige der genannten Therapien nicht nur als wirkungslos, sondern unter Umständen sogar als gefährlich zu werten sind. Außerdem werden vielfach die Kosten dieser (mitunter außerordentlich teuren) Behandlungen nicht von der Krankenkasse oder Versicherung übernommen! Fragen Sie bitte deshalb Ihren behandelnden Arzt!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Hilfe!

Prof. Dr. W.-D. Gassel

L. Wassermann

im Namen aller Mitarbeiter der 2. Medizinischen Klinik des Klinikums Passau

Zum Ausfüllen des Fragebogens:

- ➔ Beantworten Sie bitte jede Frage.

- ➔ Lassen Sie sich beim Beantworten Zeit. Nehmen Sie den Fragebogen ruhig mit nach Hause.

- ➔ Bei manchen Fragen finden Sie als Antwortmöglichkeit eine Skala zwischen zwei extremen Aussagen (z.B. „gar nicht“ und „sehr stark“). Bitte beurteilen Sie, wo Sie Ihre Antwort zwischen diesen Extremen einordnen würden und kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an.

- ➔ Bei einigen Fragen wollen wir etwas über die Lebensqualität erfahren. Die Lebensqualität wird durch die folgenden Faktoren beeinflusst:
 - a: Körperliche Veränderungen wie das Ausmaß von Schmerzen, Einschränkungen durch Behinderungen oder Schwäche, Beeinträchtigung durch Störungen der Organfunktion.
 - b: Veränderungen des seelischen Zustandes bzw. der Gefühlswelt
 - c: Veränderungen des sozialen Umfeldes, z.B. Freunde und Familie.Berücksichtigen Sie beim Beantworten der Fragen nach der Lebensqualität alle Faktoren, gewichten Sie diese nach Ihrem persönlichen Empfinden und bilden sich dann ein Gesamturteil.

- ➔ Bei Fragen, bei denen mehrere Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind, können Sie auch mehrere Antworten ankreuzen.

- ➔ Sollten Sie irgendeine Frage nicht beantworten können, zögern Sie nicht, Ihren betreuenden Arzt zu fragen.

- ➔ Den ausgefüllten Fragebogen stecken Sie bitte in den beiliegenden Umschlag und geben ihn uns zurück.

1. Alter:.....Jahre

2. Geschlecht:

männlich

weiblich

3. Familienstand

ledig/alleinstehend

verheiratet

geschieden

verwitwet

feste Lebenspartnerschaft

4. Anzahl Kinder:

5. Schulabschluss:

kein Schulabschluss

Volksschulabschluss

Mittlere Reife

Abitur

Sonstige Hochschulreife

Fachhochschulabschluss

Universitätsabschluss

6. Beruf:

Erlerner Beruf:.....

Ausgeübter Beruf:.....

7. Berufsstatus:

In Ausbildung

Hausmann/-frau

Selbständig/freiberuflich tätig

Beamter

Angestellter

Arbeiter

Arbeitslos

Im Ruhestand

Keine Berufstätigkeit

8. Religionszugehörigkeit:

katholisch

evangelisch

Mohammedaner

jüdisch

andere:.....

9. Welche Tumorerkrankung liegt bei Ihnen vor?

.....

10. Wie wurde diese Erkrankung festgestellt?

- „Vorsorgeuntersuchung“
- Aufgrund folgender Beschwerden:.....
- Zufällig

11. Wann wurde die Diagnose gestellt?

19.....

12. Haben Sie ein schulmedizinisches Therapieverfahren, das Ihnen wegen Ihrer Tumorerkrankung empfohlen worden war, abgelehnt?

- Operation: nein
 ja,

wegen.....

- Bestrahlung: nein
 ja,

wegen.....

- Chemotherapie:
 nein
 ja,

wegen.....

- Hormontherapie (z.B. Tamoxifen[®], Arimidex[®], Zoladex[®], Enantone[®])
 nein
 ja,

wegen.....

- Zytokintherapie (z.B. Intron A[®], Roferon-A[®], Proleukin[®])
 nein
 ja,

wegen.....

Wenn Sie wegen Ihrer Tumorerkrankung operiert wurden, beantworten Sie bitte die Fragen 13 bis 15.

Wenn Sie eine Strahlentherapie erhalten haben, beantworten Sie bitte die Fragen 16 bis 19.

Wenn Sie eine Chemotherapie erhalten haben, beantworten Sie bitte die Fragen 20 bis 24.

Wenn Sie eine Hormontherapie (z.B. Tamoxifen[®], Arimidex[®], Zoladex[®], Enantone[®]) erhalten haben, beantworten Sie bitte die Fragen 25 bis 27.

Wenn Sie eine Zytokintherapie (z.B. Intron A[®], Roferon-A[®], Proleukin[®]) erhalten haben, beantworten Sie bitte die Fragen 28 und 29.

13. OPERATIONEN: An welchem Organ oder Körperabschnitt wurden Sie wann operiert?
(Bitte nennen Sie nur Operationen, die in Verbindung mit Ihrer Tumorerkrankung stehen. Sollten mehr als drei Operationen durchgeführt worden sein, notieren Sie diese bitte auf die Rückseite dieses Bogens)

- 1.) 19.....:
- 2.) 19.....:
- 3.) 19.....:

14. Wie beurteilen Sie die Wirkung dieser Operation(en) bezüglich Ihrer Lebensqualität?

- | | | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.) | <input type="checkbox"/> |
| | starke | eher | unverändert | eher | gute |
| | Verschlechterung | schlechter | | besser | Verbesserung |
| 2.) | <input type="checkbox"/> |
| | starke | eher | unverändert | eher | gute |
| | Verschlechterung | schlechter | | besser | Verbesserung |
| 3.) | <input type="checkbox"/> |
| | starke | eher | unverändert | eher | gute |
| | Verschlechterung | schlechter | | besser | Verbesserung |

15. Leiden oder litten Sie unter Nachwirkungen der Operation(en)?

- nein
- ja, an:.....
-
-

16. STRAHLENTHERAPIE: Wann wurden welche Körperabschnitte bestrahlt?

- Seit ____ . ____ . ____ laufende Bestrahlung von:.....
- von..... bis.....Bestrahlung von:.....
- von..... bis.....Bestrahlung von:.....
- von..... bis.....Bestrahlung von:.....

17. Wurde eine Strahlentherapie vorzeitig beendet?

- nein
- ja, wegen
 - Unwirksamkeit
 - Unverträglichkeit
 - Eigener Wunsch
 - Ratschlag von:.....
 - weiß nicht
 - sonstiges:.....

18. Unter welchen der genannten Nebenwirkungen der Strahlentherapie leiden oder litten Sie?

- | | | | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Schwäche:</i> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | gar nicht | eher nicht | eher stark | sehr stark |
| <i>Appetitlosigkeit</i> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | gar nicht | eher nicht | eher stark | sehr stark |
| <i>Übelkeit</i> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | gar nicht | eher nicht | eher stark | sehr stark |
| <i>Erbrechen</i> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | gar nicht | eher nicht | eher stark | sehr stark |
| <i>Durchfall</i> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | gar nicht | eher nicht | eher stark | sehr stark |
| <i>Haarausfall</i> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | gar nicht | eher nicht | eher stark | sehr stark |
| <i>Hautschäden</i> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | gar nicht | eher nicht | eher stark | sehr stark |

20. Wann wurde bei Ihnen eine CHEMOTHERAPIE durchgeführt?

- Seit laufende Behandlung
 von.....bis....., von.....bis.....
 von.....bis....., von.....bis.....

21. Wurde eine laufende Chemotherapie vorzeitig abgebrochen?

- nein
 ja, wegen
 Unwirksamkeit
 Unverträglichkeit
 Eigener Wunsch
 Ratschlag von:.....
 weiß nicht
 sonstiges:.....

22. Wurde während einer laufenden Chemotherapie auf andere Chemotherapeutika umgestellt?

- nein
 ja, wegen
 Unwirksamkeit
 Unverträglichkeit
 weiß nicht

23. Unter welchen der genannten Nebenwirkungen der Chemotherapie leiden oder litten Sie?

- | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Schwäche</i> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | gar nicht | eher nicht | eher stark | sehr stark |
| <i>Appetitlosigkeit:</i> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | gar nicht | eher nicht | eher stark | sehr stark |
| <i>Übelkeit</i> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | gar nicht | eher nicht | eher stark | sehr stark |
| <i>Erbrechen</i> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | gar nicht | eher nicht | eher stark | sehr stark |
| <i>Durchfall</i> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | gar nicht | eher nicht | eher stark | sehr stark |
| <i>Verstopfung</i> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | gar nicht | eher nicht | eher stark | sehr stark |

<i>Haarausfall</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			gar nicht	eher nicht	eher stark	sehr stark
<i>Infektanfälligkeit</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			gar nicht	eher nicht	eher stark	sehr stark
<i>Blutungsneigung</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			gar nicht	eher nicht	eher stark	sehr stark
<i>Gefühlsstörungen</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			gar nicht	eher nicht	eher stark	sehr stark
<i>Verminderung des Sexualtriebes</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			gar nicht	eher nicht	eher stark	sehr stark

24. Wie beurteilen Sie die Wirkung der Chemotherapie bezüglich Ihrer Lebensqualität?

<input type="checkbox"/>				
starke	eher	unverändert	eher	gute
Verschlechterung	schlechter		besser	Verbesserung

25. Wann wurde bei Ihnen eine HORMONTHERAPIE durchgeführt?

Seit laufende Behandlung
 von..... bis.....

Wenn beendet, warum?

- Unwirksamkeit
- Unverträglichkeit
- weiß nicht
- sonstiges:.....

26. Unter welchen der genannten Nebenwirkungen der Hormontherapie leiden oder litten Sie?

<i>Hitzewallungen</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		gar nicht	eher nicht	eher stark sehr stark
<i>Schwitzen</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		gar nicht	eher nicht	eher stark sehr stark
<i>Stimmungsschwankungen</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		gar nicht	eher nicht	eher stark sehr stark
<i>Verlust des Sexualtriebes</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		gar nicht	eher nicht	eher stark sehr stark
<i>Kopfschmerzen</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		gar nicht	eher nicht	eher stark sehr stark
<i>Juckreiz</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und beeinträchtigt mich <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		gar nicht	eher nicht	eher stark sehr stark

27. Wie beurteilen Sie die Wirkung der Hormontherapie bezüglich Ihrer Lebensqualität?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| starke Verschlechterung | eher schlechter | unverändert | eher besser | gute Verbesserung |

28. Wann wurde bei Ihnen eine ZYTOKINTHERAPIE durchgeführt?

Seit laufende Behandlung

von..... bis.....

Wenn beendet, warum?

Unwirksamkeit

Unverträglichkeit

weiß nicht

sonstiges:.....

29. Wie beurteilen Sie die Wirkung der Zytokintherapie bezüglich Ihrer Lebensqualität?

starke
Verschlechterung

eher
schlechter

unverändert

eher
besser

gute
Verbesserung

30. Wie beurteilen Sie insgesamt den Erfolg der bei Ihnen angewandten schulmedizinischen Therapie(n)?

großer
Mißerfolg

eher
Mißerfolg

unverändert

eher
Erfolg

großer
Erfolg

Es folgen nun einige Fragen zu alternativen bzw. ergänzenden Therapieformen. Sollten Sie keine derartigen Therapien in Anspruch nehmen, gehen Sie bitte jetzt zu Frage 41.

31. Welche alternative(n) bzw. ergänzenden Therapie(n) wenden oder wandten Sie an?

- Akupunktur
- Neuraltherapie
- Thymusextrakte
- Mistelpräparate
- Peptide (tierische Eiweiße)
- Tumorimpfung
- Frischzellen
- Homöopathie
- Bach-Blüten-Therapie
- Phytotherapie (Pflanzenextrakte/Tees)
- Ernährungsumstellung auf:.....

- Vitamintherapie
 - Vit. A
 - Beta-Carotin
 - Vit. C
 - Vit. E
 - Multivitamin
- Enzymtherapie (z.B. Bromelain, Trypsin, Chymotrypsin, Papain)
- ATC nach Dr. Klehr
- Recancostat
- Hyperthermie(Überwärmung)
- Fiebertherapie
- Psychologische Verfahren:
 - Hypnose
 - Entspannungsverfahren (z.B. nach Jacobson, Autogenes Training)
 - Visualisierung (z.B. nach Simonton)
 - Psychotherapie
 - andere:.....

- Magie (Geistheiler, Handauflegen, Pendeln u.ä.)
- Ayurveda (v.a. Weihrauchpräparate)
- Ozontherapie
- Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie
- Blutwäsche
- Eigenblutbehandlung
- Mineralstoffe/Spurenelemente (z.B. Zink, Selen, Kupfer usw.)
- Symbioselenkung (Gabe von Darmsymbionten)
- Darmsanierung
- Entgiftungstherapie
- Bioresonanz
- Abschirmung von Erd-/Wasserstrahlen
- andere:.....

.....

.....

.....

32. Wie sind Sie auf die von Ihnen angewendete(n) Therapie(n) aufmerksam geworden? Durch

- Eigeninitiative
- Familienangehörige
- Freunde/Bekannte
- Selbsthilfegruppe
- andere Patienten
- Heilpraktiker
- Ärzte
- Pflegepersonal
- Medien: Presse/Bücher
- Rundfunk
- Fernsehen

33. Haben Sie sich über diese Behandlungsmethoden beraten lassen?

- nein
- ja, durch
 - Heilpraktiker
 - Hausarzt
 - Facharzt
 - andere:.....

34. Warum wenden Sie diese Therapie(n) an? Sie finden im folgenden einige Musteraussagen, bitte überprüfen Sie, ob diese Aussagen in etwa Ihre Beweggründe wiedergeben oder nicht.

- | | | | |
|---|------------------------------------|--|--|
| a) „Damit nichts unversucht bleibt.“ | <input type="checkbox"/> stimme zu | <input type="checkbox"/> stimme nicht zu | <input type="checkbox"/> unentschieden |
| b) „Es könnte ja doch was dran sein.“ | <input type="checkbox"/> stimme zu | <input type="checkbox"/> stimme nicht zu | <input type="checkbox"/> unentschieden |
| c) „Weil ich fest davon überzeugt bin.“ | <input type="checkbox"/> stimme zu | <input type="checkbox"/> stimme nicht zu | <input type="checkbox"/> unentschieden |
| d) „Weil es auch anderen geholfen hat.“ | <input type="checkbox"/> stimme zu | <input type="checkbox"/> stimme nicht zu | <input type="checkbox"/> unentschieden |
| e) „Weil es wenig Nebenwirkungen hat.“ | <input type="checkbox"/> stimme zu | <input type="checkbox"/> stimme nicht zu | <input type="checkbox"/> unentschieden |
| f) „Soll die „Schulmedizin“ unterstützen.“ | <input type="checkbox"/> stimme zu | <input type="checkbox"/> stimme nicht zu | <input type="checkbox"/> unentschieden |
| g) „Um die Abwehrkräfte zu stärken.“ | <input type="checkbox"/> stimme zu | <input type="checkbox"/> stimme nicht zu | <input type="checkbox"/> unentschieden |
| h) „Weil mir die konventionellen Methoden Angst machen.“ | <input type="checkbox"/> stimme zu | <input type="checkbox"/> stimme nicht zu | <input type="checkbox"/> unentschieden |
| i) „Weil die Ärzte nicht genug Zeit für mich haben.“ | <input type="checkbox"/> stimme zu | <input type="checkbox"/> stimme nicht zu | <input type="checkbox"/> unentschieden |
| j) „Um die seelische und körperliche Belastung zu erleichtern.“ | <input type="checkbox"/> stimme zu | <input type="checkbox"/> stimme nicht zu | <input type="checkbox"/> unentschieden |
| k) „Um Folgen der Bestrahlung/Chemotherapie zu lindern.“ | <input type="checkbox"/> stimme zu | <input type="checkbox"/> stimme nicht zu | <input type="checkbox"/> unentschieden |

l) „Um den Behandlungserfolg zu stabilisieren.“

stimme zu stimme nicht zu unentschieden

m) „Um selbst etwas zu meiner Behandlung beizutragen.“

stimme zu stimme nicht zu unentschieden

n) „Um folgende Beschwerde(n) zu bessern:

.....

35. Wurden Beschwerden Ihrer Tumorerkrankung durch alternative Verfahren beeinflusst?

nein

ja, und zwar

wurden folgende Beschwerden besser:.....

.....

wurden folgende Beschwerden schlechter:.....

.....

blieben folgende Beschwerden unverändert:.....

.....

36. Leiden Sie unter Nebenwirkungen der alternativen Therapie(n)?

gar nicht

eher nicht

eher stark

sehr stark

Wenn ja, welchen?.....

.....

37. Hat/Haben diese Behandlung(en) Ihr körperliches Allgemeinbefinden beeinflusst?

starke
Verschlechterung

eher
schlechter

unverändert

eher
besser

gute
Verbesserung

38. Hat/Haben diese Behandlung(en) Ihr psychisches Befinden beeinflusst?

starke
Verschlechterung

eher
schlechter

unverändert

eher
besser

gute
Verbesserung

39. Wer führt die Therapie(n) durch?

Selbst

Hausarzt

Heilpraktiker

Psychotherapeut

Physiotherapeut

Heiler

andere:.....

40. Wie beurteilen Sie insgesamt den Erfolg der von Ihnen angewandten alternativen Therapie(n)?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| großer
Mißerfolg | eher
Mißerfolg | unverändert | eher
Erfolg | großer
Erfolg |

41. Wenn Sie von alternativen Behandlungsmethoden Kenntnis hatten und sich gegen eine Anwendung entschieden haben, warum?

.....

.....

42. Sind Sie der Meinung, dass Sie über Ihre Krankheit, über den Krankheitsverlauf und über die Therapien (schulmedizinisch wie alternativ) gut informiert sind?

Strahlentherapie

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| schlecht | eher schlecht | eher gut | sehr gut | informiert |

Chemotherapie (auch Hormon- und Zytokintherapie)

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| schlecht | eher schlecht | eher gut | sehr gut | informiert |

alternative Therapie

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| schlecht | eher schlecht | eher gut | sehr gut | informiert |

Wenn nein, warum?

- „Weil niemand mit mir redet.“
- „Weil ich nicht weiß, wo oder von wem ich mir Information besorgen kann.“
- „Weil ich Angst davor habe.“
- „Weil ich mit der Information sowieso nichts anfangen kann.“
- „Weil ich nichts davon verstehe.“

„Weil:.....“

43. Mit welchem Gefühl blicken Sie in die Zukunft?

- Angst
- Verzweiflung
- Hoffnungslosigkeit
- Gelassenheit
- gemischte Gefühle
- Hoffnung
- andere:.....

44. Haben Sie wegen Ihrer Tumorerkrankung zumindest zeitweise psychische Beschwerden?

Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gar nicht	eher wenig	eher stark	sehr stark
Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gar nicht	eher wenig	eher stark	sehr stark
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gar nicht	eher wenig	eher stark	sehr stark
Panikattacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gar nicht	eher wenig	eher stark	sehr stark
Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gar nicht	eher wenig	eher stark	sehr stark
Sonstige:.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		eher wenig	eher stark	sehr stark

45. Welche der folgenden Personen kümmert sich um Ihre Sorgen und wie gut fühlen Sie sich von ihm/ihr/ihnen betreut?

Seelsorger	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und fühle mich			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sehr schlecht	eher schlecht	eher gut	sehr gut	betreut.
Psychotherapeut	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und fühle mich			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sehr schlecht	eher schlecht	eher gut	sehr gut	betreut.
Ehepartner	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und fühle mich			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sehr schlecht	eher schlecht	eher gut	sehr gut	betreut.
andere Familienmitglieder	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und fühle mich			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sehr schlecht	eher schlecht	eher gut	sehr gut	betreut.
Freunde	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und fühle mich			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sehr schlecht	eher schlecht	eher gut	sehr gut	betreut.
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und fühle mich			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sehr schlecht	eher schlecht	eher gut	sehr gut	betreut.
Behandelnder Klinikarzt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und fühle mich			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sehr schlecht	eher schlecht	eher gut	sehr gut	betreut.

