

Inanspruchnahme unterstützender komplementärmedizinischer Verfahren bei Tumorpatienten in der späteren Phase

Arndt Büssing, Thomas Ostermann, Peter F. Matthiessen

Zusammenfassung

Zielsetzung: Untersucht werden sollte die Inanspruchnahme komplementär-/alternativmedizinischer Verfahren (CAM) sowie adaptiver Krankheitsverarbeitungsstile bei Patienten mit chronischen Erkrankungen und Krebs. **Material und Methoden:** In einer anonymisierten Befragung (AKU und SF-12) unter älteren Krankenversicherten (n = 5.830) konnten 505 (8,7 %) Patienten mit Krebs (65 ± 11 Jahre) und 796 (13,7 %) mit anderen chronischen Erkrankungen (69 ± 9 Jahre) identifiziert werden. **Ergebnisse:** Die meisten Patienten wurden von Ärzten, nur wenige von Heilpraktikern behandelt. Von den Krebspatienten wurde in 21 % aktive Bewegungs-/Körpertherapie, von 17 % Akupunktur und von 12 % die Homöopathie durch einen Arzt angewendet sowie in 11 % diese auch von einem Heilpraktiker. Dies Verfahren wurden überwiegend während der ersten 5 Jahre nach Erkrankungsbeginn verwendet; lediglich die Anthroposophische Medizin hatte einen zusätzlichen Schwerpunkt im Zeitraum von 5–10 Jahren. Es konnte bestätigt werden, dass die CAM-Verwendung bei Frauen signifikant häufiger ist als bei Männern. Die Patienten hatten hohe Scores für die Faktoren „Bewusste und gesunde Lebensführung“, „Perspektiven und positive Einstellung“ sowie „Suche nach ärztlicher Hilfe“ bzw. „Suche nach alternativer Hilfe“. Im Gegensatz zu den Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen hatten die Krebspatienten signifikant höhere Scores für die Faktoren „Neubewertung: Krankheit als Chance“, „Bewusste und gesunde Lebensführung“ sowie „Vertrauen in Gottes Hilfe“. **Diskussion:** Die Verwendung von CAM geht einher sowohl mit intrinsischen als auch extrinsischen (mächtige andere) Krankheitsverarbeitungsstilen. **Schlussfolgerung:** Obwohl die meisten der von den Patienten mit chronischen Erkrankungen oder Krebs angewandten Verfahren keine dezidierten Anti-Tumor-Wirkungen haben, werden sie nichts desto trotz von den Patienten verwendet – vermutlich um den Organismus in seiner Gesamtheit zu unterstützen.

Schlüsselwörter

Krebspatienten, chronische Erkrankungen, Verwendung von Komplementärmedizin, CAM, Krankheitsverarbeitung

Einführung

Bei vielen Tumorpatienten ist eine Remission des Tumorgeschehens mit modernen Therapieoptionen möglich. Bei einem großen Prozentsatz der Patienten können spätere Rezidive allerdings nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Daher ist es nicht verwunderlich, dass viele Tumor-

patienten zusätzliche Therapieoptionen außerhalb konventioneller onkologischer Angebote suchen. Aktuelle Studien belegen, dass sich etwa 2/3 dieser Patienten im Verlauf ihrer Krankheit komplementären bzw. alternativen Therapieverfahren zuwenden, diese aber nicht immer dem behandelnden Arzt mitgeteilt werden [7]. Signifikante Prädiktoren für die Verwen-

dung dieser Verfahren bei Tumorpatienten sind weibliches Geschlecht, jüngeres Alter, höheres Ausbildungslevel, Privatversicherung, höheres Einkommen, ein aktiver Krankheitsverarbeitungs-Stil, Chemotherapie und eine fortschreitende Grunderkrankung bzw. die Anzahl schwerer Symptome [5, 7, 14, 16].

Die verwendeten Angebote der komplementären und/oder alternativen Medizin (CAM) umfassen ein sich ständig veränderndes und national variables Spektrum unterschiedlicher Diagnose- und Therapieverfahren, Methoden und Konzepte.

Gemäß der Systematik des amerikanischen „National Center of Complementary and Alternative Medicine“ kann man 5 Haupt-Domänen unterscheiden:

1. **alternative Medizinsysteme** wie traditionelle östliche Medizin (Chinesische Medizin, Ayurveda, Tibetische Medizin), klassische Naturheilkunde, Homöopathie, Anthroposophische Medizin
2. **Mind-Body-Interventionen** wie Meditation, Yoga, Musik- und Kunsttherapie, Gebet und Geistesheilen,
3. **biologisch basierte Verfahren** wie Heilkräuter/Phytotherapie, Vitamine/Spurenelemente, Antioxidantien, Organpräparate, Enzyme, Diäten,
4. **manipulative und Körper-orientierte Verfahren** wie Osteopathie, Chiropraktik, therapeutische Massage, rhythmische Einreibungen,
5. **Energie-Therapien** wie Reiki, Qi-Gong, Therapeutic Touch.

Unabhängig von der Grunderkrankung sind nach Barnes [1] die in Nordamerika am häufigsten verwendeten CAM-Verfahren: Gebet um die eigene Gesundheit (43 %), Gebet für die Gesundheit eines anderen (24 %), Verwendung von Naturprodukten (19 %), Atem-Übungen (12 %), Teilnahme an Gebetsgruppen für die eigene Gesundheit (10 %), Meditation (8 %), Chiropraktik (8 %), Yoga (5 %), Massage (5 %) und Diät-basierte Therapien (4 %).

In Deutschland ergibt sich ein deutlich anderes Bild der Inanspruchnahme [8]: körperliches Training (21 %), Diät (19 %), Massage (19 %), Vitamine/Spurenelemente (19 %), Heilpflanzen/Phytotherapie (13 %), Akupunktur (10 %) und Homöopathie (7 %). Den höchsten Zuspruch für CAM fanden diese Autoren bei Patienten aus dem Bereich der Psychosomatik, gefolgt von Patienten aus den Bereichen Gastroenterologie, Onkologie und Kardiologie.

Eine Untersuchung in 7 europäischen Ländern ergab, dass Patienten mit kolorektalen Tumoren folgende CAM-Therapien benutzen [10]: Heilkräuter/Phytotherapie (49 %), Homöopathie (21 %), Vitamine/Spurenelemente (18 %), spirituelle Therapien (15 %), Gesundheitstees (15 %) und Entspannungstechniken (13 %). Bei Patientinnen mit Brustkrebs aus 11 europäischen Ländern zeigte sich, dass auch hier die Heilkräutertherapie/Phytotherapie den höchsten Zuspruch hat (46 %), gefolgt von Gesundheitstees, Entspannungstechniken, spirituellen Therapien, Homöopathie und Vitaminen/Spurenelementen [11].

Nachfolgend soll untersucht werden, welche CAM-Verfahren von älteren Patienten mit chronischen Erkrankungen in Deutschland, die schon seit einigen Jahren mit ihrer Erkrankung leben, verwandt werden. Zusätzlich wird untersucht, welche Verfahren und Stile einer adaptiven Krankheitsverarbeitung bzw. Gesunderhaltung von diesen Patienten benutzt werden.

Material und Methoden

Grundlage für die Beantwortung der oben genannten Fragen war eine postalische Befragung von Versicherten der Continentale-Krankenversicherung (self administe-

red survey) zwischen September und Dezember 2005. Hierbei wurden ein anonymisierter Fragebogen mit Items zur Soziodemographie, Inanspruchnahme und Präferenz medizinischer Leistungen, dem Gesundheitszustand (SF-12) und Stilen einer adaptiven Krankheitsverarbeitung bzw. Gesunderhaltung [4] an eine Stichprobe von 20 000 Versicherten versandt, von denen 5830 hinreichend ausgefüllt zurückgesandt wurden (29 %) und einer quantitativen Analyse zugeführt werden konnten [4]. Die Belange des Datenschutzes wurden berücksichtigt, d.h. der Versicherungsträger selber hatte keinerlei Zugriff auf die anonymisierten Fragebögen und eine Zuordnung der Daten zu den Versicherten war nicht möglich. Die demographischen Details der Patienten mit Tumor- und anderen chronischen Erkrankungen sind in Tabelle 1a dargestellt.

Als statistische Verfahren wurden deskriptive Häufigkeitsanalysen, Kreuztabellen (Pearson's Chi²) und Varianzanalysen (ANOVA) mit Hilfe des Programms „SPSS für Windows 12.0“ durchgeführt.

Ergebnisse

Von den 5830 älteren Probanden konnten 505 (8,7 %) Patienten mit einer Krebserkrankung und 796 (13,7 %) mit anderen chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Hypertonie, Asthma bronchiale, Herzerkrankungen, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, rheumatische Erkrankungen, Arthrose/Arthritis u.a.) identifiziert werden. Die Altersverteilung der beiden Patientengruppen sowie der Familienstand und die Schulbildung unterschieden sich nicht signifikant voneinander, jedoch waren die Krebspatienten signifikant älter und überwiegend berentet (Tabelle 1a).

Die meisten Patienten (60–65 %) gaben an, eine Arztpraxis während der letzten 4 Wochen besucht zu haben, wobei Krebspatienten hier einen signifikant höheren Anteil hatten (Tabelle 1a). Der überwiegende Teil von Patienten mit chronischen oder Krebserkrankungen suchte die Arztpraxis einmal pro Quartal auf (46–48 %), während der Schwerpunkt der Heilpraktikerkonsultationsfrequenz bei einem Mal pro Jahr lag. Sowohl in Bezug auf die von

den Befragten angegebenen Tage in Heilpraktikerbehandlung als auch auf die Zeiträume der Heilpraktikerinanspruchnahme fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patientengruppen.

Zwischen den beiden Patientengruppen fanden sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der angegebenen Tage in stationärer Behandlung innerhalb des letzten Jahres; jedoch waren die Patienten mit chronischen Erkrankungen länger in ärztlicher Behandlung als die Krebspatienten (Tabelle 1a).

Diejenigen Patienten, die innerhalb eines Zeitraumes von 2 Jahren CAM-Verfahren in Anspruch genommen hatten, gaben überwiegend an, diese von einem Arzt verordnet bekommen zu haben (Tabelle 2).

Von Krebspatienten wurde vornehmlich die durch einen Arzt angewendete aktive Bewegungs-/Körpertherapie (21 %), Akupunktur/TCM (17 %) und die Homöopathie (13 %) in Anspruch genommen, sowie die Homöopathie durch einen Heilpraktiker (11 %); von Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen wird auch die Osteopathie in einem relevanten Anteil genutzt (13 %). Die jeweiligen CAM-Verfahren wurden zumeist innerhalb der ersten 5 Jahre nach Diagnose der Erkrankung angewandt (Abbildung 1). Lediglich für die Anthroposophische Medizin fand sich noch ein Schwerpunkt im Bereich von 5–10 Jahren nach Erkrankungsbeginn.

Für die Verwendung der CAM-Verfahren fanden sich bei den Tumorpatienten signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede: 23 % der weiblichen und 14 % der männlichen Krebspatienten wendeten die ärztliche Akupunktur an ($p = 0,009$; Pearsons Chi²-Test); 21 % der Frauen und nur 9 % der Männer wendeten die ärztliche Homöopathie an ($p < 0,0001$) bzw. 17 % der Frauen und 9 % der Männer bei einem Heilpraktiker; 11 % der Tumorpatientinnen verwendeten Phytotherapeutika, jedoch nur 4 % der Männer ($p = 0,005$). Die Bewegungstherapie ist ebenfalls bei den Frauen führend (30 % versus 17 % bei den Männern). Anhand der am häufigsten verwendeten CAM-Verfahren in diesem Setting kann deren präferentielle Verwendung durch weibliche Tumorpatienten bestätigt werden.

Tabelle 1a: Demographische Daten der Patienten

	Chronische Erkrankungen	Krebs-erkrankungen	p-Wert
Anzahl	796	505	
Alter (Jahre)	65 ± 11	69 ± 9	0,000 **
Geschlecht			ns *
Weiblich	30,9 %	30,7 %	
Männlich	68,3 %	68,9 %	
Familienstand			ns *
Verheiratet	70,7 %	74,1 %	
mit Partner zusammenlebend	4,3 %	3,8 %	
Geschieden	5,2 %	3,8 %	
allein stehend	7,9 %	4,8 %	
Verwitwet	11,7 %	13,5 %	
Schulabschluss			ns *
Hauptschule	14,6 %	17,0 %	
Realschule	23,0 %	19,6 %	
Gymnasium	54,5 %	57,2 %	
andere Schultypen	6,7 %	5,0 %	
Erwerbstätigkeit			0,000 *
vollzeit erwerbstätig	17,3 %	9,1 %	
teilzeit erwerbstätig	7,9 %	4,0 %	
Hausfrau	4,9 %	6,3 %	
nicht erwerbstätig	17,7 %	15,4 %	
Berentet	46,6 %	56,6 %	
Erkrankung seit Monaten	135 ± 150	100 ± 124	0,000 **
Gesundheitsstatus (SF-12)			
Physisch	41,79 ± 11,13	43,64 ± 10,43	0,007 **
Psychisch	51,74 ± 9,96	52,79 ± 8,77	ns **
Inanspruchnahme Arzt			0,033 *
während der letzten 4 Wochen	60,3 %	65,1 %	
vor 1 bis zu 3 Monaten	24,5 %	21,6 %	
vor 4 bis zu 12 Monaten	9,4 %	9,5 %	
vor 1 bis zu 5 Jahren	2,5 %	0,4 %	
vor mehr als 5 Jahren	0,3 %	0,2 %	
Inanspruchnahme Heilpraktiker			ns *
während der letzten 4 Wochen	6,8 %	5,5 %	
vor 1 bis zu 3 Monaten	2,9 %	4,4 %	
vor 4 bis zu 12 Monaten	4,8 %	4,2 %	
vor 1 bis zu 5 Jahren	5,3 %	5,3 %	
vor mehr als 5 Jahren	3,5 %	4,0 %	
Frequenz Arzt-Besuch			ns *
einmal pro Woche	4,3 %	4,4 %	
einmal im Monat	22,9 %	23,8 %	
einmal im Quartal	45,7 %	48,3 %	
einmal im Jahr	22,0 %	19,2 %	
kann mich nicht erinnern	1,0 %	0,4 %	
Frequenz Heilpraktiker-Besuch			0,021 *
einmal pro Woche	1,3 %	0,2 %	
einmal im Monat	3,0 %	3,8 %	
einmal im Quartal	3,1 %	3,8 %	
einmal im Jahr	5,3 %	4,8 %	
kann mich nicht erinnern	3,8 %	1,2 %	

Untersucht man mit Hilfe der Varianzanalysen die relevanten Einflussvariablen für die Verwendung bestimmter CAM-Verfahren (Tabelle 3), so zeigt sich jedoch, dass es nicht einzelne Variablen sind, die von herausragender Bedeutung sind, sondern komplexe Gründe vorliegen. Für die ärztliche Homöopathie-Verwendung ist zum Beispiel die Kombination aus Alter, Erwerbstätigkeit und Schulbildung von signifikanter Bedeutung, für die Phytotherapie die Kombination Erwerbstätigkeit und Schulbildung, für die Osteopathie Alter und Erwerbstätigkeit, während für die Akupunktur das Produkt aus Alter und Erwerbstätigkeit nur einen statistisch auffälligen Trend zeigte. Durchgängig ist allerdings die Variable Erwerbstätigkeit in unterschiedlichen Kombinationen für die Verwendung von CAM von Relevanz.

Krebspatienten hatten im Vergleich zu den Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen signifikant höhere Scores in allen Formen eines adaptiven Krankheitsumganges (Tabelle 1b), insbesondere hinsichtlich der Faktoren „Neubewertung: Krankheit als Chance“ (F = 36,168; p < 0,0001), „Bewusste und achtsame Lebensführung“ (F = 22,498; p < 0,0001) sowie „Vertrauen in Gottes Hilfe“ (F = 13,914; p < 0,0001). Bei den Krebspatienten sind es die Frauen, die im Vergleich zu männlichen Tumorpatienten signifikant höhere Level für die Faktoren „Neubewertung: Krankheit als Chance“ (F = 21,934; p < 0,0001) und „Perspektiven und positive Einstellung“ (F = 9,654; p = 0,002) hatten.

Von den Krebspatienten sind es nur 6 % und von den Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen 7 %, die sich aufgrund einer Enttäuschung von der Schulmedizin der CAM zugewandt haben, 61 % verneinen dies. Vielmehr geben 64 % der Patienten mit Tumor- bzw. anderen chronischen Erkrankungen an, sich sowohl von schulmedizinisch ausgerichteten Ärzten als auch von komplementärmedizinisch Tätigen behandeln zu lassen.

Tabelle 1b: Demographische Daten der Patienten

	Chronische Erkrankungen	Krebs-erkrankungen	p-Wert
Tage in Behandlung pro Jahr			
Stationär	9,73 ± 23,91	12,48 ± 18,92	ns **
durch Arzt	25,54 ± 63,46	18,38 ± 38,63	0,046 **
durch Heilpraktiker	5,12 ± 13,19	3,24 ± 7,05	ns **
Adaptiver Krankheitsumgang (AKU)			
Vertrauen in Gottes Hilfe	54,03 ± 34,43	61,38 ± 34,00	0,000 **
Bewusste Lebensführung	82,06 ± 13,60	85,60 ± 12,13	0,000 **
Neubewertung: Krankheit als Chance	39,61 ± 26,25	48,85 ± 27,12	0,000 **
Positivismus & Perspektiven	72,44 ± 16,13	75,28 ± 15,82	0,002 **
Suche nach med. Hilfe	85,46 ± 14,23	87,41 ± 15,02	0,019 **
Suche nach alternativer Hilfe	69,07 ± 19,69	71,69 ± 19,87	0,021 **

* Pearsons Chi² für Kreuztabellen bzw. ** Varianzanalysen (ANOVA)

Tabelle 2: Verwendete CAM-Verfahren

	Chronische Erkrankungen	Krebs-erkrankungen
Aktive Bewegungs-/Körpertherapie Arzt	24,0 %	21,2 %
Heilpraktiker	3,6 %	4,2 %
Akupunktur/TCM Arzt	21,9 %	16,6 %
Heilpraktiker	8,0 %	5,0 %
Homöopathie Arzt	16,2 %	12,7 %
Heilpraktiker	10,6 %	11,1 %
Osteopathie/Chiropraxis Arzt	12,7 %	7,9 %
Heilpraktiker	6,3 %	4,6 %
Psychotherapie Arzt	7,7 %	7,7 %
Heilpraktiker	2,1 %	0,4 %
Ernährungstherapie/Diäten Arzt	7,8 %	7,1 %
Heilpraktiker	2,4 %	2,2 %
Heilpflanzenherapie (Phytotherapie) Arzt	4,5 %	6,5 %
Heilpraktiker	3,1 %	3,8 %
Anthroposophische Medizin Arzt	2,3 %	4,0 %
Heilpraktiker	0,3 %	0,4 %
Neuraltherapie Arzt	4,8 %	2,4 %
Heilpraktiker	1,3 %	0,8 %
Fußreflexzonenmassage Arzt	3,5 %	4,4 %
Heilpraktiker	1,6 %	3,4 %
Kneipp-Therapien Arzt	2,9 %	3,0 %
Heilpraktiker	1,0 %	0,4 %
Ayurveda Arzt	1,0 %	1,4 %
Heilpraktiker	1,0 %	0,4 %
Schröpfen, Blutegel, Aderlass Arzt	2,9 %	1,0 %
Heilpraktiker	1,8 %	1,6 %
Bachblütentherapie Arzt	2,1 %	1,0 %
Heilpraktiker	1,0 %	1,6 %
Sonstige Verfahren Arzt	3,6 %	3,2 %
Heilpraktiker	2,1 %	1,2 %

Behandlung innerhalb der letzten 2 Jahre entweder durch Arzt oder Heilpraktiker. Angaben in %.

Diskussion

Die hier vorgestellte Untersuchung untersuchte die Inanspruchnahme von CAM-Verfahren von chronisch Kranken, vornehmlich Krebspatienten. Um ein realistischeres Bild der CAM-Verwendung zu bekommen, wurde nicht in definierten onkologischen Zentren mit ihren jeweiligen Kompetenzschwerpunkten rekrutiert, sondern Krankenversicherte angeschrieben, die prinzipiell eine Verwendung von CAM-Verfahren durch ihre Versicherung erstattet bekommen würden. Hier unterscheidet sich die vorliegende Arbeit deutlich von anderen Surveys. Für die hier befragten Tumorpatienten erwiesen sich die auch allgemein weit verbreiteten Verfahren wie aktive Bewegungs-/Körpertherapie, Akupunktur, Homöopathie, Osteopathie/Chiropraxis, Ernährungstherapie/Diäten, Phytotherapie und Psychotherapie als am häufigsten verwendet. Diese Präferenzen decken sich zum Teil mit denen anderer Untersuchungen [8, 10, 11] sowie mit den Suchkategorien in der komplementärmedizinischen Datenbank CAM-base [13], in der die Begriffe Krebs, Homöopathie, Akupunktur und Diäten führend sind. Es fallen jedoch deutlich abweichende Gewichtungen auf, die zum Teil auf ein national sehr variables CAM-Spektrum zurückzuführen sein könnten.

Einige Arbeiten berichten für Tumorpatienten von einem signifikanten Zusammenhang zwischen der Verwendung von CAM und einer geringeren Zufriedenheit mit dem behandelnden Arzt [15] sowie mit der Schwere der Erkrankung [15, 16], der in dem von uns befragten Kollektiv aber so nicht auftrat. Nur ein geringer Anteil von 6–7 % der Befragten wendete sich aufgrund einer Enttäuschung von der Schulmedizin ab und den CAM-Verfahren zu. Die Mehrzahl der Survey-Teilnehmer entschied sich ganz pragmatisch für ein „sowohl-als-auch“.

Auch wenn von Vertretern der „Mainstream-Medizin“ oftmals geltend gemacht wird, dass für die Verwendung komplementärmedizinischer Verfahren bei Krebserkrankungen keine ausreichenden evidenzbasierten Wirksamkeitsnachweise vorliegen und diese daher abzulehnen sei-

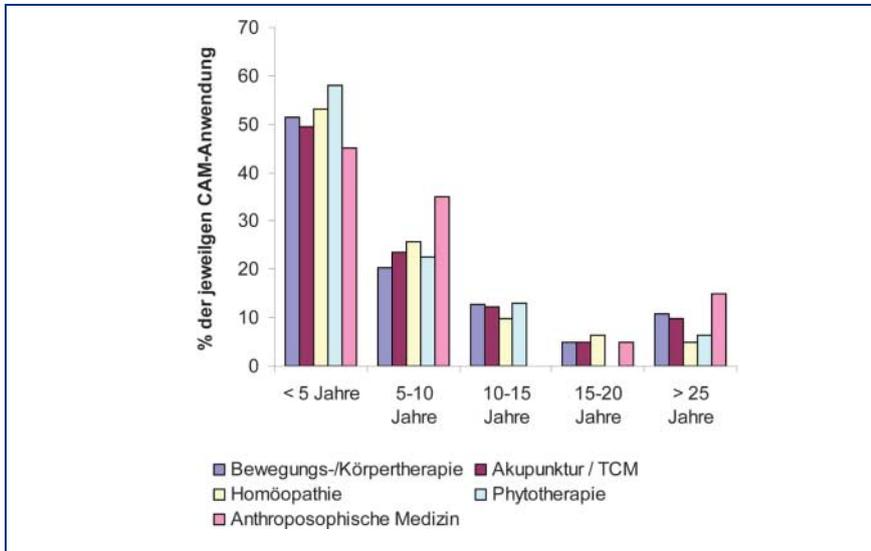


Abb. 1: Verwendung von CAM-Verfahren bei Tumorpatienten in Anhängigkeit von der Zeit nach Diagnosestellung.

Tabelle 3: Einflussvariablen für die Verwendung ausgewählter CAM-Verfahren (ärztliche Anwendung) bei Tumorpatienten

CAM-Verfahren	Variablen	F-Wert	p-Wert *
Akupunktur / TCM	Geschlecht	0,328	ns
	Alter	1,036	ns
	Erwerbstätigkeit	2,197	ns
	Schulbildung	0,144	ns
	Alter * Erwerbstätigkeit	2,144	0,014
Homöopathie	Geschlecht	0,056	ns
	Alter	1,947	ns
	Erwerbstätigkeit	0,843	ns
	Schulbildung	0,402	ns
	Geschlecht * Schulbildung	3,119	0,026
	Alter * Schulbildung	2,194	0,022
	Alter * Erwerbstätigkeit * Schulbildung	2,606	0,002
Osteopathie/ Chiropraxis	Geschlecht	0,141	ns
	Alter	1,359	ns
	Erwerbstätigkeit	2,932	ns
	Schulbildung	0,798	ns
	Alter * Erwerbstätigkeit	2,339	0,007
Phytotherapie	Geschlecht	0,428	ns
	Alter	0,729	ns
	Erwerbstätigkeit	1,192	ns
	Schulbildung	0,653	ns
	Alter * Schulbildung	2,239	0,019
	Erwerbstätigkeit * Schulbildung	2,993	0,001
Aktive Bewegungs-/ Körpertherapie	Geschlecht	3,078	ns
	Alter	1,738	ns
	Erwerbstätigkeit	1,493	ns
	Schulbildung	1,161	ns
	Erwerbstätigkeit * Schulbildung	2,234	0,016

* Levenes Test auf Varianzgleichheit war in allen Fällen signifikant, sodass das Signifikanzniveau auf 0,01 abgesenkt wurde.

en, so darf nicht übersehen werden, dass CAM-Verfahren für viele Patienten nicht nur eine wichtige Hoffungsressource darstellen und sie das Gefühl haben, ihrem Schicksal nicht nur hilflos ausgeliefert zu sein und selber etwas für sich tun können, damit zum Beispiel ein Rezidiv ausbleibt und/oder die Lebensqualität verbessert wird [6, 7], sondern dass diese Verfahren in vielen Fällen durchaus auch signifikante Wirkungen haben [2, 12], insbesondere auf die Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden, die als „Outcome-Parameter“ von wesentlicher Bedeutung für den Patienten selber sind.

Die meisten der verwendeten CAM-Verfahren haben jedoch keinen krebsspezifischen kurativen Ansatz, d.h. es findet keine gezielt gegen Tumorzellen gerichtete Behandlung statt, vielmehr soll der gesamte Organismus unterstützt werden (wodurch letztlich auch eine Abwehr von Tumorzellen erfolgen kann). Die Anthroposophische Medizin, die insbesondere im Bereich der Tumorpatientenbehandlung ein tiefer greifendes Behandlungskonzept mit kurativem Anspruch verfügt, wurde von den Patienten als eigenständige Therapierichtung jedoch nur in einem geringen Anteil angegeben. Da die Misteltherapie als eine Domäne der Anthroposophischen Medizin [9] nicht als eigenständige Therapiemodalität erfasst wurde, kann diese von den Befragten auch dem Bereich der Phytotherapie bzw. der konventionellen Allgemeinmedizin zugeordnet worden sein. Analysiert man in der Datenbank CAMbase die Suchbegriffe in der Kategorie „Krebs“, so hat die Mistel dort mit 37 % den höchsten Anteil an den spezifischen Suchanfragen [13].

In unserer Auswertung waren es insbesondere weibliche Tumorpatienten, die CAM-Verfahren signifikant häufiger angewendet hatten als Männer und auch hinsichtlich adaptiver Krankheitsstile wie „Neubewertung: Krankheit als Chance“ und „Perspektiven und positive Einstellung“ signifikant höhere Scores hatten. „Vertrauen in Gottes Hilfe“ spielt für Tumorpatienten zwar eine signifikant größere Rolle als für Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen, aber im Vergleich zu den mehr internalisierten Stilen

war dieses nur von untergeordneter Bedeutung.

Auch wenn in verschiedenen Untersuchungen Gebet und Spiritualität als komplementärmedizinische Verfahren kategorisiert wurden, so ist dies aus konzeptionellen Überlegungen nicht wirklich sinnvoll. In unseren Untersuchungen konnten wir bestätigen, dass Aspekte der Spiritualität und bestimmte Formen einer religiösen Praxis für Patienten mit chronischen Erkrankungen, insbesondere für Tumorpatienten, von wesentlicher Bedeutung sind [3, 4]. Aber Spiritualität/Religiosität ist nicht im eigentlichen Sinne als therapeutische Interventionsform anzusehen, sondern manifestiert sich als ein inhärenter Aspekt der Lebenseinstellung.

Für eine adäquate Begleitung von Tumorpatienten ist daher neben der konventionellen fachlichen Expertise auch ein Verständnis der psychosozialen Belange der Patienten von Bedeutung, sowie Kenntnisse der verschiedenen supportiven Therapiemodalitäten der CAM (sowie idealerweise eigene Erfahrungen mit bestimmten Interventionsformen), die Kenntnis von Nutzen-/Risikoprofilen häufig verwendeter Verfahren im Sinne der Anwendungsunbedenklichkeit sowie eine realistische Einschätzung, in welchen Bereichen eine entsprechende Therapie überhaupt sinnvoll sein könnte – und welche therapeutischen Ziele realistisch erreichbar sind. Missverständnisse in Bezug auf die therapeutischen Möglichkeiten der CAM-Verfahren müssen sowohl auf Seiten der Patienten

(hohe Erwartungen), als auch auf Seiten der therapeutisch Begleitenden (geringe Wertschätzung) geklärt werden. Insbesondere da viele CAM-Verfahren für sich keinerlei kurativen Ansatz in Anspruch nehmen, sondern einen supportiven. In der Tat sind die meisten der angewandten CAM-Verfahren keine Alternative zur konventionellen Therapie, sondern sollten als sinnvolle Ergänzung zur konventionellen Behandlung im Rahmen eines umfassenden therapeutischen Konzeptes angesehen werden.

Dank

Herzlichen dank der Continentale Krankenversicherung, Dortmund, für ihre Hilfe und Unterstützung!

Literatur

- [1] Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL: Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Adv Data*. 2004; 343: 1–19.
- [2] Beuth J (Hrsg.): *Grundlagen der Komplementärmedizin*. Stuttgart: Hippokrates; 2002.
- [3] Büssing A, Ostermann T, Matthiessen PF: Search for meaningful support and the meaning of illness in German cancer patients. *Anticancer Res*. 2005; 25: 1449–1456.
- [4] Büssing A, Ostermann T, Matthiessen PF: Adaptive coping and spirituality as a resource in cancer patients. *Breast Care* 2007 (in press).
- [5] Fouladbakhsh JM, Stommel M, Given BA, Given CW: Predictors of use of complementary and alternative therapies among patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2005; 32: 1115–1122.
- [6] Hann DM, Baker F, Roberts CS, Witt C, McDonald J, Livingston M, Ruiterman J, Ampela R, Crammer C, Kaw O: Use of complementary therapies among breast and prostate cancer patients during treatment: a multisite study. *Integr Cancer Ther*. 2005; 4: 294–300.
- [7] Henderson JW, Donatelle RJ: Complementary and alternative medicine use by women after completion of allopathic treatment for breast cancer. *Altern Ther Health Med*. 2004; 10: 52–57.
- [8] Huber R, Koch D, Beiser I, Zschocke I, Luedtke R: Experience and attitudes towards CAM – a survey of internal and psychosomatic patients in a German university hospital. *Altern Ther Health Med*. 2004; 10: 32–36.
- [9] Kienle GS, Kiene H: Die Mistel in der Onkologie. Fakten und konzeptionelle Grundlagen. Stuttgart: Schattauer; 2003.
- [10] Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Platin N, Hummer-

Summary

Aim: We intended to investigate the utilization of complementary/alternative medicine (CAM) and adaptive coping styles of patients with chronic diseases and cancer. **Materials and methods:** In an anonymous questionnaire (i.e. AKU and SF-12) survey among elderly German health insurants (n = 5.830) we identified 505 (8.7%) patients with cancer (65 ± 11 years of age) and 796 (13.7%) with other chronic diseases (69 ± 9 years). **Results:** Most patients were treated by a medical doctor, only a few by a healer. Among the cancer patients 21% used kinesiatrics/exercise therapy, 17% acupuncture and 12% homeopathy applied by a medical doctor, and 11% used homeopathy applied by a healer. These treatments were used predominantly within the first 5 years after the onset of disease; only Anthroposophical Medicine had an additional peak of usage within 5 to 10 years after diagnosis. We confirmed that the CAM usage was significantly more often in women than in men. The patients had high scores for the factors Conscious and Healthy Way of Living, Perspectives and Positive Attitude, and Search for Medical help respectively Search for Alternative Help. In contrast to patients with other chronic diseases, cancer patients had significantly higher scores for the factors Reappraisal: Illness as Chance, Conscious and Healthy Way of Living, and Trust in God's Help. **Discussion:** The usage of CAM goes alongside with both, intrinsic and extrinsic (powerful others) adaptive coping styles. **Conclusion:** Although most of the CAM remedies used by patients with chronic diseases or cancer do not have specific anti-cancer effects, they were nevertheless used by the patients, probably to strengthen the whole organisms.

Keywords

cancer patients, chronic diseases, complementary medicine, CAM, coping

ston S, Scott JA, Panteli V, Gudmundsdottir G, Selvekerova S, Patiraki E, Kearney N: Complementary and alternative medicine use in colorectal cancer patients in seven European countries. *Complement Ther Med.* 2005; 13: 251–257.

[11] Molassiotis A, Scott JA, Kearney N, Pud D, Magri M, Selvekerova S, Bruyns I, Fernandez-Ortega P, Panteli V, Margulies A, Gudmundsdottir G, Milovics L, Ozden G, Platin N, Patiraki E: Complementary and alternative medicine use in breast cancer patients in Europe. *Support Care Cancer.* 2006; 14 (3): 260–267.

[12] Münstedt K (Hrsg.): *Ratgeber unkonventionelle Krebstherapien.* 2. Aufl. Landsberg: Ecomed; 2005.

[13] Ostermann T, Zillmann H, Matthiesen PF: Literatur zur Komplementärmedizin bei Krebs – Recherchemöglichkeit im Internet mit der CAMbase-Datenbank. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie.* 2004; 36: 165–169.

[14] Richardson MA, Sanders T, Palmer JL, Greisinger A, Singletary SE: Complementary/alternative medicine use in a comprehensive cancer center and the implications for oncology. *J Clin Oncol.* 2000; 18: 2505–2514.

[15] Shumay DM, Maskarinec G, Gotay CC, Heiby EM, Kakai H: Determinants of the degree of complementary and alternative medicine use among patients with cancer. *J Altern Complement Med.* 2002; 8: 661–671.

[16] Sollner W, Maislinger S, DeVries A, Steixner E, Rumpold G, Lukas P: Use of

complementary and alternative medicine by cancer patients is not associated with perceived distress or poor compliance with standard treatment but with active coping behavior: a survey. *Cancer.* 2000; 89: 873–880.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Arndt Büssing
Lehrstuhl für Medizintheorie und Komplementärmedizin
Universität Witten/Herdecke
Gerhard-Kienle-Weg 4
58313 Herdecke
E-Mail: ArBuess@yahoo.de