



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
Main Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2010

**Untersuchung zur Lebensqualität (QoL) unter Misteltherapie bei
Krebspatienten mit polymodalem Therapiekonzept**

Brandenberger, M

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-46746>
Dissertation

Originally published at:

Brandenberger, M. Untersuchung zur Lebensqualität (QoL) unter Misteltherapie bei Krebspatienten mit polymodalem Therapiekonzept. 2010, University of Zurich, Faculty of Medicine.

**Universitätsspital Zürich
Institut für Naturheilkunde
Direktor: Prof. Dr. med. R. Saller
Bereich I Leiter: Prof. Dr. med. E. Battegay
Departement für Innere Medizin**

Arbeit unter der Leitung von Dr. L. Rist und Prof. Dr. med. R. Saller

**Untersuchung zur Lebensqualität (QoL) unter Misteltherapie
bei Krebspatienten mit polymodalem Therapiekonzept**

**INAUGURAL-DISSERTATION
Zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät
der Universität Zürich**

**vorgelegt von
Mathias Johannes Brandenberger
von Winterthur ZH**

**Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. med. R. Saller
Zürich 2010**

Inhaltsverzeichnis

1.0.	Zusammenfassung	5
1.1.	Einleitung	5
1.2.	Fragestellung	5
1.3.	Methoden	5
1.4.	Ergebnisse	6
1.5.	Diskussion	6
2.0.	Einleitung	7
2.1.	Die Mistel	7
2.1.1.	„Historische“ Betrachtung der Mistel	7
2.1.2.	Die Mistel „als Teil“ der Komplementärmedizin	7
2.1.2.1.	Die Bedeutung der Komplementärmedizin in der Krankheitsbewältigung	8
2.1.3.	Die Mistel im Rahmen der Anthroposophischen Medizin	9
2.1.3.1.	Das Anthroposophische Menschenbild – Gesundheit, Krankheit und Therapie allgemein	9
2.1.3.2.	Die Krebskrankheit aus anthroposophischer Sicht und ihre Behandlung	10
2.1.3.3.	Die Inhaltsstoffe der Mistel und ihre Wirkung	11
2.1.3.4.	Langzeitwirkung, Sicherheit und Nebenwirkungen	12
2.1.3.5.	Studienlage, Forschungsergebnisse	13
2.1.3.6.	Methodisch-wissenschaftliche Aspekte der Anthroposophischen Medizin	13
2.1.4.	Zusammenfassung – Ziel der Studie	14
2.2.	Lebensqualität (QoL)	16
2.2.1.	Definition von QoL	17
2.2.2.	QoL in der Medizin	20
2.3.	Gesundheit, Krankheit und Lebensqualität (QoL)	21
2.3.1.	Was ist Gesundheit – Wie lässt sich Gesundheit definieren?	21
2.3.2.	Was ist Krankheit – Definition von Krankheit?	22
2.3.3.	Salutogenese und Selbstregulation – „Moderne“ Konzepte von Gesundheit und Krankheit	22
2.3.4.	QoL, Gesundheit und Krankheit - Zusammenhänge	24
2.4.	Die Krebskrankheit und ihre (therapeutische) Bewältigung	25
2.4.1.	Rehabilitative Behandlung von Krebs und Psychoonkologie	27
2.5.	Deutung und Bewältigung von Krankheit	29
2.5.1.	„Krebs und Psyche“	29
2.5.2.	Deutung und Bewältigung von Krankheit aus psychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht	29
2.5.3.	Deutung und Bewältigung von Krankheit aus religiöser und mythischer Sicht	30
2.5.4.	Deutung und Bewältigung im Zusammenhang mit therapeutischen Methoden	31

3.0.	PatientInnen und Methodologie		32
3.1.	Anmerkungen zum PatientInnen-Kollektiv		32
3.2.	Zu den Fragebogen		33
3.2.1.	Die Fragebogen zur Erhebung der QoL		33
3.2.2.	Probleme mit den Fragebogen zur QoL		33
3.2.3.	Auswertung der Fragebogen zur Lebensqualität (QoL)		34
3.2.4.	Auswertung der Fragebogen zur Misteltherapie		35
3.3.	Zu den Interviews		35
3.3.1.	Forschungsdesign		36
3.3.2.	Datensammlung/-erhebung		37
3.3.3.	Auswertung der Interviews bzw. der erhobenen Daten		38
4.0.	Ergebnisse		40
4.1.	Fragebogen – Ergebnisse der Auswertung		40
4.1.1.	Fragebogenauswertungen des Gesamtkollektivs (N=25)		40
4.1.1.1.	Fragebogen zur Misteltherapie (1. Befragung), Angaben zur Person		40
4.1.1.2.	Fragebogen zur Lebensqualität – EORTC QLQ-C30, SELT-M, HLQ		42
4.1.1.3.	Zusammenfassung		44
4.1.2.	Auswertung der Fragebogen zur Misteltherapie (Interviewkollektiv, n=12)		46
4.1.2.1.	Demografische Angaben (Gerne hätten wir Angaben zu ihrer Person)		46
4.1.2.2.	Fragebogen zur Misteltherapie (FB-MT) – 1. Befragung		47
4.1.2.3.	Fragebogen zur Misteltherapie (FB-MT) – 2. Befragung		48
4.1.2.3.1	Zum Verlauf der Lebensqualität (QoL) in den letzten drei Monaten (SE; Selbsteinschätzung)		48
4.1.2.3.2.	Wesentliche Faktoren für die QoL in den letzten drei Monaten (SE)		48
4.1.2.3.3.	Wesentliche persönliche Anteile bezüglich der QoL in den letzten drei Monaten (Selbsteinschätzung)		49
4.1.2.3.4	Einfluss der Therapien auf die QoL in den letzten drei Monaten (SE)		50
4.1.2.3.5.	Mögliche Einflüsse der Misteltherapie i. d. letzten drei Monaten – 1. Teil (SE)		50
4.1.2.3.6.	Fragen hinsichtlich dem Entscheid zur Misteltherapie (MT) sowie zu deren Wirkungen / Nebenwirkungen in den letzten drei Monaten – 2. Teil		51
4.1.2.3.7.	Fragen zu den Fragebogen, Anmerkungen zur Behandlung / Studie durch die PatientInnen		52
4.1.2.3.8.	Zusammenfassung, Relevanz der Ergebnisse		52
4.2.	Interviews – Zusammenfassende Darstellung und Interpretation der Interviews		54
4.2.1.	Anmerkungen zu den PatientInnen des Interviewkollektivs der Studie		54
4.2.2.	Ausgewertete Interviews		55
	<i>Die transkribierten Interviews befinden sich im Anhang!</i>		
	Auswertungen 1-12:	S.56-79	
4.2.3.	Tabellarische Verdichtung der ausgewerteten Interviews		55
4.2.3.1.	Tab. 18.1: Interviews 1-6,	S.80	
4.2.3.2.	Tab. 18.2: Interviews 7-12,	S.81	

4.2.4.	Qualitative Inhaltsanalyse: Vergleichende Auswertung der Interviewdaten des gesamten Interviewkollektivs	82
4.2.4.1.	Inhaltliche Analyse zu einzelnen Fragestellungen	82
4.2.4.1.1.	Gründe der Wahl / „Weg“ zur Misteltherapie (MT)	82
4.2.4.1.2.	Zum Stellenwert der MT für die PatientInnen	82
4.2.4.1.3.	Subjektive „medizinische“ Gründe (Begründungen / Erwartungen) bezüglich der angewendeten MT	82
4.2.4.1.4.	Wirkungen / Nebenwirkungen der MT sowie andere Bewertungen	83
4.2.4.1.5.	Angaben zum Verlauf der Lebensqualität (QoL) <i>Die Ergebnisse von Kap. 4.2.4.1. sind auf S.91 in Tabelle 19 patientenübergreifend dargestellt.</i>	83
4.2.4.2.	Themenbezogene Analyse betreffend die individuellen Laienkonzepte, Modellvorstellungen und Wissenskreise (Vgl. Scharfetter) <i>Die Ergebnisse von Kap. 4.2.4.2. sind auf S. 92 in Tabelle 20 patientenübergreifend dargestellt.</i>	84
4.2.4.3.	Tabellen zu „Inhaltliche Analyse zu einzelnen Fragestellungen“ / „Themenbezogene Analyse betreffend die individuellen Laienkonzepte, subjektiven Modellvorstellungen und Wissenskreise (Vgl. Scharfetter)“ <i>Siehe Tabellen 19 (S. 91) sowie Tabelle 20 (S. 92); mit Legenden.</i>	88
4.2.4.3.1.	Tab. 19 Inhaltliche Analyse zu einzelnen Fragestellungen – Konventionelle Aspekte im Zusammenhang von MT und QoL	88
4.2.4.3.2.	Tab. 20 – Themenbezogene Analyse betreffend die individuellen Laienkonzepte, subjektiven Modellvorstellungen und Wissenskreise – im Zusammenhang mit Krankheitsdeutung und -bewältigung <i>Legenden zu den Tabellen 19 und 20</i>	88
	<i>Tab. 19</i>	<i>S.88/89</i>
	<i>Tab. 20</i>	<i>S.90</i>
		<i>S.91</i>
4.2.4.4.	Zusammenfassung der Ergebnisse der Interviews	92
5.0.	Diskussion	94
5.1.	Demografische Angaben zu den PatientInnen (Siehe Kap. 4.1.1.1. und Kap. 4.1.3.1.)	94
5.2.	Zentrale Ergebnisse	94
5.2.1.	Fragebogen zur Lebensqualität – EORTC QLQ-C30, SELT-M, HLQ (Kap. 4.1.1.2.)	94
5.2.2.	Zweiter Fragebogen zur Misteltherapie	95
5.2.3.	Ergebnisse der Interviews – Hinsichtlich der inhaltlichen Analyse zu einzelnen Fragestellungen	96
5.2.3.1.	Wie kommen die Patientinnen zur Misteltherapie?	96
5.2.3.2.	Wieso Misteltherapie? Gründe für die Wahl der Misteltherapie	96
5.2.4.	Ergebnisse der Interviews hinsichtlich der themenbezogenen Analyse zu den subjektiven Laienkonzepten, Modellvorstellungen und Wissenskreisen (Vgl. Scharfetter)	98
5.3.	Vergleich eines Teils der Ergebnisse mit der Literatur	99
5.4.	Schlussfolgerungen	100
6.0.	Literaturliste	104

7.0.	Anhang	113
	Abbildungen und Tabellen	113
	Im Text auftretende Abkürzungen	114
7.1.	Transkribierte Interviews	115
7.1.1.	Erstes Interview: F56, Brustkrebs	116
7.1.2.	Zweites Interview: F63, Brustkrebs	126
7.1.3.	Drittes Interview: F69, Brustkrebs	135
7.1.4.	Viertes Interview: M57, Dickdarmkrebs	144
7.1.5.	Fünftes Interview: F66, Duodenumkrebs	150
7.1.6.	Sechstes Interview: M65, Pankreaskrebs	158
7.1.7.	Siebtes Interview: M57, Dickdarmkrebs	177
7.1.8.	Achtes Interview: F42, Brustkrebs	186
7.1.9.	Neuntes Interview: F39, Pankreaskrebs	199
7.1.10.	Zehntes Interview: M72, Dickdarmkrebs	206
7.1.11.	Elftes Interview: M66, Dickdarmkrebs	220
7.1.12.	Zwölftes Interview: M49, Dickdarmkrebs	232
7.2.	Fragebogen zur Person und zur Misteltherapie	246
7.2.1.	Gerne hätten wir nun noch einige Angaben zu Ihrer Person	246
7.2.2.	Fragebogen zur Misteltherapie (1.Befragung)	247
7.2.3.	Fragebogen zur Misteltherapie (2. Befragung)	248
7.3.	Fragebogen zur Lebensqualität (QoL)	252
7.3.1.	EORTC QLQ-C30 (Version 3.0)	252
7.3.2.	SELT-M	254
7.3.3.	Herdecker Fragebogen zur Lebensqualität (HLQ), Version 2.5	256
7.4.	Einverständniserklärung (inkl. Patienteninformation)	259
8.0.	Verdankung	261
9.0.	Curriculum	262

1.0. Zusammenfassung

1.1. Einleitung

Auch wenn sich die prognostische Perspektive bezüglich der von Krebserkrankungen betroffenen Menschen in den letzten Jahrzehnten laufend verbessert hat, stellt Krebs nach wie vor eine veritable existenzielle Bedrohung dar. Die Behandlungsoptionen sind auch heute noch häufig limitiert und die zur Anwendung gebrachten Therapien mitunter potenziell toxisch und/oder haben Nebenwirkungen. Die Bedeutung lebensqualitativer Parameter ist insofern für PatientInnen von vordringlicher Bedeutung. Es ist bekannt, dass ein erheblicher Anteil der KrebspatientInnen zusätzlich zu den „konventionellen“ Therapien sogenannte komplementärmedizinische Therapieverfahren nachfragt – häufig Mistelextrakte. Die Forschungslage hinsichtlich der Misteltherapie fokussiert hierbei wesentlich auf die Verbesserung lebensqualitativer Parameter. Im Rahmen onkologischer Studien wird die Lebensqualität zumeist mittels Selbsteinschätzungs-Fragebogen erhoben. Das zu Grunde liegende Konstrukt der Lebensqualität wird jedoch der systemischen Komplexität dieser Begrifflichkeit nicht gerecht. „Moderne“ Medizinalkonzepte („Salutogenese“ von Antonovsky; „Selbstregulation“ von Grossarth-Maticek) postulieren jedoch einen impliziten Einfluss des PatientInnen-spezifischen Copings auf das Ausmass bzw. den Erhalt der individuellen Gesundheit und/oder das Auftreten bzw. den Verlauf von Erkrankungen. Die „subjektive Lebensqualität“ kann sodann als ein (psycho-)dynamischer Prozess verstanden werden, der eng mit einer gelingenden Krankheitsbewältigung verknüpft ist. Eine positive Wirkung von psychotherapeutischen Nachsorgeprogrammen auf die Lebensqualität ist in der Literatur beschrieben.

1.2. Fragestellung

Nebst der Verbesserung der Lebensquantität ist die Verbesserung der Lebensqualität (QoL) ein anerkannter Outcome-Parameter. Qualitative Werte jedoch stehen in einem inhärenten Zusammenhang mit individuellen Vorstellungen, Bedürfnissen und Zielen. Diese wiederum sind Teil einer geprägten biografischen Identität. Insofern geht der Autor davon aus, dass Themen wie individuelle Krankheitsdeutung, -modell/Sinngebung/Welt- und Menschenbild, etc. einen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung haben, inklusive allfälliger therapeutisch-strategischer Implikationen. Hierbei dürften auch subjektive QoL-„Mess“-Parameter wie das emotionale Wohlbefinden, die kognitive Zufriedenheit sowie erlebte Sicherheit eine vordringliche Rolle spielen – im Sinne eines indirekt stärkenden Triggers der sinnhaft-intrinsischen Motivation. Die vorliegende Studie will diese Zusammenhänge mittels zusätzlichen Interviews vertieft erschliessen.

1.3. Methoden

Der Verlauf der Lebensqualität – unter Misteltherapie/bei einer Kohorte von ambulant behandelten Krebs-PatientInnen mit polymodalem Therapiekonzept – wurde im Rahmen der vorliegenden Studie einerseits quantitativ mittels Fragebogen (EORTC QLQ-C30, SELT-M, HLQ; „Fragebogen zur Misteltherapie“) im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleichs (Abstand drei Monate) erhoben. Hierbei wurden die ambulant ins Paracelsus-Spital Richterswil (für eine Misteltherapie) eintretenden Krebs-PatientInnen für die Fragebogen-Untersuchung angefragt sowie zu begleitenden Interviews. Bei Erwartung von mindestens 10 auswertbaren Interviews ergab sich zum Einen ein „Fragebogenkollektiv“ (N=25), andererseits ein „Interviewkollektiv“ (N=12). Der generelle Untersuchungszugang erfolgte im Rahmen des interpretativen Paradigmas der qualitativen Sozialforschung mittels einer hermeneutischen Vorgehensweise. Die Interviewdaten wurden mittels semistrukturierter Interviews erhoben. Anschliessend erfolgte eine qualitative Inhaltsanalyse, wobei das Datenmaterial einer schrittweise verdichtend-abstrahierenden Aufbereitung zugeführt sowie anhand von relevanten Fragenkomplexen abschliessend ausgewertet wurde.

1.4. Ergebnisse

Der quantitative Teil der Studie zeigte im Vorher-Nachher-Vergleich bei allen drei „QoL-Fragebogen“ eine generell-tendenzielle Verbesserung der QoL – sowohl hinsichtlich der globalen Scores (EORTC QLQ-C30), als auch bezüglich der Summenscores der einzelnen Fragebogen. Die „Fragebogen zur Misteltherapie“ (FB-MT) lieferten bezüglich der Beweggründe zur Anwendung der Misteltherapie wesentliche Informationen: So konnte ermittelt werden, dass die PatientInnen die Misteltherapie zumeist in einem „unterstützenden“ Sinn (Krebstoxizität, Regeneration, etc.) anwenden (auch in Abwesenheit einer kurativen konventionellen Behandlung) und „komplementärmedizinische“ Therapiekonzepte (inkl. andere CAM-Verfahren sowie Psychotherapie) zudem hinsichtlich ihrer subjektiven Bedeutsamkeit mit erheblichen lebensqualitativen Erwartungen verbunden zu sein scheinen. Im Vergleich mit den Interviews zeigten die FB-MT eine positivere Bewertung der Mistelbehandlung. Mittels der Interviews wiederum gelang es insbesondere tiefer liegende bedeutsame Zusammenhänge zu ermitteln: Während auf der Ebene der PatientInnen ein ausgewogenes Geschlechtsverhältnis vorlag, fiel unter der Berücksichtigung der Angehörigen auf, dass bei zumindest fünf PatientInnen massgeblich weibliche Angehörige mit unterstützend an der Krebsbewältigung partizipierten, die zudem eine Präferenz ganzheitlich prozessorientierter Bewältigungsstrategien unter Miteinbezug komplementärmedizinischer Therapieverfahren aufwiesen. Die betroffenen (männlichen) Patienten wiederum erschienen vergleichsweise stärker erfolgs-/methodenorientiert – entsprechend den „üblichen“ konventionellen Behandlungsangeboten. Die Bedeutung der Misteltherapie (und partiell auch anderer komplementärmedizinischer Therapien) liegt auf Grund unserer Untersuchungen insofern unter anderem darin begründet, dass diese „komplementärmedizinischen“ Behandlungsangebote einerseits Bedürfnisse hinsichtlich individuell „abweichender“ Behandlungsbedürfnisse und -vorstellungen (auch das Setting betreffend) zu befriedigen vermögen. Andererseits erleichtern komplementärmedizinisch ergänzende Behandlungsansätze eine integrativ-konfliktfreie Krankheitsbewältigung bei divergierenden Behandlungsvorstellungen in Bewältigungskollektiven. Anlässlich der Interviews zeigte sich, dass „nur“ bei zwei PatientInnen die Krankheitsbewältigung und/oder das Welt- und Menschenbild bis ins „Methodische“ hinein relevant sind. Andererseits konnten die Interviews aufzeigen, dass subjektive Krankheitsdeutungen – im Sinne partieller psychosomatischer Einflusskomponenten – Bewältigungsstrategien triggern können. Die Bedeutung von Sinngebungen bzw. von einem individuell bewältigungsrelevanten Welt- und Menschenbild liegen allerdings eher in der lebensqualitativ relevanten Generierung von Hoffnung bzw. von einer motivational relevanten Sinnstiftung und damit erhöhten Selbstwirksamkeit; mit Impulsen auf die Persönlichkeitsentwicklung.

1.5. Diskussion

Unsere Ergebnisse zeigen deutlich auf, dass der Verlauf von Lebensqualität (Konstrukt!) zwar mittels „syndromal“ orientierter Fragebogen (EORTC QLQ-C30, SELT-M, HLQ) „gemessen“ werden kann. Allerdings wird die Lebensqualität so weder in ihrer tieferen Bedeutung noch in ihrer systemischen Relevanz verstehbar. Für ein allgemeines lebensqualitatives Screening einzelner PatientInnen erscheinen diese Fragebogen nicht geeignet. Unsere Ergebnisse zeigen weiterhin, dass in Bezug auf Menschen, die direkt oder indirekt von einer Krebskrankheit betroffen sind, hinsichtlich der Krankheitsbewältigung nicht nur ein Paradigma der objektiven Wirksamkeit (der zur Anwendung gebrachten therapeutischen Methoden) relevant ist, sondern auch ein Paradigma der subjektiven Bedeutsamkeit. Dieses bezieht sich auf individuelle Vorstellungen (Bedeutung, Sinn) von Krankheit (Gesundheit)/Heilung. Eine möglichst hohe Kohärenz der individuell-strategischen Krankheitsbewältigung mit dem subjektiven Laienkonzept bzw. den damit verbunden Vorstellungen, Bedürfnisse und Wünsche scheint dazu angetan zu sein eine notwendige und sinnhaft hinterlegte (gemeinsame) Motivation wesentlich zu stärken. Diesbezüglich kann man eine indirekte lebensqualitative Wirkung annehmen.

2.0. Einleitung

2.1. Die Mistel

2.1.1. „Historische“ Betrachtung der Mistel

Die Mistel wird von vielen Menschen nicht primär mit der Anthroposophie oder der anthroposophischen Medizin assoziiert. Dies kann einerseits mit ihrer langen Geschichte zu tun haben, die sich bis in die Bronzezeit zurückverfolgen lässt, andererseits mit ihrer Einbettung in die volkskundliche Medizin. Campbell (1968, S. 593) zitiert Frazer, der auf die Verwendung der Mistel innerhalb eines bronzezeitlichen Ritus hinweist, wobei die Mistelpflanze (auf Grund ihrer botanischen Eigenarten) „die im Priester personifizierte unsterbliche Lebenskraft“ versinnbildlicht habe. Eliade (1998, ab S. 305) spricht im Zusammenhang mit magischen/mythischen Vorstellungen von „Pflanzenepiphanien“ und „dem Archetyp der Heilkräuter“, die er als „biologische Hierophanien“ (Offenbarungen „des Sakralen“ bzw. „der göttlichen Schöpfungskräfte“) bezeichnet. Im Rahmen der Radiosendung „Rund um die Mistel – vom Mythos zur Heilpflanze“ (Westdeutscher Rundfunk; Sendung vom 14.12.1998, mit M. Härle und R. Rahe) wurde die medizingeschichtliche sowie volkmedizinische Bewandnis der Mistel mittels Erwähnungen/Empfehlungen von Hippokrates (400 v. Chr.), Hildegard von Bingen, Paracelsus, Hufeland sowie in den Kräuterbüchern des 16./17. Jahrhunderts bis und mit zu Pfarrer Kneipp erläutert – mit breitem Anwendungsrepertoire.

2.1.2. Die Mistel „als Teil“ der Komplementärmedizin¹

Aus schulmedizinischer Sicht ist die Mistel als Teil „der Komplementärmedizin“ anzusehen. Hauser, Burkhard (Schmoll et al., 1999) schlagen diesbezüglich ein Medizinkonzept vor, das auf dem Paradigma der Ortho- und Paramedizin² basiert, wobei sie „die anthroposophisch erweiterte Heilkunde“ der Paramedizin zuordnen und als „Krebstherapie, die auf einem autonomen medizinischen Konzept basiert“ bezeichnen.

Bezüglich der Verbreitung paramedizinischer Verfahren gehen die zitierten Autoren davon aus, dass „mindestens die Hälfte der Patienten im Laufe ihrer Erkrankung paramedizinische Heilmethoden anwendet“ und sie weisen hin auf eine Schweizer Umfrage von Morant aus dem Jahre 1991 (S. 1320/21), die bei 16% der Patienten eine Verwendung von Mistelpräparaten ermittelte. Eine weitere Studie hat in Bezug auf die Verwendung von komplementärer und alternativer Medizin (CAM) im Rahmen von Brustkrebserkrankungen bei Frauen ähnliche Ergebnisse erbracht (Lengacher *et al.*, 2002). Diese Zahlen entsprechen ähnlichen Erhebungen bezüglich der generellen Anwendung von „unkonventioneller“ Medizin in den USA (Eisenberg, 1993).

Die Misteltherapie wird immer wieder in der Tages-Presse thematisiert, wobei sie ebenfalls zumeist als Teil der alternativen Medizin zur Darstellung kommt: So nimmt ein Artikel der NZZ am Sonntag (Hein, 2002) zur Misteltherapie Stellung – als der häufigsten komplementärmedizinischen Massnahme (bei Krebs) – Hilft der Biosaft bei Krebs? Hierbei zitiert der Autor Cerny (Chefarzt der Abteilung Onkologie und Hämatologie am Kantonsspital St. Gallen). Cerny macht auf die „Faustregel“ aufmerksam, dass „wenn bei 20% eine 50%-ige Reduktion der Tumorgrosse erreicht wird, dann ist das Medikament ernst zu nehmen“. Diese Schwelle sei bei der Mistel und vergleichbaren Präparaten bisher nicht erreicht worden. Allerdings dürfe man die Wichtigkeit von krankheitsstabilisierenden Massnahmen nicht verkennen – gemäss Cerny würden sich bei vielen Patienten Tumoren dank der Misteltherapie für eine gewisse Zeit nicht weiter vergrössern, „und das erst noch bei minimalen Nebenwirkungen“, was ein klinisch relevanter Effekt sei. Weiterhin tue

¹ Vgl. Kuno (1998)

² Ortho = richtig, aufrecht / Para = neben, bei.

man so etwas für sich „und fühlt sich so weniger ausgeliefert. Das hilft bei der Krankheitsverarbeitung“. Weiterhin zitiert Hein (2002) verschiedene Studien, wobei einzig eine Studie von Grossarth-Maticcek positive Ergebnisse erbracht habe (Vgl. diesbezüglich Kap. 2.1.3.5. Studienlage) – So sei die Überlebenszeit durch Misteltherapie um 39% gestiegen, zudem habe sich die Lebensqualität verbessert³.

2.1.2.1. Die Bedeutung der Komplementärmedizin in der Krankheitsbewältigung

Bezüglich möglicher Gründe für die breite Anwendung paramedizinischer Verfahren bzw. der in der Laienpresse auftretenden „Diskrepanz zwischen der negativen Gewichtung schulmedizinischer Therapien und der optimistischen Wertung von paramedizinischen Krebsbehandlungen“ (S.1337) vermuten Hauser und Burkhard, dass „neben der richtigen Diagnosestellung und einer wirksamen Therapie für den Krebskranken das Suchen nach der Ursache und die Frage nach dem Sinn des Krebsleidens eine grosse Rolle spiele.“ Durch die Methoden der klinischen Medizin werde der Krebs als etwas „Böses“ im Körper abgetötet⁴, wohingegen paramedizinische Theorien der Krebserkrankung mit der Vorstellung verknüpft seien, der Patient habe falsch gelebt und könne durch die Umstellung seiner Lebensweise etwas gegen die Krankheit bzw. für die Gesundheit tun⁵. Sie vermuten in der Folge, dass „die desillusionierende Prognose der rationalen Medizin“ zu einem Ausweichen auf paramedizinische Heilmethoden führe und assoziieren diesen Vorgang mit „einem autistisch-magischen Denken, das Hoffnung zulässt“.

Schär (1994) hat sich bezüglich der Komplementärmedizin mit der Frage beschäftigt, nach welchen Kriterien (Motivation der Wahl) sich die Patienten jeweils für die Schul- bzw. Komplementärmedizin entschieden haben. Sie kommt hierbei zum Schluss, dass folgende Faktoren bezüglich der Wahl von CAM eine Rolle spielen würden: Misserfolg/Misstrauen gegenüber der Schulmedizin, das Bestreben alles für die eigene Gesundheit zu tun (Ergänzung), bessere Arzt-Patienten-Beziehung in der Komplementärmedizin, Zivilisationskritik/Symbolwert der Gesundheit. Sie kommt im Rahmen ihrer Untersuchung zum Ergebnis, dass Komplementärmedizin-BenutzerInnen „tendenziell weiblich sind, eine höhere Bildung haben, der oberen Mittelschicht angehören, zwischen 30 und 50 Jahre alt sind und Anhänger postmaterialistischer Werteprioritäten sowie ganzheitlicher Deutungsmustern von Gesundheit und Krankheit, und dass sie bei Behandlungsfragen mitentscheiden wollen“. Weiterhin erörtern die Autoren, dass „religiös-spirituelle Grundmuster einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf Motivation und das Verhalten der Menschen haben“ und weisen in diesem Zusammenhang auf eine holländische Studie von Schreuder aus dem Jahre 1999 hin, die unter anderem folgende Resultate aufgezeigt habe: Zwei Drittel der befragten Holländer pflichteten der Philosophie der autonomen Innerweltlichkeit bei (übermächtiger Deutungskomplex = die Menschen selber verleihen den Dingen Sinn; sie sollen selber die Welt heilen). Weit abgeschlagen an zweiter Stelle würden christliche und allgemein transzendente Deutungsmuster folgen; mit altersabhängiger Assoziation / Vorliebe für das christliche Deutungsmuster (je älter, je eher zugeneigt).

³ Die besagte Studie (Grossarth-Maticcek, 2001) differenziert hierbei, dass Patienten mit guter „Selbstregulation“ einen deutlicheren Überlebensvorteil hätten als Patienten mit schlechter Selbstregulation – Weiter wird davon ausgegangen, dass die Mistel die psychosomatische Selbstregulation stimuliert.

⁴ Vgl. diesbezüglich eine Information der Schweiz. Krebsliga (zu Dickdarm- und Mastdarmkrebs, 1995: „Die Krebserkrankung beginnt mit einer Umwandlung normaler in bösartige Zellen,...“.

⁵ Vgl. diesbezüglich z.B. einen Artikel in der Heilpraxis Magazin Schweiz (1998) zur „Behandlung von Krebs aus Sicht der biologischen Medizin“. Einleitung: „Das wichtigste Therapieziel bei Krebskranken ist die Verbesserung der Lebensqualität. In dem Versuch, gesund werden zu wollen, konzentrieren sich die Menschen meist auf die Krankheit. So können sie nicht gesund werden. Man muss sich auf das Leben, die Freude, das Spiel und die Liebe konzentrieren!“ Nachfolgend werden 22 verschiedenen Heilmethoden (inkl. Misteltherapie) kurz eingeführt. In diesem Zusammenhang kann auch auf Literatur wie beispielsweise das Buch von Hay (1998) „Gesundheit für Körper und Seele – Wie sie durch mentales Training ihre Gesundheit erhalten und Krankheiten heilen“ können – hingewiesen werden, das auch Krankheitsdeutungen (für Krebs siehe S.232 und 336-347) enthält und diesbezüglich Bewältigungsstrategien anbietet.

2.1.3. Die Mistel im Rahmen der Anthroposophischen Medizin

2.1.3.1 Das Anthroposophische Menschenbild – Gesundheit, Krankheit und Therapie allgemein

Die anthroposophische Medizin wurde in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts von Rudolf Steiner und Ita Wegman begründet (Matthiessen, 1995, S. 1) und versteht sich „als methodische und thematische Erweiterung des naturwissenschaftlichen Ansatzes um geisteswissenschaftliche Gesichtspunkte“ – diese beziehen sich auf (S. 2) „verschiedene Wirklichkeitsebenen und müssen nach jeweils eigenen Methoden und Gesetzmässigkeiten behandelt werden“. Gemäss Matthiessen (1995, S. 3) stütze sich die anthroposophische Medizin bei der Beurteilung von Gesundheit, Krankheit und Heilung auf die physischen Gesetzmässigkeiten und berücksichtige gleichwertig die Gesetzmässigkeiten von Leben, Seele und Geist. Aus Sicht der anthroposophischen Menschenkunde (Matthiessen/Selg 1996, S. 4) durchdringen sich im verleblichten Dasein des gesunden und kranken Menschen verschiedene kategorial unterschiedliche Wirklichkeitsdimensionen. Diesbezüglich habe Steiner von vier Funktionsniveaus gesprochen, die unaufhebbar verschränkt seien und die die organismische Existenzweise des Individuums begründen würden – der Physische Leib, der Bildekräfte- oder Ätherleib, der Empfindungs- oder Astralleib und die Ich-Organisation oder der Ich-Leib.

Der „Physische Leib“ wird als Organismus, der von physikalisch-chemischen Gesetzmässigkeiten regiert wird, verstanden. Der „Bildekräfte-, Vital- bzw. Ätherleib“ wird als Träger der „Lebensprozesse“ aufgefasst. Im belebten Organismus hätten die „Lebenskräfte“ der „Vitalorganisation“ eine „generativ-regenerative Wirkungsrichtung“, sie modifizierten die physikalischen und chemischen Gesetze und würden primär auf die „Flüssigkeitsorganisation“ des Organismus einwirken. Die Kräfte des „Empfindungs- bzw. Astralleibes“ seien für die Bewusstseinsentwicklung notwendig und würden hierbei die aufbauenden Lebensprozesse „herabblähmen“ („degenerativ-abbauende“ Wirkung). Weiterhin würden sie die „Luftorganisation“ des Organismus gestalten. Das Zusammenwirken der Wesensglieder stehe unter der Regie des Ich, das über den „Wärmeorganismus“ auf die „festen, flüssigen und luftförmigen“ Lebensprozesse seine Wirkung entfalten könne.

Den physischen Leib (Matthiessen, 1995, S. 4 und Matthiessen/Selg, 1996, S. 8) gliedert die anthroposophische Medizin zudem im Sinne einer morphologisch-funktionellen Dreiheit (Nerven-Sinnes-, Rhythmisches und Stoffwechsel-Gliedmassensystem) aus, der eine seelische Dreigliederung des Menschen in Denken, Fühlen und Wollen entspreche. „Zwischen den beiden gegensätzlichen Polen – dem Nerven-Sinnes- sowie dem Stoffwechsel-Gliedmassen-System – vermittele das rhythmische System und generiere so Gesundheit im Sinne einer labilen, stets neu zu schaffenden Gleichgewichtslage, die einem harmonischen Zusammenwirken der Wesensglieder entspricht“. In der Folge und auf der Grundlage der Vorstellung (Matthiessen, 1995, S. 5), dass sich Seele und Geist in ihren Wechselbeziehungen durch Gesundheit und Krankheit offenbaren könnten, wird das pathogenetische Prinzip von Krankheiten (Selg, 1996, S. 12) grundsätzlich als Raum-zeitliche Prozessverlagerung bzw. im Sinne gestörter Beziehungen zwischen den vier menschlichen Wesensgliedern⁶ verstanden. Bezüglich der Therapie stelle sich sodann die Frage (Matthiessen, 1995, S. 5), durch welches Heilmittel aus den drei Naturreichen oder durch welche vom Menschen ausgeübte „Tätigkeit“ eine Heilung impulsiert werden könne. Das Durchmachen einer Krankheit und die aktive Beteiligung des Kranken an der Überwindung einer Krankheit können – vor dem Hintergrund der Gesamtbiografie eines Menschen – zu einem höheren Mass an Gesundheit führen. Die menschliche Individualität habe in diesem Sinne eine „Werkzeugfunktion“.

⁶ Fintelmann (1994) erläutert diesbezüglich, dass wenn das funktionelle Gleichgewicht der „vier physiologischen Grundfähigkeiten“ (zur Sklerose, zur Entzündung, etc.) bzw. deren Durchmischung in einen pathologischen Bereich verlagert sei, Krankheiten entstünden (Siehe: Vier Haupttypen des Krankseins, S.72) und zwar in „zwei Richtungen“ – zum sichtbaren Leib hin mit oder in Richtung der dem Leib zugewandten Seele – Dabei ergäben sich entsprechend vier Haupttypen des Krankseins (Sklerose und Neurasthenie, Geschwulst und Depression, Allergie und Hysterie, Entzündung und Wahn).

die der „personalen Daseinsentfaltung der seelisch-geistigen Individualität, (...) im biografischen Werdensvollzug“ Anstösse für die Weiterentwicklung gebe.

2.1.3.2. Die Krebskrankheit aus anthroposophischer Sicht und ihre Behandlung

Ausgehend von und aufbauend auf Äusserungen von Rudolf Steiner⁷ werden von verschiedenen Autoren spezifische Ursachen der Krebserkrankung vertiefend und vor dem Hintergrund des aktuell relevanten anthroposophischen Menschenbildes dargelegt (Matthiessen/Selg, 1996, S. 14), und es werden mögliche ätiopathologische Aspekte aus anthroposophischer Sicht differenzierend erörtert (Fintelmann 1994, S. 272).

Gemäss Gorter (1998) besteht der Sinn der anthroposophischen Malignomtherapie⁸ darin, „die individuellen und gestaltbildenden Lebenskräfte des Patienten dort wieder zu aktivieren, wo sie beim Krebskranken nicht mehr genügend tätig sind, nämlich im Tumorgebiet“. Hierbei sollen die Mistelsubstanzen (Vgl. Kap. 2.1.3.3.), „die gegen den Tumor gerichteten entzündlichen Abwehrprozesse stimulieren“.

Im Sinne einer Anmerkung soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die anthroposophische Krebstherapie weitere therapeutische Verfahren beinhaltet, wie Metallpräparate und insbesondere künstlerische Therapien (z. B. Heileurythmie), die als vordringlich wichtig erachtet werden.

⁷ Sektion für Anthroposophische Medizin 1924-2004, Standortbestimmung/Arbeitsperspektiven. S.20. Sodann zweiter Vortrag, London 29.August 1924.

⁸ Die Therapieschemata unterscheiden einerseits zwischen Organlokalisierung und Sorten (Weleda, 1999), wobei verschiedene Präparate zur Verfügung stehen würden. Iscador werde üblicherweise subkutan (2-3x/Wo.) initiiert (Vgl. Fußnote 11, S.55). Die Therapie gliedert sich in zwei Phasen (Einleitungs- und Erhaltungsphase), wobei langsam aufdosiert werde (Vgl. Fußnote 15, S.9), um die individuell richtige Dosis zu finden. Hierbei werde zwischen Reaktionen und Nebenwirkungen unterschieden: Die Reaktionen würden mögliche Änderungen der Temperaturreaktion betreffen sowie Veränderung immunologischer Parameter, eine lokale Entzündungsreaktion und des subjektiven Befindens. „Eine Besserung des Allgemeinbefindens bzgl. Appetit, Schlaf, Wärmeempfinden, Leistungsfähigkeit und des psychischen Befindens (Aufhellung der Stimmungslage, Zunahme von Lebensmut und Initiativefähigkeit) sowie eine Linderung von tumorbedingten Schmerzen zeigen an, dass im optimalen Bereich therapiert wird. Am Injektionstag evtl. auftretende Abgeschlagenheit, Frösteln, allgemeinen Krankheitsgefühl, Kopfschmerzen und kurzzeitiger Schwindel sind keine Zeichen von genereller Unverträglichkeit, sondern wiesen auf eine wirksame, möglicherweise schon zu hohe Dosierung hin.“ An Nebenwirkungen werden beschrieben: Steigerung der Körpertemperatur, selten subkutane Knotenbildung (am Injektionsort), allergische bzw. allergeoide Reaktionen, gelegentlich Gefässreaktionen und bei Hirn- bzw. Rückenmarkstumoren oder intrakranialen Metastasen kann es zu Symptomen einer Hirndruckerhöhung kommen.

2.1.3.3. Die Inhaltsstoffe der Mistel und ihre Wirkung

Die Einführung der Mistel in der anthroposophischen Medizin zur krebsspezifischen Behandlung „fusst auf der geisteswissenschaftlichen Erkenntnismethodik Rudolf Steiners (Matthiessen, 1995).“ Die Inhaltsstoffe der Mistel wurden hinsichtlich ihrer pharmakotherapeutischen Relevanz erstmalig um die Jahrhundertwende des vorletzten Jahrhunderts untersucht, und in der Folge fanden Untersuchungen bezüglich möglicher pharmakologischer Wirkungen statt (Siehe Tab. 1). An Inhaltsstoffen konnten nachgewiesen werden: Aminosäuren; Peptide und Polypeptide; Proteine und Glykoproteine; Zucker, Zuckeralkohole und Polysaccharide; Sterine und Tripertere; Flavonoide; Amine; Pflanzensäuren und Phenylderivate.

Tab. 1: Inhaltsstoffe von *Viscum album* L. und ihre Wirkungen (Matthiessen *et al.*, 1995)

Strukturtypen	Stoffklassen	Wirkungen auf Tumorzellen	Wirkungen auf Immunzellen
Glykoproteine	Mistellektin I/II/III	Zytotoxizität durch Hemmung der ribosomalen Proteinsynthese	Freisetzung von TNF- α , IL1/2/6; Steigerung der NK-Zell- und Phagozytoseaktivität
Polypeptide	Viskotoxin	Lecks in den Zellmembranen	Aktivitätssteigerung zytotoxischer Zellen
Aminosäuren	Arginin	Hemmung der Tumorinduktion im Tierversuch	-
Polysaccharide	Arabinogalaktane, Galakturonane	-	Steigerung der NK-Zell- und Phagozytoseaktivität
Oligosaccharide	-	Tumorhemmung im Tierversuch	Interferon-g-Freisetzung, Steigerung der NK-Zell-Aktivität
Flavonoide	Quercetin und Derivate	Hemmung der Kollagenase IV-Aktivität, Tumorhemmung im Tierversuch	-

Die vertiefte Untersuchung bezüglich möglicher Wirkungen von einzelnen Wirkstoffen im Mistelextrakt bzw. von den Mistelextrakten als „Gesamtheit“ auf Tumorzellen ist indes sehr komplex – aus verschiedenen Gründen:

Beispielsweise unterscheiden sich die Präparate in der Wirtsbaumwahl, den verwendeten Pflanzenteilen und der pharmazeutischen Verarbeitung. Als Phytotherapeutika sind Mistelextrakte Vielstoffgemische, so dass eine oder mehrere Substanzen oder deren Zusammenwirken für die „Gesamtwirkung“ verantwortlich sein können (Viviani *et al.*, 2007). Dies bedeutet, dass nicht nur einzelne Wirkstoffe quantifiziert und hinsichtlich ihrer postulierten Wirkung untersucht werden müssen, sondern in der Folge auch hinsichtlich der „Gesamtwirkung“ der einzelnen Mistelpräparate beforscht werden muss. Es gilt anzumerken, dass es unterschiedliche Hersteller hinsichtlich gleichartiger Präparate gibt, und für den klinischen Einsatz werden sodann noch Präparate von unterschiedlichen Wirtsbäumen differenziert; mit jeweils spezifischer Indikation.

Weiterhin ist die Zytotoxizität nicht der einzige Outcome-Parameter: Auf der substanziellen Ebene zeigen die Mistellektine neben der immunmodulierenden Wirkung auch eine zytostatische Wirkung (Hajto, 1999). Hajto (2005) untersucht diesbezüglich den Einfluss von verschiedenen Dosierungen von Pflanzenlektin in ihrer zytostatischen bzw. immunmodulierenden Wirkung. Hieraus ergibt sich in der Konsequenz auch die Möglichkeit einer prophylaktischen Mistelgabe (z. B. zur Krebsvorsorge bei dispositioneller Immunlage).

Zuzak *et al.* (2006) konnte an pädiatrischen Medulloblastomzellen zeigen, dass beim eingesetzten *Viscum Album* Mistelextrakt die Apoptoseinduktion bzw. Wachstumsinhibition mit dem Lektin Gehalt korreliert. Andererseits zeigten Eggenschwiler *et al.* (2007) dass bei fermentierten Präparationen von *Viscum Album* (*Abies pectinata*) Mistellektin nicht die einzige zytotoxische Komponente ist. Auf biochemischer bzw. genetischer Ebene konnte Simoes-Wüst *et al.* (2007) zeigen, dass eine einzige Applikation von *Viscum Album*-Mistelextrakt einen langdauernden Effekt auf Blasenkarzinomzellen in einem *in vitro* System bewirken konnte. Und cDNA-Microarray-Daten können Aufschluss geben, ob eine Krebszelle resistent oder sensitiv gegenüber bestimmten Mistelpräparaten ist und welches Präparat die effektivste Wirkung hat (Eggenschwiler *et al.*, 2006). So zeigte sich, dass verschiedene Iscador-Präparate unterschiedliche Genexpressionsmuster erzeugten hinsichtlich Immunreaktion, Stressantwort, Apoptosis und Zell-Adhäsion. Sonstige Wirkungen, die im Zusammenhang mit der Misteltherapie diskutiert werden, sollen hier nur allgemein angesprochen werden – Ausschüttung von körpereigenen, schmerzhemmenden, stimmungsaufhellenden Substanzen (z. B. Endorphingruppe) sowie eine Erhöhung bzw. Normalisierung vom Tagestemperaturprofil; Krebspatienten haben hier häufig Abweichungen.

2.1.3.4. Langzeitwirkung, Sicherheit und Nebenwirkungen

Eine weitere klinisch relevante Dimension des Einsatzes von Mistel zu therapeutischen Zwecken betrifft sowohl die Sicherheit (Langzeitbehandlung), als auch die Frage möglicher Nebenwirkungen: Augustin (2005) konnte zeigen, dass bezüglich Sicherheit und im Rahmen einer komplementärmedizinischen Langzeitbehandlung mit Misteltherapie kein Tumorenancement beobachtet werden konnte, bei signifikantem Überlebensvorteil. Bock (2004) postuliert entsprechend bei einem adjuvanten Einsatz von Misteltherapie – nebst der guten Verträglichkeit und Sicherheit – eine Verminderung von Nebenwirkungen der konventionellen Therapie sowohl weniger krankheits- und/oder therapiebedingte Symptome (bei ebenfalls längerer Überlebenszeit) – vgl. auch Saller (2006), Kap. Wechselwirkungen.

Die Misteltherapie wird allgemein als gut verträglich betrachtet: So spricht Saller (2005) in seiner systematischen Übersicht von lokalen UAW (Nebenwirkungen) bei 0.9-43% sowie für systemische Reaktionen von Angaben zwischen 0.8-4%. Die Häufigkeit allergischer Reaktionen liege bei unter 1%. Kuno (1998) differenziert an möglichen UAW im Zusammenhang mit der subkutanen Applikation der Mistelpräparate:

- Lokal-Reaktion vom Soforttyp; Rötung, Schwellung, lokale Überhitzung und Dolenz.
- Lokale Reaktion vom verzögerten Typ (häufiger); Indurationen.
- System-Reaktion vom Soforttyp (vor allem bei intravenöser Applikation); Schwindel, Tachykardie, Beklemmungsgefühl und Unwohlsein. Allfällig Atembeschwerden, Schweissausbrüche sowie Übelkeit.
- Selten System-Reaktionen vom verzögerten Typ; zumeist unproblematisch.

Saller (2006) spricht in einer Übersichtsarbeit dem Mistelgesamtextrakt eine „wahrscheinliche“ Wirksamkeit auf das Tumorwachstum zu, bei entsprechendem Einfluss auf das Allgemeinbefinden/Psyche. Weiterhin würden selten schwerwiegende Nebenwirkungen auftreten. Die Kosten werden mit 51-250 Euro pro Monat angenommen. Vgl. hierzu Kienle (2006); zu Wirksamkeit, Nutzen, Wirtschaftlichkeit und Sicherheit in der Anthroposophischen Medizin.

Der Hauptfokus der aktuellen Forschung bezüglich Misteltherapie und Krebsbehandlung ist in einem adjuvant-konventionellen Kontext anzunehmen (Ergänzungstherapie). Hierbei wird der Zugewinn an Lebensqualität (inklusive Reduktion der Toxizität konventioneller Therapien) sowie der Zugewinn an Überlebenszeit in Bezug auf ein Vergleichskollektiv ermittelt (z. B. Eberhardt, 2008).

2.1.3.5. Studienlage, Forschungsergebnisse

„Mistelextrakte werden in der Therapie der Krebserkrankung seit nunmehr über 70 Jahren eingesetzt (Matthiessen, 1995)“ – Erste Behandlungsberichte seien vor über 40 Jahren veröffentlicht worden.

Bezüglich der Studienlage zitiert Matthiessen *et al.* (1995) Kiene, der 48 klinische Studien erwähnt habe, wovon 13 prospektiven Charakter hätten. Neun kontrollierte Studien mit zusammen über 3000 Patienten, seien bezüglich Kontrollgruppe und Mistelgruppe prognostisch ausreichend vergleichbar. Im Rahmen metaanalytischer Beurteilungen zeichneten sich neun von 36 berücksichtigten Studien durch „eine ausreichend gesicherte Vergleichsvalidität von Mistel- und Kontrollgruppe“ aus und würden eine statistische Signifikanz bezüglich lebensverlängernder Wirkung aufweisen. Weiterhin wird angeführt, dass die Untersucher Therapievorteile feststellten, die unabhängige Metaanalytiker nicht bestätigen könnten. Dies betreffe zumeist Verbesserungen im Einzelfall, die wegen ihres individuellen Charakters „nicht für eine Patientengruppe beschreibbar waren“ – zusammenfassend sei berichtet worden von einer Verbesserung des Befindens, der Lebensqualität, des klinischen Befundes, Verlängerung der Überlebenszeit, von verminderten Metastasen- und Rezidivraten bzw. Stillstandszeiten oder Progredienzverminderung. Es hätten sich keine Fälle schwerer Nebenwirkungen gezeigt sowie ein verminderter Bedarf an Analgetika. Von einer „grossen Anzahl“ Patienten sei zudem berichtet worden über Leistungsfähigkeits- und Appetitzunahme, verbessertes Schlafvermögen, angenehme Durchwärmung sowie einen Rückgang der Infektanfälligkeit.

Ein systematischer Review von Kienle *et al.* (2007)⁹ hat die beste Evidenz für eine Wirkung von Misteltherapie für die Verbesserung der Lebensqualität ergeben sowie für eine Reduktion der Nebenwirkungen bei zytotoxischen Therapien (Chemotherapie, Bestrahlung). Eine Verbesserung des Überlebens konnte gezeigt werden, die Ergebnisse werden allerdings kontrovers diskutiert. Weiterhin sind Tumorremissionen im Rahmen von Kohortenstudien beschrieben worden – im Zusammenhang mit der Anwendung von Mistelextrakt im Hochdosisbereich oder bei lokaler Applikation.

2.1.3.6. Methodisch-wissenschaftliche Aspekte der Anthroposophischen Medizin

Im Rahmen der obigen Darlegungen konnte gezeigt werden, dass die anthroposophische Medizin über ein von der Schulmedizin abweichendes Welt- und Menschenbild verfügt, das einerseits mit eigenständigen ätiopathologischen Vorstellungen bezüglich Krebserkrankungen und in der Folge auch von deren Therapie einhergeht. Andererseits bestehen zunehmend Bemühungen, den wissenschaftlichen Anforderungen der Orthomedizin gerecht zu werden. Dieser Vorgang der Annäherung wird allerdings von anthroposophischer Seite im Sinne einer Diskussion geführt, wobei immer wieder auch auf wissenschaftsmethodische Besonderheiten hingewiesen wird (Heusser, 1999; Kiene, 2001). Kiene beispielsweise behandelt die Frage nach möglichen komplementärmedizinischen Methoden der klinischen Forschung vor allem in erkenntnistheoretischer Hinsicht, wobei er u. a. auf die Möglichkeit des Kausalerkennens am Einzelpatienten eingeht.

Relevante Unterschiede ergeben sich zunächst aus erkenntnistheoretischen Erwägungen und betreffen in der Folge prozesshafte Dimensionen des (diagnostischen) Erkenntnisgewinnes in

⁹ Gemäss Kienle & Kiene (2007) hätten mehrere klinische Studien zeigen können, dass die Misteltherapie zur Verringerung der Nebenwirkungsrate konventioneller Therapien führen könne (Cazacu *et al.*, 2003) und zur Verbesserung der Lebensqualität in Tumorpatienten (Piao *et al.*, 2004). Nebst positiver Beeinflussung der Nebenwirkungen der basalen konventionellen Therapie habe entsprechend eine positive Beeinflussung krankheitsbedingter Symptome festgestellt werden können und es sei eine längere Überlebenszeit beobachtet worden (Augustin *et al.*, 2005; Eberhardt *et al.*, 2008; Friedel *et al.*, 2007). Bezüglich der Misteltherapie wird von einer guten Sicherheit und Verträglichkeit ausgegangen (Bock *et al.*, 2004). Weiterhin sind unter Misteltherapie eine analgetische und stimmungsaufhellende Wirkung (Wolf *et al.*, 1994) sowie Schmerzreduktion bzw. verminderter Schmerzmittelverbrauch (Cazacu *et al.*, 2003) beschrieben worden.

Bezug auf den jeweiligen Patienten. Dem Arzt stehen aus anthroposophischer Sicht nebst den anorganisch-beweisenden Methoden der Naturwissenschaften beispielsweise hinsichtlich der belebten Natur (Lebensprozesse) ein anschauend-vergleichendes Vorgehen zur Verfügung; wobei Erkenntnisse mittels des typischen Erscheinungsbildes und mit Hilfe bildhafter Gedanken (Imagination) sowie Analogieschlüssen erarbeitet werden. Der Mensch als Individualität (Eigengesetzlichkeit, Schicksal) kann sodann in Bezug auf seinen seelisch-geistigen Typus inspirativ bzw. intuitiv erfasst werden.

Auf der Ebene der Forschung wird – da die anthroposophische Medizin Materielles als verdichtete und fixierte Stadien von Substanzbildungsvorgängen betrachtet – Wert auf die „Kräftedynamik“ einer Substanz gelegt. Dies findet einen methodischen Niederschlag und zwar insofern, als dass sog. bildschaffende Methoden (kapillardynamisches Steigbild nach Kolisko, Kupferchlorid-Kristallisation nach Pfeiffer, Tropfbild-Methode nach Schwenk) eingesetzt werden.

2.1.4. Zusammenfassung – Ziel der Studie

Vor dem Hintergrund ihrer langen Geschichte, von weiterführenden Modellvorstellung z.B. wie sie in der Anthroposophischen Medizin anzutreffen sind sowie der komplexen Behandlungsbedürfnisse mit denen die Pat. sich an komplementärmedizinische BehandlerInnen wenden erscheint die zumeist als „Ergänzungstherapie“ zur Anwendung gebrachte Misteltherapie als geeignetes Studienobjekt – um die strategisch-funktionelle Bedeutung der Mistel i.Z. mit der Krebsbehandlung in einem multimodalen Behandlungskonzept und hinsichtlich ihrem Stellenwert zum Erhalt bzw. der Verbesserung der QoL zu untersuchen.

Ziel der Studie war es einerseits, den Verlaufs der Lebensqualität (QoL) unter adjuvanter (ergänzender) Misteltherapie bei einem PatientInnenkollektiv (Kohorte) unter klinischen Bedingungen (Paracelsusspital) quantitativ zu untersuchen. Weiterhin war es unser vordringliches Anliegen, nebst den quantitativen Ergebnissen, v.a. auch qualitative Ergebnisse und Erkenntnisse in Bezug auf die Lebensqualität sowie ihre zusammenhängenden Wechselwirkungen mit der individuellen Deutung und Bewältigung von an Krebs erkrankten PatientInnen zu generieren.

Hinsichtlich dieser Fragestellung erschien uns ein inhomogenes PatientInnenkollektiv mit individuell-mehrdimensionalen therapeutischen Konzepten von Vorteil. Dem Autor ging es dabei nicht in erster Linie um die Güte des krankheitsüberwindenden bzw. gesundheits-relevanten „Copings“ der PatientInnen (wie das z.B. von Antonovsky und Grossarth-Maticcek angestrebt worden ist) sondern darum – mittels Interviews – die PatientInnen bezüglich ihrer Gründe für die Wahl der von ihnen verwendeten therapeutischen Massnahmen (insbesondere der Misteltherapie) inhaltlich besser zu verstehen (Zusammenhänge zw. Krankheitsdeutung und -bewältigung)¹⁰. Wir gingen hierbei davon aus, dass die PatientInnen den Erfolg der von Ihnen gewählten Therapien „subjektiv messen“ hinsichtlich ihrer bewussten und unbewussten Vorstellungen sowie Erwartungen – wir

¹⁰ An dieser Stelle ist die Anmerkung wichtig, dass die Fragebogen nicht die Lebensqualität messen, sondern deren Konstrukt. PatientInnen wiederum erleben die Verbesserung der QoL bzw. die subjektive Kohärenz / Sinnrichtigkeit der von ihnen eingesetzten therapeutischen Massnahmen u.a. in der Abnahme von Symptomen, einer beispielsweise verbesserten Funktionsfähigkeit sowie i.S.e. erhöhten Wohlbefindens und/oder Zufriedenheit sowie erlebter Sicherheit (Angstreduktion). Hieraus kann ersichtlich werden, dass in Bezug auf die gewählten Bewältigungsstrategien auch philosophisch-ideelle sowie psychosoziale Einflussfaktoren eine Rolle spielen können, die wir vertieft eruieren möchten.

Die Bedeutung einer Erkrankung kann beispielsweise vom biografischen Kontext abhängig sein – z.B. Brustkrebs bei einer jungen Mutter, einer alten Frau oder junger Frau (Familienplanung); entsprechende Implikationen müssen allfällig mit bewältigt werden – wobei neben der aktuellen Situation auch die mit der Herkunftsfamilie verbundenen Wertvorstellungen (Vgl. Familienmedizin) eine Rolle spielen können. Bezüglich der Bewältigung der Krebserkrankung und ihrer Auswirkungen können bzgl. der einzelnen PatientInnen zudem religiöse, spirituelle oder philosophische Vorstellungen massgeblich relevant sein (Vgl. Scharfetter in Kap. 2.5.2.) sowie wechselseitige Interaktionen mit dem sozialen Umfeld.

fokussierten dabei insofern auf eine vorgestellte lebensqualitativ-individuelle als auch ideelle „Richtigkeit“.

Für diese Studie ist im Zusammenhang mit den vorgängigen Erläuterungen wichtig, dass wir davon ausgegangen sind, dass die von einer Krebserkrankung betroffenen PatientenInnen, den von ihnen verwendeten therapeutischen Massnahmen eine „funktional-strategische Bedeutung“ zuweisen, die über rein „messbare“ lebensquantitative und / oder -qualitative Parameter (Erwartungen, Vorstellungen, etc.) hinausgehen¹¹. „Funktionalstrategisch“ wird in Bezug auf die Krankheitsbewältigung verstanden als eine „insgesamt unterstützende“ Massnahme, wie beispielsweise die Befriedigung subjektiver Krankheitsvorstellungen des Patienten bzw. des involvierten Umfeldes und/oder das mit einer Behandlungsmethode verbundene spezifische Behandlungssetting, etc.. Hierbei gehen wir davon aus, dass solche „sekundären“ bewussten und unbewussten Beweggründe lebensqualitative Relevanz haben bzw. haben könnten.

¹¹ Dies gilt insbesondere auch unter Berücksichtigung der mit der von Krebs einhergehenden existentiellen Bedrohung bzw. der mit dieser Erkrankung verbundenen Unklarheiten und Unsicherheiten in Bezug auf die Ätiologie und die Prognose sowie unter Massgabe möglicher krankheits- und/oder therapiebedingter lebensqualitativer Beeinträchtigungen.

2.2. Lebensqualität (QoL)

Lebensqualität (Quality of Life, QoL) ist zu einem „Modebegriff“ geworden¹². Hierbei kann zunächst – nebst der vordringlich wichtigen Frage nach der inhaltlichen Bedeutung dieses Begriffes – interessieren, wieso der Begriff der Lebensqualität plötzlich einen solchen Bedeutungszuwachs erlangt hat: Bernhard (1992, S.9) hat diesbezüglich geäußert, dass Qualität per se an Werte gebunden sei und dass Fragen zur Lebensqualität deshalb in einem soziokulturellen Kontext betrachtet werden müssten. Kulturgeschichtlich lassen sich seit dem Ende der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts soziokulturelle Veränderungen ausmachen, die für das vorliegende Thema von erheblicher Relevanz sind. Ökologische Themen wie das Waldsterben, die Wasser- und/oder Luftverschmutzung sowie der Klimawandel und so weiter sind für breite Bevölkerungsgruppen zunehmend bedeutsam geworden. Insofern haben nebst den wachstumsorientierten, quantitativen Fragestellungen zunehmend auch lebensqualitative Fragestellungen vermehrte Bedeutung erlangt. Diese Entwicklung ist auch an der Wissenschaft nicht spurlos vorüber gegangen¹³.

In der klinischen Krebsforschung wird das „Outcome“ therapeutischer Interventionen traditionellerweise mittels „response“-Raten oder den klassischen 5-Jahres-Überlebenskurven gemessen (Goodyear *et al.*, 1996)¹⁴. Gemäss Gough (1983) habe man bei inkurablen Krebsstadien bzw. im Sinne einer palliativen Behandlung, schon früh erkannt, dass man auch den Einfluss der Therapie auf die Lebensqualität berücksichtigen müsse. Andererseits spricht Cella (1993) im Zusammenhang mit verbesserten therapeutischen Möglichkeiten von einer Zunahme der „psychosocial needs“ der PatientInnen und weiterhin davon, dass Krebs zunehmend zu einer „more chronic, manageable disease“ geworden sei. Die wachsenden technischen Möglichkeiten hätten bei limitierten Ressourcen zudem dazu geführt, dass man die Wertigkeit therapeutischer Interventionen differenziert habe beurteilen wollen und zwar sowohl in Bezug auf lebensquantitative als auch auf lebensqualitative Dimensionen sowie unter Berücksichtigung der Kosten.

Die Resultate von QoL-Untersuchungen ermöglichen weiterhin eine differenziertere Beurteilung von therapeutischen Entscheiden (Barofsky, 1996)¹⁵. Zudem sei es bei initialer Bestimmung der Lebensqualität möglich, therapeutische Notwendigkeiten zu klären (Fletcher, 1988) – „so to suggest possible areas for intervention, [...]“. Und die Messung der QoL erfolgt aus Sicht von Cella (1993, S.329) auch... „as a predictor of response to future treatment“. Die Lebensqualität wird ausserdem zunehmend auch zu einem eigenständigen Outcome- bzw. Forschungsparameter: So wurde beispielsweise der Einfluss nichtkonventioneller Zusatztherapien auf die Lebensqualität untersucht (Hürny, 1994) sowie der mögliche Einfluss eines psychosozialen Gruppeninterventionsprogrammes auf die Lebensqualität von Krebspatienten (Wegberg, 2000)¹⁶.

Zunächst wird es dem Autor der Studie darum gehen, die Begrifflichkeit Lebensqualität und ihre Bedeutung im medizinischen Kontext zu definieren bzw. zu erläutern, um in der Folge mögliche Definitionen der QoL zu hinterfragen. Weiterhin bedeutet Bullingers (Schmoll *et al.*, 1999, S.1963) Bemerkung, dass sich QoL auf gesundheitsbezogene Bereiche¹⁷ beziehen müsse und Cellas (1996)

¹² Kein Eintrag zu Lebensqualität im Wahrig (Deutsches Wörterbuch) 1987.

¹³ Für die Psychologie (Brandenberger, 2001) darf eine entsprechende Entwicklung angenommen werden: So wird aktuell vermehrt untersucht, inwiefern Befindensparameter, wie z.B. das optimale Erleben (Flow), einen Einfluss auf den schulischen Erfolg / Leistung haben; anstatt ihn an Hand von schulischen Leistungsparametern zu messen.

¹⁴ Vgl. Aaronson (1996, Introduction).

¹⁵ So kommt beispielsweise Joss (2000) zum Schluss, dass die tumorbedingten Symptome – im Rahmen der von ihm untersuchten Behandlung – durch die Chemotherapie günstig beeinflusst werden könnten, mit insofern günstiger Wirkung auf die Lebensqualität.

¹⁶ Einleitung S.178: “Die ersten dokumentierten psychosozialen Nachsorgeprogramme für Krebspatienten stammen hauptsächlich aus dem englischsprachigen Raum. Schon seit zwei Jahrzehnten werden in den USA und Grossbritannien Gruppentherapien mit Krebspatienten durchgeführt, die erwiesenermassen einen bleibenden positiven Effekt auf die Lebensqualität haben.“

¹⁷ Mehnert *et al.* (2006) spricht diesbezüglich vom Zielparame- ter der gesundheitsbezogenen QoL.

Äusserung, dass QoL in einem Zusammenhang mit der Beeinträchtigung des individuellen Normalzustandes durch eine „medical condition“¹⁸ stehe, dass QoL auch im Zusammenhang mit möglichen Definitionen von Gesundheit und Krankheit vertiefend betrachtet werden muss.

2.2.1. Definition von QoL

Bullinger (Schmoll, 1999, S.1963) schreibt in ihren „Methoden zur Lebensqualitätserhebung in der Onkologie“, dass QoL schwer messbar sei und weil sie „nicht direkt beobachtbar, sondern in psychologischer Terminologie ein Konstrukt“ sei, „das heisst ein Gegenstand individueller Erfahrung“. Gemäss Bernhard (1992, S.7) sei es (zwar) ein Faktum, dass Lebensqualität durch objektive Faktoren mit bedingt sei, allerdings bestehe heute „in der Literatur ein Konsens, dass die objektiven Indikatoren allein die globale Einschätzung von Zufriedenheit und Wohlbefinden nur am Rande zu erklären vermögen.“ (S.6) – „Die individuellen demographischen Variablen erklären einzeln wenige Prozente, zusammen kaum mehr als 15% der Varianz.“ Auf der anderen Seite hätten sich die Ergebnisse der „subjektiven“ Einschätzungen als relativ stabil erwiesen und zu einheitlicheren Resultaten geführt als die „objektiven“ (S.8). Bezüglich der subjektiven Indikatoren unterscheidet Bernhard (1992, S.7) einen kognitiven Anteil (Zufriedenheit) sowie einen affektiven Anteil (Wohlbefinden). In Hinsicht auf die Fremdeinschätzung¹⁹ erörtert er das Problem, dass die subjektive Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit einen stärkeren Einfluss habe, als deren „objektiver“ Zustand (S.9). Insofern stuft er die Selbsteinschätzungsskalen als das beste Instrument zur Erhebung der Lebensqualität ein (S.20)²⁰.

Bezüglich inhaltlicher Aspekte der Lebensqualität erörtert Schröck (ICIDH, S.256), dass „die wesentlichen Lebensqualitäten“ des Menschen Fähigkeiten beinhalten würden:

- sich in der Umwelt zu orientieren bzw. auf Informationen zu reagieren;
- eine effektive unabhängige Existenz im Hinblick auf die unmittelbaren physischen Bedürfnisse des Körpers, einschliesslich der Nahrungsaufnahme und der persönlichen Hygiene, aufrecht zu erhalten;
- sich in seiner Umwelt effektiv zu bewegen;
- die Zeit in einer Art und Weise zu verbringen, die für das Geschlecht, das Alter und das Kulturniveau des Patienten üblich ist, einschliesslich der Ausübung einer Beschäftigung (wie Bestellung des Bodens, Führung eines Haushaltes oder Erziehung von Kindern) oder der Durchführung körperlicher Aktivitäten wie Spiel oder Erholung;
- an sozialen Beziehungen zu anderen teilzunehmen und sie aufrecht zu erhalten;
- sozialökonomische Aktivitäten und Unabhängigkeit durch Arbeit oder Nutzung materiellen Besitzes, wie natürlicher Ressourcen, von Vieh oder Ernten aufrecht zu erhalten.

Diese sechs Dimensionen bezeichnet der Autor in der Folge als „Überlebensrollen“.

Für Gudas *et al.* (1998) wiederum hängt die Lebensqualität eines Patienten damit zusammen, inwiefern der Patient in der Lage sei, Antworten auf die Einschränkungen durch Krankheit und

¹⁸ Cella: “Health related QoL refers to the extent to which one’s usual or expected physical, emotional and social well-being are affected by a medical condition or its treatment.”

¹⁹ Zu Beginn seien (Goodyear *et al.*, 1996) die Patienten bezüglich ihres Status fremdbeurteilt worden (einfache Skalen). Zunehmend hätten sich durch den Input der Patienten komplexere Instrumente entwickelt. Die Autoren nehmen an, dass sich das QoL-Konzept aus Toxizitätsskalen und der Addition von Fragen zur psychosozialen Dimension entwickelt haben und verweisen hierbei auf einen Fragebogen von Karnovsky („performance and functional status“).

²⁰ Gemäss Aaronson (1996) seien in der Zeit, als sich die EORTC mit der Frage der Messung der Lebensqualität beschäftigt habe, verschiedene Studien erschienen, die einerseits eine geringe Reliabilität bezüglich der Untersucher sowie eine geringe Übereinstimmung zwischen der Selbsteinschätzung der Patienten sowie der Fremdeinschätzung durch die Untersucher ergeben hätten. Insofern habe sich die EORTC für die Entwicklung von Selbsteinschätzungsfragebogen entschieden.

Therapie zu finden²¹: Der vorgenannte Autor sieht hierbei einerseits einen Zusammenhang damit, inwiefern die PatientInnen in der Lage sind subjektiv wichtige Lebensaktivitäten weiter zu verfolgen. Andererseits könne die Resilienz (Widerstandsfähigkeit), mit der die PatientInnen den krankheitsbedingten Hemmnissen oder Behinderungen begegnen, als Funktion des motivationalen Niveaus verstanden werden. Die Motivation versteht er als eine kumulative Funktion von drei Komponenten:

1. Der subjektive Wert des betroffenen Bedürfnisses.
2. Die Wichtigkeit der gewohnten Aktivität und der benötigte Aufwand zur Erfüllung des betroffenen Bedürfnisses (und)
3. Die Schwere oder die Leichtigkeit, mit der die betroffenen Bedürfnisse befriedigt werden können.

Wenn diese Komponenten betroffen seien durch Krebs oder dessen Behandlung, dann sei die Lebensqualität ebenfalls betroffen.

Zusammenfassend erscheint es dem Verfasser bzgl. der bisherigen Erläuterungen wichtig, dass Lebensqualität inhaltlich einerseits mit der subjektiven kognitiven Zufriedenheit sowie dem emotionalen Wohlbefinden eines Menschen in einen direkten Zusammenhang gebracht wird. Andererseits wurden in Bezug auf deren individuelle Generierung persönliche Fähigkeiten angesprochen sowie die Bedeutsamkeit des jeweilig vorhandenen motivationalen Levels in Bezug zu krankheits- und/oder behandlungslimitierten Einschränkungen, Behinderungen und Bedürfnissen gebracht. Diese Feststellungen erscheinen insbesondere auch deshalb bemerkenswert, weil QoL so nicht nur als Auswirkung verstanden werden kann, sondern als integral bewältigungswirksamer Bestandteil z.B. des Coping und/oder der Resilienz aufgefasst werden muss. Die aktuell übliche Erhebung von QoL mittels Selbsteinschätzungsfragebogen berücksichtigt indes – wie nachfolgend dargelegt – solche Erörterungen „nicht“; QoL wird – entsprechend der Erhebung mittels Selbsteinschätzungsfragebogen als „syndromaler“ Querschnittsbefund erhoben. Im Rahmen des allgemein-konzeptuellen Konsensus wird QoL mehrdimensional ermittelt, wobei sich die Fragenkomplexe entlang definierter thematischer Achsen orientieren. Bezüglich der relevanten Achsen postuliert Bullinger (Schmoll, 1999), dass es im Gegensatz zur soziologischen Forschung nicht um materielle und spirituelle Dimensionen der Lebensqualität gehe und definiert QoL formal als multidimensionales Konstrukt – das körperliche, emotionale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit beinhalte.

Cella (1993, S.330) zitiert Schipper und Levitt, die von vier „dominant contributors to the quality of life composite“ sprechen:

- (1) Physische und berufliche Funktion (physical/occupational function);
- (2) Psychologischer Zustand (psychological state);
- (3) Soziale Funktion (socialbility);
- (4) Somatischer Komfort (somatic comfort).

Weiterhin zitiert Cella Aaronson, der von einer ähnlichen Taxonomie mit sechs Dimensionen der Lebensqualität spricht:

²¹ „The resilience with which a particular patient can confront the constraints of debilitation imposed by the cancer and its resultant disability is a function of his or her motivational level to pursue the areas of life that are (were) important. The motivation for any given area of life is a cumulative function of three components:

- The estimation of the worth or value of the need area
- The importance of accustomed activities required to fulfil that need, and
- The difficulty of feasibility of fulfilling such needs.

When these components are compromised by cancer and its treatment, quality of life is compromised as well.”

1. Krankheitssymptome und Nebenwirkungen der Behandlung (disease symptoms and treatment side effects);
2. Funktionaler Status (functional status);
3. Psychologischer Stress (psychological distress);
4. Soziale Interaktion (social interaction);
5. Sexualität und Körperbild (sexuality and body image); und
6. Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung (satisfaction with medical treatment).

Cella (1996) selbst definiert als relevante Achsen:

- Physischer Zustand (Physical concerns)
- Funktionsfähigkeit (functional ability)
- Familiäres Wohlbefinden (family well being)
- Emotionales Wohlbefinden (emotional well being)
- Behandlungszufriedenheit (treatment satisfaction)
- Sexualität und Intimität (sexuality/intimacy)
- Soziale Funktionsfähigkeit (social functioning)
- Globale Evaluation (global evaluation)
- Totaler „Score“ (total score)

Cella erwähnt in seiner Aufstellung die Dimension der Spiritualität ebenfalls nicht. Hingegen sprechen Gudas (1998) diesbezüglich von „spiritual needs“ und sie kritisieren dass diverse Messskalen physische und funktionale Aspekte überbetonen würden. Beispielsweise sei die Hoffnung, die eine sehr verbreitete Copingstrategie darstelle, selten in den Fragebogen zu finden. Zunächst seien „quality-of-life instruments“ für generelle Populationen entwickelt worden, die aber nicht in der Lage gewesen seien, kleine, klinisch wichtige Änderungen abzubilden (Guyatt *et al.*, 1986). Deshalb seien in der Folge zunehmend krankheitsspezifische Messinstrumente auf Basis von Modulen entwickelt worden (Sprangers *et al.*, 1993; Aaronson *et al.*, 1988).

Die von uns verwendeten Fragebogen sollen im Kap. 3.0. vertieft diskutiert werden. An gegebener Stelle soll weiterhin auf das Problem der Abgrenzung (symptomatische Überschneidung) von QoL zu psychisch (reaktiven) Krankheiten eingegangen werden (Vgl. Abb.1) sowie eine Darstellung des für diese Studie relevanten QoL-Begriffes erfolgen (Vgl. Abb.2).

An dieser Stelle erscheint es wichtig anzumerken, dass trotz des dargelegten Grundkonsenses die Definition und Art der Erhebung der Lebensqualität weiterhin kontrovers diskutiert wird²². Zudem bestehen Definitionen von Lebensqualität, wie beispielsweise die „subjektive Lebensqualität“ (Müller, 2008)²³, die andere Formen der Erhebung der Lebensqualität notwendig machen. Müller spricht in diesem Zusammenhang von der Notwendigkeit die Lebensqualität als

²² Trotz einer mehr als 25-jährigen Forschungstradition bestehe unter Wissenschaftlern zum gegenwärtigen Zeitpunkt weder hinsichtlich des Stellenwertes der Lebensqualitätsforschung, noch bezüglich grundlegender methodischer Standards der Erfassung und Analyse von Lebensqualität Übereinstimmung (Kilian, 2006). Und der für die somatischen Fächer massgebliche ideologische Hintergrund für die Einführung des Lebensqualitäts-Konzeptes bestehe in einer stärkeren Beachtung der vormals weitgehend ausgeblendeten, subjektiven Patientenperspektive (Pukrop, 2006).

²³ Gemäss Müller (2008) sei die „subjektive Lebensqualität“ eines Individuums nicht ausschliesslich als statisches „Ergebnis“ oder „Outcome“ verschiedener anderer – insbesondere psychologischer – Phänomene zu verstehen, „sondern selbst als dynamischer Prozess zu konzeptionalisieren“, welcher eng mit einer gelingenden Anpassung und Bewältigung verknüpft ist. Bei Konzepten wie der Salutogenese, der Resilienz, der Ressourcenorientierung, der Bewältigung und dem Recovery stehe die Frage im Vordergrund, „wie und unter welchen Bedingungen Menschen unter belastenden Umständen und trotz chronischer gesundheitlicher oder anderer Beeinträchtigungen ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität erhalten, wiedererlangen oder verbessern können“. Insofern fordern sie „für Forschung und Praxis eine vermehrte Ausrichtung am Individuum und seinen Wünschen, Erwartungen und Zielen“; weil sich in Bezug auf die Modelle der Wohlbefindensforschung gezeigt habe, „dass die Zusammenhänge zwischen der objektiven Lebenssituation und der subjektiven Lebensqualität wesentlich von Faktoren wie dem Selbstwert, kognitiven Bewertungsstilen, der momentanen Stimmung und Persönlichkeitsmerkmalen, insbesondere aber der für jeden Menschen einzigartigen persönlichen Wünsche, Ziele und Erwartungen“ geprägt werde.

dynamischen Prozess zu konzeptionalisieren, dies bezieht sich in der Folge auch auf eine gelungene Krankheitsbewältigung.

2.2.2. QoL in der Medizin

Für die Verwendung des QoL-Begriffes in der Medizin zitieren Goodyear et al. (1996, Historical considerations S.1003) ein „General health“-Konzept von Roberts von 1934, welches sinngemässe Lebensqualitätsvorstellungen beinhaltet. Der QoL-Begriff sei einem politischen und soziologischen Kontext entnommen und tauche in der medizinischen Literatur erstmalig in den 60er Jahren auf. Für die Onkologie geben die oben genannten Autoren entsprechend das Jahr 1975 an. Im Zusammenhang mit einer „Medline-Researche“ für die Jahre 1966-1993 (Stichwort QoL) erhielten sie eine kontinuierliche Zunahme von einem Eintrag 1969 auf 490 im Jahr 1988 bzw. kummulativ 3822. Für 1989 äussern sie 789 Einträge, wobei die Verdoppelungszeit bei drei Jahren liege. Eigene diesbezügliche Recherchen (www.pubmed.gov; 07/08) ergaben zum Stichwort „QoL“ 8976 Einträge. Für die Eingabe „QoL and Cancer“ waren es noch 3190 Einträge. Für die zusätzliche Eingabe von Fragebogen bzw. für das Stichwort „EORTC“²⁴ konnten 486 Suchergebnisse bzw. zwei Resultate für „SELT“²⁵ ermittelt werden.

Die mit der Zunahme der Studienzahlen verbundene Entwicklung zeigt zwar an, dass das Thema QoL an Relevanz zugenommen hat – Allerdings sei trotz zunehmender Akzeptanz des qualitativen Forschungsobjekts der Anteil der Studien, die die QoL (mit) untersuchen würden, aber nach wie vor untervertreten (Cella, 1996)²⁶.

In der Medizin waren es wohl zunächst Disziplinen, bei denen von ihrer Aufgabenstellung her nicht vordringlich kurative Ziele im Vordergrund stehen – wie z.B. die rehabilitative Medizin²⁷ – die sich insofern verstärkt mit lebensqualitativen Erwägungen auseinander gesetzt haben. Weiterhin scheint diesbezüglich ein Wechsel des Krankheitsparadigmas bedeutsam gewesen zu sein (Grigoleit / Wenig in ICIDH 1997, S.12) – Mit der Entwicklung wirksamer Medikamente zur Eindämmung von Infektionen im letzten Jahrhundert, sei zunehmend die Behandlung chronischer Krankheiten in den Vordergrund gerückt.

Zudem dürften gewisse Studienergebnisse ein entsprechendes vertieftes Interesse auch in der somatischen Medizin geweckt haben: So habe Croog 1986 – zitiert in Bernhard (1992, S.21) – im Rahmen seiner Untersuchung heraus gefunden, dass bezüglich drei gleich wirksamer Antihypertensiva die Therapieabbrüche mit den Nebenwirkungen (kognitive Beeinträchtigung, emotionale Befindlichkeitsänderung etc.) der verschiedenen Medikamente korrelierten.

Die Checkliste Onkologie (Senn *et al.*, 1998, S.14) vermerkt zur QoL, dass das subjektive Befinden der Patienten von „vielen auch tumorfremden“ Faktoren abhängen würde. Eine Erhebung der Lebensqualität sei „schwierig aber möglich“. Sie werde zur Kontrolle des Behandlungserfolges herangezogen (Karnofsky-Index, EORTC QLQ-30, etc.). Verschiedene Untersucher hätten zudem versucht, den objektiven Überlebensgewinn der meist vorübergehenden Beeinträchtigung der Lebensqualität gegenüber zu stellen. Und „angesichts der beschränkten Wirksamkeit der meisten medikamentösen Therapien und der zunehmenden undifferenzierten Kritik daran, kommt den begleitenden Lebensqualitätsuntersuchungen grosse Bedeutung zu“²⁸. So ist denn auch für die FDA

²⁴ Der erste Fragebogen der 1986 gegründeten EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) wurde 1987 entwickelt (Aaronson, 1993).

²⁵ Der SELT-Fragebogen (Skalen zur Erfassung der Lebensqualität bei Tumorkranken) ist für die Belange dieser Studie wichtig, weil er in der modifizierten Form (SELT-M) kognitiv-spirituelle Skalen enthält (Wegberg *et al.*, 1998).

²⁶ „A 1986 survey of surgical trials revealed that only 3% had systematically evaluated QoL. In 1995, 15 % of the active Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) trials included a QoL component.“

²⁷ ICIDH, ICF (Siehe Literaturverzeichnis), Dellbrück (Schmoll 1999, Kap. 33).

²⁸ Gemäss Glaus *et al.* (1997, S.13-15) wird – da „viele Tumorkrankheiten letztlich unheilbar sind, das heisst während Monaten und Jahren nach ihrer Erstbehandlung immer noch die Möglichkeit eines Krankheitsrückfalles (Rezidiv) und damit auch eines vorzeitigen Todes besteht“ – therapeutisch versucht, den „unbehandelten Spontanverlauf mittels

(Federal Drug Administration, USA) die QoL eines der beiden Kriterien zur Erforschung der Relevanz neuer therapeutischer Verfahren (Cella, 1996) – neben quantitativen Outcomeparametern.

2.3. Gesundheit, Krankheit und Lebensqualität (QoL)²⁹

Die heutige Art der Konzeptualisierung von QoL, die QoL im Sinne eines „passiven“ Symptomkatalogs („syndromal“) abbildet bzw. ermittelt, ist auf eine Hinterfragung der Beziehung zwischen QoL, Gesundheit sowie Krankheit nicht zwingend angewiesen. Dies hat auch damit zu tun, dass Krankheit entsprechend dem ICD10-Konzept ebenfalls syndromal definiert wird und damit als „Abweichung“ einer gesunden Norm verstanden werden kann. Diese normativen Begriffssetzungen sind aber im Rahmen der für die Medizin gültigen systemischen biopsychosozialen Modellhypothese nicht unproblematisch. Und so verwundert es nicht, dass moderne Gesundheits-Krankheitskonzepte wie zum Beispiel die Salutogenese von Antonovsky (1997) – die sich am biopsychosozialen Modell orientieren – ihren Konzepten andere Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit zu Grunde legen, als allgemein üblich. Antonovsky beispielsweise spricht von einem „Spektrum“ im Sinne eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums³⁰.

2.3.1. Was ist Gesundheit – Wie lässt sich Gesundheit definieren?

Die Sozialmedizin (Gutzwiler *et al.*, 1999, S.23) konzeptionalisiert Gesundheit im Sinne eines „dynamischen Prozesses“, d.h. eines Fließgleichgewichtes, das aktiv angestrebt werden muss und bei welchem das Individuum ständig sein Wohlbefinden optimiert. Die WHO (World Health Organisation) wiederum definiert Gesundheit als „einen Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“³¹. Bezüglich der WHO-Definition ist es wichtig hervorzuheben, dass Gesundheit im Sinne dieser Definition „mehr“ ist, als die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen. Weiterhin kann man die Vorstellung eines absoluten Wohlbefindens zwar als utopisch bezeichnen – jedoch ergibt sich zwischen dem absolutem Wohlbefinden und der Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen ein „philosophischer Raum“, der sich zur Diskussion möglicher weiterführender Vorstellungen von Gesundheit anbietet – beispielsweise zur Diskussion von Gesundheits- und Krankheitskonzepten religiös-spirituelle Prägung. Als ein Beispiel entsprechend religiös geprägter Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit möchte ich Weinrebs³² (1979) Schriften anführen: Unter Gesundheit versteht er im Zusammenhang mit dem kreativ-schöpferischen Vermögen des Menschen, die Möglichkeit, sich seelisch-geistig, das heisst für ihn „jenseitig“ auszurichten und zu zentrieren, was zu einer Nähe mit sich selbst beispielsweise zu einer Annäherung an Gott führe. Der Mensch trage so gesehen das Vermögen für seine Gesundheit in sich. Krankheit verbindet Weinreb mit geistiger Zerstreung und assoziiert sie mit dem gewöhnlichen, langweiligen und „diesseitigen“ Alltag.

2.3.2. Was ist Krankheit – Definition von Krankheit?

Das Thema Krankheit findet zunächst eine gewisse Klärung in der Frage nach den Vorstellungen, die in Bezug auf Krankheiten existieren. Die Ausstellung „krank warum“ (Schirmherrschaft WHO)

wirksamer Palliation“ bezüglich „Überlebensqualität und -zeit“ zu verbessern und hierbei die „Lebensqualität nicht durch Überbehandlung“ zu schmälern.

²⁹ Vgl. auch das Gesundheits-, Krankheitsverständnis der Anthroposophischen Medizin (Kap. 2.6.3.).

³⁰ Gemäss Franke (Lamprecht, 1997) bestehe eine der wesentlichsten Implikationen des Salutogenese-Konzeptes darin, „dass die Dichotomie von gesund und krank aufgehoben“ werde (S.41).

³¹ Gutzwiler *et al.* (1999) kritisieren diese Definition als vom Machbarkeitswahn der Nachkriegsjahre geprägt. Die von ihnen zitierte Quellenangabe datiert hierfür 1976. Keller (1996, krank warum?) datiert für dieselbe Definition die Verfassungs-Präambel der WHO von 1948!

³² Für Weinreb ist der „zerbrochene“ Mensch krank, also der Mensch der seine Vollkommenheit bzw. Ganzheit von Dies- und Jenseits verloren habe. Sein Menschenbild beinhaltet hierbei eine erscheinende sichtbare (diesseitige) und unsichtbare (jenseitige) Dimension.

– über die Ursachen von Krankheit in den Vorstellungen europäischer und aussereuropäischer Kulturen bzw. der Völker, Heiler und Mediziner (Keller, 1996) – hat die möglichen Krankheitskonzepte in zwei bzw. drei generelle Abteilungen gegliedert: Vorgeburtlich angelegte Krankheitsursachen (Gene, Schicksal, Erbsünde, Karma, Astrologie). Erworbene Krankheiten: Von Aussen (Schädigende Umwelt, Infektiöse Agenzien, Strahlung, iatrogen, handgreifliche Aggression, Götter und Geister, Traditionsverwilderung, Dämonen, Schadzauber) und aus dem inneren wirkende Krankheitsursachen (Degenerative Prozesse, falsche Lebensweise, psychische Disposition, Verlust der Seele, Träume und Omen).

Grmek (1993) erläutert bezüglich den allgemein inhaltlichen Vorstellungen von Krankheit, dass sich das Denken der Menschen aus etymologischer Sicht in vier semantische Bedeutungsfelder einteilen lasse: Schwäche, Kräftemangel, Verlust der Arbeitsfähigkeit; Unförmigkeit, Hässlichkeit; Unbehagen, Empfinden einer Störung und Leiden, Schmerz. Er kommt zudem zum Schluss, dass eine vollkommene Krankheitsdefinition nicht möglich sei, weil die Frage nicht geklärt sei, ob Krankheit etwas Seiendes oder ein prozessualer Vorgang ist (Ersteres verbindet er mit der Entdeckung nosologischer Entitäten und Letzteres würde bedeuten, dass man Krankheiten „erfinde“). Grmek erläutert weiterhin, dass im englischen Sprachgebrauch (für die aktuelle Konzeption von Krankheit) zunächst unterschieden werde zwischen „disease und illness“, wobei sich „disease“ auf die fachliche Definition von Krankheit beziehe und „illness“ das subjektive Krankheitsverständnis von betroffenen Laien zum Ausdruck bringe.

Der ICD (International Classification of Diseases) definiert Krankheiten syndromatisch, wobei dieser Definition implizit eine gesunde Norm zu Grunde liegt. Die Krankheitsätiologie/-genese wird üblicherweise als multifaktoriell angenommen. Die rehabilitative Medizin (ICIDH, 1980 bzw. ICF; International Classification von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, 2001) orientiert sich vertieft am bio-psycho-sozialen Modell und konzeptionell an einer funktionalen Gesundheit (Funktionsfähigkeit). Krankheit wird hierbei im Sinne der Schädigung als Beeinträchtigung der Aktivität und der teilhabenden Partizipation verstanden. Die psychosomatische Medizin wiederum orientiert sich bei ihren Fragestellungen (bzgl. Krankheit) ihrem Namen gemäss vornehmlich an Wechselwirkungen/ Einflüssen zwischen „Psyche und Soma“ und zunehmend auch der sozialen Dimension³³.

2.3.3. Salutogenese und Selbstregulation – „Moderne“ Konzepte von Gesundheit und Krankheit

Einen gänzlich anderen Weg beschreitet Antonovsky (1997) mit seinem Salutogenesekonzept: Antonovsky (Lamprecht *et al.*, 1997) habe sein Lebenswerk der Frage gewidmet, wie es komme, dass ein Mensch angesichts widriger Umstände gesund bleibe oder seine Gesundheit wieder erlange. „Zunächst versuchte er in der Tradition der Stress- und Copingforschung³⁴, Widerstandsressourcen gegenüber krankmachenden Einflüssen zu beschreiben“ (S.23). Anlässlich der Auseinandersetzung mit „internalen und externalen Ressourcen“ habe er begonnen, ein übergreifendes Konzept zu entwickeln, dem er den Namen Kohärenzgefühl (in der deutschen Übersetzung Kohärenzsinn; Sense of Coherence SOC) gab: „... eine allgemeine Einstellung, die das Ausmass eines umfassenden, dauerhaften, zugleich aber dynamischen Vertrauens beschreibt, dass die innere und äussere Umwelt vorhersehbar und überschaubar ist, und dass sich die Dinge so gut entwickeln, wie vernünftigerweise erwartet werden kann.“ Den SOC fasst Antonovsky aus konzeptionellen Gründen als dispositionelle Orientierung (Antonovsky, 1997, S.163) und nicht als

³³ Bräutigam (1992) äussert bezüglich der modernen Entwicklung der psychosomatischen Medizin, dass sie ohne „die durch die Psychoanalyse eingeführte differenzierte Psychologie“ nicht denkbar sei (S.3). Er weist weiterhin auf Einflüsse der „systemischen Anthropologie von Weizäckers“ (situative und lebensgeschichtliche Zusammenhänge, Sinn einer Erkrankung) und der modernen Systemtheorie hin, wobei die letztendliche Integration der sozialen Dimension zu einer bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise geführt habe.

³⁴ Anmerkung: Gemäss Hellhammer (Lamprecht *et al.*, 1999) beschäftigen sich aber nur 0.2-0.3 % der Studie im Bereich der Stressforschung mit den regenerativen bzw. protektiven Aspekten von Stress.

Persönlichkeitseigenschaft³⁵ auf und definiert ihn an Hand von drei Komponenten (Comprehensibility-Überschaubarkeit / Verstehbarkeit, Manageability-Handhabbarkeit und Meaningfulness-Sinnhaftigkeit / Bedeutsamkeit). Hierbei räumt er der Sinnhaftigkeit (im Sinne) einer motivierenden Kraft, den grössten Einfluss auf die Gesunderhaltung ein (Lamprecht *et al.*, 1997, S.24). Generalisierte Widerstandsressourcen werden (im Zusammenhang mit dem SOC) als potentielle Ressourcen definiert, die ein Mensch mit einem guten SOC mobilisieren könne, um sich bzgl. des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums Richtung Gesundheit zu bewegen³⁶.

In diesem Zusammenhang darf auch Grossarth-Maticek (1998; 1999) angeführt werden, der gemäss Eysenck (Grossarth-Maticek, 1999, Vorwort) neue Strategien zur Aufrechterhaltung der Gesundheit entwickelt habe. Ausgangspunkt ist eine ähnliche Fragestellung wie bei Antonovsky, insofern Grossarth-Maticek äussert, dass ihn bezüglich der Tatsache, dass die meisten Lungenkarzinome bei Rauchern auftreten – das Rauchen also in ursächlichem Zusammenhang mit dieser Krankheit stehe – interessiere, wieso die Mehrheit der Raucher nicht an dieser Krankheit erkrankte. Grossarth-Maticek postuliert im Rahmen der von ihm konzeptionalisierten systemischen Epidemiologie³⁷ (1999, S.10), dass bei der Krankheitsentstehung nicht einzelne Faktoren massgeblich seien, sondern der gesundheitsschädigende (und synergistische) Effekt zwischen gesundheitsschädigender Exposition, Organvorschaden, Disposition, physiologischer Funktionsstörung und psychosozialen Stress (gehemmte Selbstregulation). Unter guter Selbstregulation (1998, S.43 und 1999, Vorwort Wannemacher) versteht er hierbei: „Jede Eigenaktivität des Menschen, die zu Wohlbefinden, innerer Zufriedenheit und erlebter Sicherheit führt“ (u.a. wohltuende Ernährung, Bewegung, die Fähigkeit zu erholsamem Schlaf, erfüllende Arbeit und eine gute Partnerbeziehung). Die gehemmte Selbstregulation, die er auch als gehemmte Bedürfnisbefriedigung bezeichnet, spezifiziert er differenzierend in einer unterscheidenden Typologie (1998, S. 52 und 1999, S.47) von sechs Stressstrukturen (Typen). „Stress“ ist aus seiner Sicht als Ausdruck nicht bewältigter „Spannung“ zu verstehen. Von einer schlechten Selbstregulation sei beispielsweise auszugehen, wenn ein Mensch „Risikofaktoren zur Stressbewältigung einsetzt“, d.h. eine „kognitiv-emotionale Steuerung Richtung Krankheit“ hat. Grossarth-Maticek erachtet die blockierte Selbstregulation als mittels „Autonometraining“ (1998, S.100) verbesserbar³⁸, wobei er prozessual von einer „bezogenen Individuation“ (1998, S.38) ausgeht.

Seine Untersuchungen sind im Rahmen dieser Studie insofern bedeutsam, als dass er bei Krebspatienten, die zusätzlich zur schulmedizinischen Behandlung eine Misteltherapie anwendeten,

³⁵ Fiedler definiert Persönlichkeit als „Ausdruck, der für einen Menschen charakteristischen Verhaltensweisen und Interaktionsmuster, mit denen er gesellschaftlich-kulturelle Anforderungen und Erwartungen zu entsprechen und seine zwischenmenschlichen Beziehungen auf der Suche nach einer persönlichen Identität mit Sinn zu füllen versucht“ (1997, www.psychiatriegepraech.de > Psychische Krankheiten > Persönlichkeitsstörungen > Definition).

³⁶ Kellerberger und Kopsche (1999) sehen als gesundheitsbestimmende Faktoren an, die Fähigkeit in Freiheit und Eigenverantwortung den Anforderungen des Lebens zu begegnen und die eigene Wesensveranlagung auszubilden, zu verstärken und zu veredeln.

³⁷ Als Systemtheoretiker lehne er einerseits die Annahme monokausaler Risikofaktoren ab und formuliert andererseits, dass „wenn alle Faktoren im System eine gleiche Bedeutung hätten, und wenn sie sich in beliebiger Konstellation formieren könnten, dann wäre eine Vorhersage von Phänomenen nicht möglich“. Er gehe jedoch davon aus, dass sich innerhalb komplexer Systeme Informationen und Prozesse aus bestimmten Zentren heraus gegenseitig koordinieren und beeinflussen würden und dass Risikofaktoren mit Positivfaktoren in einer wechselseitigen Beziehung stehen und sich hieraus Hierarchien und Subhierarchien bilden würden, die je nachdem bezüglich einzelner Faktoren unteradditive, additive oder synergistische Wirkungen haben könnten. An einem Kollektiv alter Menschen untersuchte er 15 Positivfaktoren und erhielt als stärksten Einzelfaktor die gefühlsmässig spontane Gottesbeziehung – im Sinne eines Abfalles, wenn dieser fehle (1999, S.111).

³⁸ Beim Autonometraining könne es beispielsweise darum gehen, bisherige problematische Sichtweisen zu erkennen und sie zu „Dekonstruieren“ um einen neuen Sinnzusammenhang konstruieren zu können. Im Zusammenhang mit dem Autonometraining bzw. entsprechenden Studienanordnungen spricht er insofern von „prospektiven Studien mit experimenteller Intervention (Autonometraining); zur Beweisführung mitursächlicher Zusammenhänge“ (1998, unter anderem S.7).

einen signifikanten Einfluss auf die Überlebenszeit nachweisen konnte³⁹; unter der Voraussetzung einer guten Selbstregulation. Weiterhin habe er in Langzeitstudien und an grossen Kollektiven von Krebspatienten nachweisen können, dass Menschen mit einer guten Selbst-regulation bzw. einer kognitiv-emotiven Steuerung Richtung Gesundheit das Outcome ihrer Krebserkrankung beeinflussen könnten⁴⁰.

Im Rahmen neuerer Studien legt er dar, dass eine adjuvante Misteltherapie – bei guter Selbstregulation – eine tendenziell günstige Wirkung auf die Rezidivfreiheit und auf die Überlebenszeit haben könne (Grossarth-Maticsek *et al.*, 2001) und er vermutet auf Grund seiner Daten, dass die adjuvant angewendete Misteltherapie die psychosomatische Selbstregulation steigern könne. Dies wird in einer von Ziegler (Grossarth-Maticsek *et al.*, 2008) gemachten Untersuchung bestätigt und im Sinne einer verbesserten Lebensqualität interpretiert.

2.3.4. Weiterführende Erörterungen zu den Zusammenhängen von QoL, Gesundheit und Krankheit

Die bisherigen Erläuterungen haben gezeigt, dass die Begriffe Gesundheit, Krankheit und gesundheits- bzw. krankheitsbezogene QoL weder einfach zu definieren noch einfach voneinander abgrenzbar sind. Untersuchungen zu diesem Thema haben sowohl Antonovsky (1997, Kap. Gesundheit und Wohlbefinden, S.161 und S.182), als auch Grossarth-Maticsek (1999, Kap. Selbstregulation, Gesundheit und Erkrankung, S.114 und Kap. Lust, Wohlbefinden und Gesundheit, S.115) gemacht. Antonovsky habe den Zusammenhang von SOC und (psychischer) Gesundheit aus konzeptionellen Gründen in den Hintergrund gestellt und dies einerseits mit der spezifischen Bedeutung bzw. Definition des SOC begründet, andererseits mit der Studienlage bzw. dem fehlenden Konsens bzgl. einer allgemein gültigen Definition/ Operationalisierung des „Konstruktes“ Wohlbefinden.

In Bezug auf die systemische Wirklichkeitskonstruktion bzw. die systemische Natur des biopsychosozialen Modells können die Begriffe Gesundheit, Krankheit und Lebensqualität in einem gewissen Sinne als Regelgrössen verstanden werden – die aus Sicht des Individuums auch als subjektiv bedeutsame „Messpunkte“ aufgefasst werden können (Vgl. hierzu beispielsweise auch die Gesundheitsvorstellung in der Sozialmedizin im Sinne eines dynamischen Prozesses und als aktiv angestrebtes Fließgleichgewicht mit Optimierung des Wohlbefindens). Antonovsky wiederum spricht im Rahmen seines Kohärenzsinnes von potentiellen Ressourcen, die nötig seien, um sich auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum Richtung Gesundheit zu bewegen und Grossarth-Maticsek von einer kognitiv-emotionalen Steuerung Richtung Gesundheit. Vor dem Hintergrund von Themen wie der Stressbewältigung, der Ressourcengenerierung und Copingstrategien stellen die vorgenannten Autoren die Frage nach der Bedeutung bzw. dem Einfluss der individuellen Haltung auf das Auftreten und den Verlauf von Erkrankungen bzw. der Gesundheit von Menschen. Diesbezüglich spricht Antonovsky von einer „dispositionellen Orientierung“ und

³⁹ In einer Studie mit 2952 Patienten (1973/4 – 95) wurde der Erfolg einzelner Therapiemassnahmen mittels matched pairs untersucht, wobei die Patientenkollektive bzgl. Alter, Geschlecht, Tumor, Tumorausbreitung und Therapie (Operation, Radiation, Chemotherapie und Misteltherapie, zusätzlich zur Schulmedizin) vergleichbar waren: „Alle in der Studie erfassten Therapien hatten einen signifikanten Effekt auf die Überlebenszeit, wenn der Patient zusätzlich über eine gute Selbstregulation verfügte. Bei Patienten mit zusätzlicher Misteltherapie konnten die grössten Synergieeffekte nachgewiesen werden, bei gleichzeitig etwas erhöhter Überlebenszeit (1998, S.110).

⁴⁰ Bezüglich der Krebserkrankungen habe er zwischen 1973 / 75 an einem Patientenkollektiv von 3944 Patienten mittels 12 Risikofaktoren entsprechende Risikofaktorprofile erhoben (1998, S.161). Als Outcome sei 1988 die Mortalität erhoben worden: Hierbei hätten alle physischen Risikofaktoren zusammen ein tatsächliches Mortalitätsrisiko von 9,2% (additive Erwartung 46,5%) ergeben. Bei Stress und familiär-genetischem Risiko seien additiv 13,8% erwartet worden, jedoch habe er in seiner Studie einen Wert von 23,4% erhalten. Grossarth-Maticsek habe diesen Sachverhalt so gedeutet, dass er von einer ausgeprägten kognitiv-emotionalen Steuerung Richtung Gesundheit ausgehe, die einen kompensierenden Einfluss auf physische Risikofaktoren habe und dass sich umgekehrt auch bei wenigen Risikofaktoren mit schlechter Selbstregulation Synergien bilden würden.

Grossarth-Maticsek von einer mittels „Autonomietraining“ verbesserbaren Selbstregulation („bezogene Individuation“)⁴¹.

Aus den bisherigen Darstellungen und Erläuterungen und in Bezug auf die Fragestellung der Lebensqualität im Rahmen von Krebserkrankungen – bzw. allgemein von Gesundheit und Krankheit und vor dem Hintergrund der biopsychosozialen Modellvorstellung der Medizin – ergeben sich vielschichtige wechselseitige komplexe Beziehungen, betreffend die Patient-Innen und das betroffene Umfeld: Die möglichen komplexen Zusammenhänge möchte der Verfasser entsprechend dem arbeitshypothetischen Modell in Abb.1 darlegen.

Abb.1 Arbeitshypothetisches systemisches Modell zu biopsychosozialen Zusammenhängen, Krankheitsfolgen sowie zur Krankheitsdeutung und -bewältigung.

Lebensqualität, QoL
Welt- und Menschenbild Subjektive Bilder und Vorstellungen – z.B. Krankheitsdeutung, transpersonale Vorstellungen, etc. Gesellschaftlich-sozialer Kontext (z.B. Stigmatisierung)
Beziehungs- und Fähigkeitsebene Naher sozialer Kontext (Familiäre Situation als Unterstützung und/oder Belastung), Beruflicher Kontext (z.B. Handicaps) Individuelle situative Bedingungen wie Alter, Komorbidität, etc.
Krebserkrankung – Biopsychosoziales Modell Psyche und Soma – „Subjektive und objektive“ Beeinträchtigungen und Belastungen
Therapien der Ortho- und Paramedizin Psychoonkologie und Rehabilitation
Krankheitsbewältigung Coping, Resilienz, individuelle Ressourcen, SOC, Selbstregulation etc.

2.4. Die Krebskrankheit⁴² und ihre (therapeutische) Bewältigung

⁴¹ Im Rahmen dieser Studie interessiert jedoch nicht die „Güte“ der Krankheitsbewältigung bzw. Gesundheits- und Lebensqualitätsgenerierung, sondern das funktionale Wie und Warum.

⁴² Darstellung einer möglichen Krebserkrankung am Beispiel des Mamma-Ca – gemäss Checkliste Onkologie (Senn *et al.*, 1998): Das Mamma-Ca sei der häufigste maligne Tumor der weiblichen Bevölkerung in Europa und USA (6-7% aller Frauen, 25% der gesamten weiblichen Krebsmortalität) mit zum Teil regional stark schwankender Inzidenz/ Mortalität. Die 5- und 10-Überlebensquoten würden weltweit stagnieren, nur 30-40% der operablen Mamma-Ca-Patientinnen seien längerfristig (10-JÜL; 10-Jahresüberleben) heilbar – Über 70% der initial kurativ operierten Patientinnen würden früher oder später Metastasen erleiden. Die Ätiologie ist unbekannt (Ernährung, vor allem Fette? Viral? Hormonelle Faktoren?). Bekannte Risikofaktoren seien Familienstand, Alter bei der ersten Geburt „hoch“, frühe Menarche, proliferierende Mastopathie, ionisierende Strahlen und frühere Adenokarzinome. Als ausschlaggebende Risikofaktoren für die Prognose werden die Zahl der befallenen Lymphknoten, die Tumorgrosse, der Hormonrezeptorstatus sowie ein ev. histologisches „Grading“ betrachtet. Therapeutisch habe man im Zusammenhang mit radikalen bzw. supraradikalen Operationsverfahren (vor allem mit adjuvanter Chemotherapie) keine wesentliche Verbesserungen der langfristigen Überlebenszeit erreichen können (bei oft erhöhter somatischer und psychischer Morbidität), so dass diese Verfahren heutzutage zurückhaltend eingesetzt werden würden. Das Mamma-Ca habe eine günstige palliative Indikation bzgl. Chemo-/Hormontherapie und die mittlere Überlebenszeit bei Remission (Voll- und Teilremission 60-70%) betrage durchschnittlich zwei Jahre. Bezüglich der weiteren therapeutischen Behandlungsoptionen (prophylaktische Radiotherapie, Radiotherapie, adjuvanter Chemo- und Hormontherapie bzw. Chemotherapie und Hormontherapie) und Schemata – in den verschiedenen Krankheitsstadien – verweise ich auf die (zitierte) Fachliteratur.

Im Gegensatz zu anderen chronischen oder potentiell tödlichen Erkrankungen, betrifft das Auftreten von Krebs nicht ausschließlich eine bestimmte Altersgruppe, eine „Minderheit“ oder eine Population mit einem besonderen Risikoverhalten – Sondern es muss in Bezug auf die Krebserkrankungen von einer sog. „Volkskrankheit“ gesprochen werden⁴³. Im Gegensatz zu anderen Volkskrankheiten, die z.B. mit Lifestyle, hygienischen Aspekten, etc. in einen prophylaktisch zumindest teilweise vermeidbaren Zusammenhang gebracht werden können – bestehen in Bezug auf Krebs entsprechende Risikofaktoren zumeist nur in einem erheblich weniger relevanten Verhältnis⁴⁴. Problematisch erscheint weiterhin bezüglich den Krebserkrankungen der nach wie vor vorhandene gesellschaftliche Nimbus der Unheilbarkeit, dem von wissenschaftlicher Seite bzw. seitens der Forschung nur teilweise und in kleinen Schritten begegnet werden kann. So hat beispielsweise Vogelstein in der Sonntags-Zeitung vom 8. Juni 2008 geäußert, dass Krebs sehr viel komplexer sei „als wir geahnt hätten“ (jeweils mehr als 1700 beteiligte Gene bei zwei von seinem Forschungsteam untersuchten Krebsarten) und dass die Heilungsraten – trotz gewisser Fortschritte nicht viel besser als vor 30 Jahren seien, „sei ein Fakt, an dem man nicht vorbeikommt“. Andererseits titelt der Tagesanzeiger vom Mittwoch 10. Januar 2007 „Krebsprognosen werden laufend besser“ – Das frühere Todesurteil Krebs werde immer mehr zur chronischen Krankheit und der Stern (Nr. 25/1999) äussert, dass eine Statistik des Robert-Koch-Institutes beweise, dass der Anteil geheilter Krebspatienten seit den siebziger Jahren deutlich gestiegen sei⁴⁵. Aus Sicht der Patienten kann bezüglich der Krankheit Krebs und der mit ihr einhergehenden potentiellen, existentiellen Bedrohung auch deren „statistische Verlaufsmessung“ (5-Jahresüberleben) als problematisch angesprochen werden⁴⁶. Nebst den lebensqualitativen Beeinträchtigungen durch die Erkrankung (und allfällig durch die eingesetzten Therapien) resultieren je nach Erkrankung und der zur Behandlung eingesetzten therapeutischen Massnahmen bzgl. einzelner Krebserkrankungen körperliche Stigmatisierungen (Brustamputation, Stoma, etc.), die es nebst den übrigen „üblichen“ Beeinträchtigungen ebenfalls zu bewältigen gilt.

Laut Mehnert *et al.* (2006) sei ein substantieller Teil der Krebserkrankungen mit Anpassungsstörungen und psychischen Krisen verbunden, die ihrerseits als komorbide Erkrankungen bzw. Gesundheitsbeeinträchtigungen zu verstehen sind und die ebenfalls die Lebensqualität beeinträchtigen können (Vgl. Abb.2). Auf mögliche (lebensqualitativ wirksame) psychosoziale Folge- bzw. Wechselwirkungen familiärer (bzw. beruflicher Natur) soll im Zusammenhang mit der

⁴³ Becker (Schmoll *et al.*, 1999): Aus epidemiologischer Sicht sei Krebs 1996 in Deutschland die zweithäufigste Todesursache (Männer 28%, Frauen 26.3%) hinter Erkrankungen des Herzkreislaufsystems, mit auf Grund der steigenden Lebenserwartung jährlich zunehmender Anzahl Krebstodesfälle. Die altersbereinigte Krebssterblichkeit jedoch sei seit 1980 (Frauen) und 1990 (Männer) rückläufig. Neuere Zahlen, wie sie in der Alltags-Presse zur Darstellung kommen und insofern von den betroffenen Laien antizipiert werden, bringen eine nach wie vor erhebliche Problematik zur Darstellung. So finden sich sowohl im Tages-Anzeiger vom Mittwoch 10. Jan. 2007 (S.48, Rubrik Leben „Krebsprognosen werden laufend besser“) als auch in der NZZ am Sonntag vom 7. Dez. 2008 (S.78, Rubrik Mensch und Medizin „Krebs ist nicht einfach ein medizinisches Problem“) Interviews / Artikel die mit dem Chef der Schweizerischen Krebsliga geführt worden sind: Gemäss Dr. med. Cerny werde der Krebs die Herz-Kreislauf-Krankheiten bald von Platz 1 der häufigsten Todesursachen verdrängen. Und weiter... jeder zweite Mann und jede dritte Frau müssten sich während ihres Lebens mit Krebs auseinandersetzen. Etwa die Hälfte aller lebensbedrohlichen Krebsarten – also potentiell metastasierende Tumorarten – könnten heute rückfallsfrei geheilt werden. Und... konventionelle Therapieformen würden oft eingesetzt um eine bestmögliche Lebensqualität generieren zu können.

⁴⁴ Diese Aussage gilt nur in ihrer allgemeinen Tendenz – Ausnahmen sind z.B. Nikotin, Asbest, usw.

⁴⁵ An dieser Stelle wurden vom Referenten bewusst Artikel grösserer Schweizer Tageszeitungen zitiert, da sie nebst anderen Medieninhalten eine wesentliche informative Quelle der (betroffenen) PatientInnen darstellen.

⁴⁶ So titelt beispielsweise der Tagesanzeiger vom 13.9.06 (S.36) „Wie lange werde ich noch zu leben haben?“ und „Ein Krebskranker vergleicht die Arztprognose mit Statistiken. Im Einzelfall helfen diese den Betroffenen kaum weiter.“ Beim Betroffenen handelt es sich um den Journalisten E. Baumann, bei dem ein „aggressiver Hirntumor“ diagnostiziert worden sei. In der Folge informiert er sich im Internet bei den diesbezüglichen WHO-Datenbanken, wobei ihm anlässlich einer direkten Kontaktierung bestätigt worden sei, dass sich die entsprechenden Daten nicht für eine „individuelle Prognose“ eignen würden. Der Artikel schliesst: „Seit der Diagnose sind zwanzig Monate vergangen. Die Wahrscheinlichkeit immer noch am Leben zu sein beträgt 10%. Für mich sind es 100%.“

Familienmedizin vertieft eingegangen werden – es können hierbei ebenfalls positive/negative „Rückkoppelungseffekte“ angenommen werden. Das fachlicherseits ein entsprechend umfassendes und behandlungsrelevantes Krankheitsverständnis vorhanden ist, soll dann nachfolgend im Kapitel Rehabilitation und Psychoonkologie dargelegt werden.

In Bezug auf die Krankheit Krebs sowie psychosomatische bzw. somatopsychische Zusammenhänge wurden verschiedenste Untersuchungen getätigt, auf die im Rahmen dieser Arbeit nur anmerkungswise eingegangen werden soll: Wichtig erscheinen das „Menschenbild“ des Psychiaters Scharfetter (Siehe Kap. 2.5.2.) sowie gewisse Aspekte „christlicher Religiosität“, die unter anderem auch in Bezug auf die Deutung und Bewältigung von Krankheit bedeutsam sind.

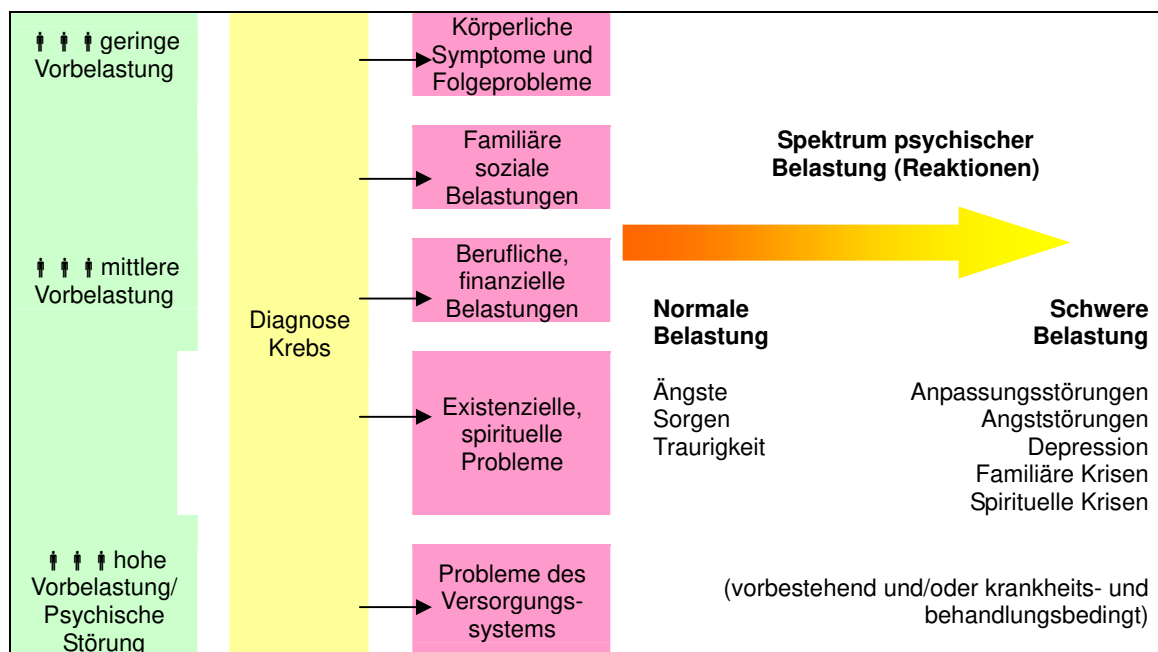


Abb.2 aus Mehnert et al. 2006
Biopsychosoziale Vorbilastung bei Krebs und das mögliche Spektrum psychischer Reaktionen

2.4.1. Rehabilitative Behandlung von Krebs – Psychoonkologie

Gemäss Schöck (ICIDH 1997) sei das generelle Rehabilitationsziel „eine verbesserte Kompensation von körperlichen, beruflichen und psychosozialen Beeinträchtigungen (so dass der Patient trotz seiner Krankheitsfolgen ein weitgehend normales, berufliches, familiäres und soziales Leben führen kann)“; mittels rehabilitativen Interventionen (Ärztliche Information und Begleitung, Krankengymnastik, Verhaltensschulung, Ernährungsberatung, sowie psychologisch orientierter Verfahren, soziale Betreuung und Selbsthilfe, Ergotherapie, organisatorische und apparative Hilfen und andere). Weiterhin erwähnt er die rehabilitative Sekundärprävention, die auf die multimodale Primärtherapie folge und sich auf den „nach der Primärtherapie einsetzenden dynamischen Prozess von Schmerz, Verlustgefühl, Krankheitsbewältigung, Rekonvaleszenz und schrittweiser Anpassung an entstandene körperliche Einschränkungen...“ beziehe.

Dellbrück (Schmoll, 1999) grenzt die Rehabilitation von der onkologischen Nachsorge ab und definiert die rehabilitativen Zielsetzungen im Rahmen lebensqualitativer Erwägungen. Weiterhin erörtert er, dass der Bedarf an psychologischer Hilfeleistung in der Onkologie „besonders hoch sei, da gerade die Bewältigung der Krebserkrankung eine besonders starke psychische Belastung darstellt“. Er unterscheidet in diesem Zusammenhang reaktive Phasen: „Die Schockphase, die

Reaktionsphase, die Bearbeitungsphase und die innere Neuorientierung und Bewältigung.“ Sellschopp (Schmoll, 1999) erwähnt diesbezüglich, dass die Mitteilung der Diagnose mit einem „Krebsschock“ verbunden sein könne, der eine Betreuung erfordere oder es ergebe sich im weiteren Verlauf die Notwendigkeit einer seelsorgerischen Betreuung betreffend der „Frage nach dem Sinn der Krankheit und des Lebens überhaupt“. In der Seelsorge gehe es dann darum „Schmerzquellen“ auf „der Beziehungs- (psychosozial) und der Existenzachse (Sein-Haben)“ zu erheben und zu bearbeiten. Bezüglich der Seinsdimension könnten sich „spirituelle Nöte“ ergeben, die das „Wieso, Warum, Wohin, etc.“ betreffen.

Die Psychoonkologie befasse sich gemäss Sellschopp (Schmoll, 1999) mit der Beratung, Begleitung und Behandlung von seelischen und sozialen Problemen und Verhaltensweisen von Krebspatienten in den verschiedenen Phasen der Erkrankung, der Rehabilitation und des Sterbens. Weiter führt er aus, dass die psychoonkologische Arbeit darauf abziele, „die selbstregulatorische Kompetenz des Kranken (Vgl. Grossarth-Maticcek) zu unterstützen, seine Eigenkontrolle zu erhöhen, die Krankheitsverarbeitung zu unterstützen und die Lebensqualität während und nach der Behandlung zu verbessern. Hierbei spricht er verschiedene Problembereiche bzw. Belastungssituationen an – „Verschlechterung der Partnerbeziehung, Ängste (vor Hilflosigkeit / Siechtum, nicht mehr für die Familie da sein zu können, etc.), Selbstwertprobleme und andere mehr.

Bezüglich der ärztlichen Integration in die psychoonkologische Betreuung erläutert er die Wichtigkeit zu wissen, dass „bei vielen Patienten die Vorstellung seelischer Ursachen hinsichtlich ihrer Erkrankung eine grosse Rolle spielen würde: Beim Brustkrebs beispielsweise würde mehr als ein Drittel der Frauen „seelische Belastungen als Ursache ihrer Erkrankung“ ansehen (!) – wobei „Fantasien, die mit Schuld und Strafe in Bezug auf die Vergangenheit“ stehen, wesentlich bedeutsam seien (S.1838).

2.5. Deutung und Bewältigung von Krankheit

2.5.1. Krebs und „Psyche“

Die Psychosomatische Medizin (Bräutigam, 1992) geht im Zusammenhang mit Zwillingsstudien davon aus, dass in Bezug auf Krebserkrankungen unspezifische, kollektive Umwelteinflüsse wie Nahrungsmittel, Lebensführung, Exposition gegenüber Schädigungen durch Tabak usw. eine vordringliche Rolle spielen würden (Kap. Zwillingsmethode und Anlage – Umwelt-Problematik; Eineiige vs. zweieiige Zwillinge) und genetische Einflüsse einen „sekundär“ relevanten Charakter hätten. Bezüglich möglicher psychoätiologischer Einflüsse habe sich die zeitweilig virulente Frage nach einer möglichen „Krebspersönlichkeit“ in den letzten Jahren erheblich relativiert⁴⁷. Allerdings ist die grundsätzliche Fragestellung nach psychosomatischen und somatopsychischen Wechselwirkungen im Zusammenhang mit Krebserkrankungen nach wie vor von erheblicher Bedeutung: Es habe sich jedoch eine Verlagerung des Fokus des Interesses ergeben – 1999 habe beispielsweise Watson eine Studie publiziert die feststellte, dass für das 5-Jahresüberleben ein hoher „helplessness- / hopelessnessscore“ einen moderaten, aber schädlichen Einfluss habe. Ein hoher Depressionsscore sei mit einer signifikant reduzierten Chance des Überlebens verknüpft. Bräutigam (1992) wiederum zitiert eine bekannte Studie von Spiegel aus dem Jahre 1989, die bei Patientinnen mit metastasierendem Mammakarzinom bei der Psychotherapiegruppe eine signifikante Verlängerung der mittleren Überlebenszeit (gegenüber der Kontrollgruppe) habe feststellen können. Entsprechende neuere Untersuchungen (Wegberg *et al.*, 2000) fokussieren stärker auf die QoL und schliessen nicht-konventionelle (komplementärmedizinische) Zusatztherapien (Hürny *et al.*, 1994) mit ein.

2.5.2. Deutung und Bewältigung von Krankheit aus psychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht

Der Psychiater Scharfetter (Senti, 1995, S.69) führt an, dass der Patient Vorstellungen und ein Wissen (Laienkonzept) von seiner Person, seinem Körper, seinem Lebenslauf (intrapersoneller Wissenskreis) sowie von seinem sozialen Stand und Netzwerk (interpersoneller Wissenskreis) und von seiner Wert-, Glaubenswelt, von Sünde, Busse, Strafe (transpersonales Wissen) in die therapeutische Beziehung mit einbringe. „In der Interaktion mit dem Heiler werden diese Wissenskreise geklärt, verdeutlicht, strukturiert, korrigiert, erweitert und berühren einander. Sie erfahren untereinander eine Sinnverknüpfung.“ Weiterführend äussert von Weizäcker (Die Medizinische Anthropologie Viktor v. Weizäckers – Bräutigam, 1992), dass wenn die Krankheit eines Menschen von seinem Arzt verstanden werde⁴⁸, sie einen Sinn bekomme und „das gemeinsame Verstehen der Lebensgeschichte, (...), gibt dem Krankheitsgeschehen eine Bedeutung“. Das diesen Vorstellungen zu Grunde liegende tiefenpsychologische Modell/ Menschenbild wird von Stauss (Persönliche Vorlesungsunterlagen, 2004) in Bezug auf die Persönlichkeit (Vgl. auch Fiedler in Fussnote 35) folgendermassen formuliert: Die Persönlichkeit wird als „Niederschlag von Beziehungsstrukturen“, die als „intrapsychische Struktur des Erlebens und Verhaltens“ verstanden werden können, aufgefasst und als wichtige Dimensionen der Persönlichkeit können „Ausrichtung auf die Zukunft, Bewusstsein seiner Selbst, unbewusste Empfindungen die in einer symbolischen Logik zum Ausdruck gebracht werden, Lebensentwurf als Narrativ“ angesprochen werden.

⁴⁷ Die „Krebspersönlichkeit“ – eine Mär hat ausgedient. Die Autorin (Dietschi, 2003) bezieht sich hierbei unter anderem auf eine Studie von Marc Petticrew im British Medical Journal vom Nov. 2002.

⁴⁸ Gemäss Kapphauf *et al.* (1994) sei das vertiefte Verständnis der PatientInnen im Rahmen einer Krebsbehandlung basal notwendig zur Etablierung einer tragfähigen Therapeut-Patient-Beziehung. Diese komme nur zustande, wenn die gegenseitigen Krankheitsparadigmen übereinstimmen bzw. kompatibel sind. Mit der Diagnose und den implizierten Erklärungsmodellen würden der Patient und der Therapeut einen Aufmerksamkeitsfokus für die weitere Behandlung „verhandeln“. Diagnose und Behandlung könnten „somit als sozialer Prozess und als kulturelle Konstruktion von Wirklichkeit aufgefasst ... werden, in der objektive Befunde weniger relevant sind als deren jeweilige dort stattfindende Interpretation“.

Das Thema der Deutung und Bewältigung von Krankheit ist nicht nur in Bezug auf das betroffene Individuum relevant, sondern (aus systemisch-psychotherapeutischer Sicht) auch im Bezug auf das nahe, mit betroffene Umfeld. Die Familienmedizin (McDaniel *et al.*, 1997) geht hierbei davon aus, dass Krankheit im familiären Kontext nie nur individuell gedeutet werde („Jedes Familienmitglied hat seine eigene Geschichte der Krankheit und seine eigene Ansicht über die Bedeutung der Symptome und die Auswirkungen der Krankheit auf die Familie“, S.252). Dabei würden Bedeutungsebenen eine Rolle spielen, die innerhalb der Familie über Generationen vererbt worden seien. Der kulturelle und persönliche Erfahrungshintergrund zusammen genommen führe zu Erwartungen und Einstellungen hinsichtlich der Krankheitsursache sowie der angemessenen Reaktionen und Anpassungsmuster (S.255)⁴⁹.

2.5.3. Deutung und Bewältigung von Krankheit aus religiöser, mythischer Sicht

Bezüglich der Bewältigung von Leid ist die christliche Religion von ihrer Wurzel her mit der Vorstellung einer Heilung – auch im medizinischen Sinn (Vgl. Evangelien) – sehr offensichtlich verbunden. Dies habe gemäss Agrimi (Grmek, 1996) bereits früh zu Reflexionen darüber geführt, was unter tätiger Nächstenliebe zu verstehen sei. Hierbei sei Caritas/ Nächstenliebe, die sich auf das Gebrechen (Infirmitas) bezogen habe, schon bald unterschieden worden in Sanitas und Salus bzw. Gesundheit und Erlösung. Angesichts dessen, dass das Seelenheil als wesentlicher verstanden worden sei, habe man gefolgert, dass Kranke Leiden ohne Murren zu ertragen hätten und Gregor I. sei sogar der Meinung gewesen, dass das Wohlbefinden des Geistes in der Drangsal des Leibes bestehen würde (S.187). Im weiteren geschichtlichen Verlauf, erfolgte diesbezüglich – während des abendländischen Mittelalters – eine weiterführende prozessuale Differenzierung. Diese habe nicht nur die Kirche betroffen und gemäss Jacquart (Grmek, 1996) dazu geführt, dass „die Gesellschaft und die Wissenschaft unumkehrbar vom intellektuellen Status der Medizin“ überzeugt worden seien (S.217). In der Folge sei man zunehmend davon ausgegangen, dass zur Beantwortung von Fragen, die das Verhältnis von Geist, Seele und Körper betreffen, „ausschliesslich medizinische und philosophische Kenntnisse“ notwendig seien; „die Theologie habe daran keinen Anteil“ (S.231). Im vorletzten Jahrhundert koppelte sich die Medizin dann vertieft auch von ihrem philosophisch-geisteswissenschaftlichen Hintergrund ab und hat sich als primär naturwissenschaftliche Disziplin etablieren können.

Diese Entwicklung beinhaltet auch problematische Aspekte, die angesprochen werden müssen: Gemäss Siegwart (Käppeli, 1996, S.19) sei im Rahmen der naturwissenschaftlichen Medizin „die Erhaltung des Lebens“ wesentliches Ziel und „die Beseitigung von Störungen“ praktische Aufgabe. Diese Perspektive stelle die Krankheit in den Mittelpunkt – nicht aber die „persönlichen und individuellen und unverwechselbaren Eigentümlichkeiten“ des Patienten. Die Loslösung der Medizin aus ihrem philosophischen Hintergrund und ihrer Verbindung mit dem religiösen Kontext hat auch dazu geführt, dass das „Ethos der Barmherzigkeit“ privatisiert worden sei. Folge sei, dass „Religion“ als Komponente der Bewältigung von Leiden verkannt werde⁵⁰: Auf Grund ihrer

⁴⁹ Weitere bezüglich der Familienmedizin relevante Problemstellungen können an dieser Stelle nur skizzenhaft angeführt werden: So könne der rezidivierende Krankheitsverlauf zur Folge haben, dass Erschöpfungs- und Erholungsphasen allenfalls mit Phasen der Hoffnungslosigkeit bzw. Hoffnung korrespondieren; so dass sich in den assoziierten Unterstützungssystemen negative bzw. positive Gefühle verstärken bzw. abschwächen könnten. Der veränderte Lebensrhythmus des Patienten habe zudem einen Einfluss auf die strukturellen Lebensrhythmen der einzelnen Familienmitglieder. Insofern würden „chronische“ Krankheiten die Identität und Entwicklung familiärer Systeme beeinflussen – und ihrer einzelnen Mitglieder – so dass allfällige Rollenwechsel (in ihren dynamischen) Auswirkungen bewältigt und integriert werden müssten. Dies betreffe auch das ausserfamiliäre nahe soziale Umfeld, z.B. im Sinne eines möglichen „sozialen Todes“ (Verlust der beruflichen Identität/Rolle; sozialer Rückzug, verstärkt durch „Abwendung“ von Freunden/Bekanntem).

⁵⁰ Meier (1992) legt dar, dass seit den 70er Jahren in unterschiedlichen Bereichen ein auffälliges Wiederaufleben mythischer Denkbewegungen festzustellen sei (S.9). Sie deutet das dahingehend (S.28), dass „das in den hegemonialen Wissensformationen zerstückelte Selbst versucht, im vereinheitlichenden mythischen Erzählen wieder Einheit – des Wissens und Erkennens – auch im Sinne des Wahrnehmens zu erfahren. Mythen gewinnen dort ihre Kraft, wo andere

Untersuchungen kam Käppeli (1999) jedoch zum Ergebnis, dass Krebspatienten ihrem Leiden im religiösen Sinn (mitunter) pädagogische, disziplinarische, moralische, magische, eschatologische u.a. Bedeutungen zuschreiben würden und dass die Bilder mit denen die Patienten ihre Krankheit deuten „das Leben verkörpern“ und deshalb verstärkt werden müssten, weil es den Patienten bewusst und unbewusst ums Überleben gehe.

2.5.4. Deutung und Bewältigung im Zusammenhang mit therapeutischen Methoden

Von fachlicher Seite her ist anzumerken, dass die wissenschaftlich anerkannten bzw. schulmedizinischen Vorstellungen bezüglich Ätiologie, Pathogenese und Therapie nicht einfach „objektiv“ und „neutral“ an und für sich sind, sondern sie können ebenfalls mit subjektiven Bedeutungsgebungen assoziiert sein⁵¹: Die Bezeichnung eines „malignen“ Tumors beispielsweise stellt eine moralische Wertung und damit zumindest partiell eine Deutung dar. Die zelluläre Entartung sowie versagende Reparatursysteme oder eine allgemeine Immundefizienz sind zwar im Kontext des zu Grunde liegenden physiologischen Modells bzw. der multifaktoriellen Krebsgenese rational und verständlich richtig. Sie sind aber gleichwohl Teil einer Modellkonstruktion und können auf Grund ihrer Begrifflichkeit mit assoziativen Deutungen belegt sein. In Bezug auf kausal-ätiologische Einflussfaktoren wie triggernde Toxine und Kanzerogene können zudem weitere von soziokulturellen Wertvorstellungen getragene Bedeutungsebenen zum Ausdruck kommen. Sodann können Therapien wie die potentiell toxische Chemotherapie oder die das Gewebe verbrennende/ einschmelzende Bestrahlung mit symbolischen Assoziationen verknüpft sein. Die entsprechenden Aussagen gelten ebenso für paramedizinische Therapiemethoden, insbesondere wenn diese Therapiemethoden mit einem anderen Menschen- bzw. Weltbild verbunden sind – Vgl. diesbezüglich z.B. auch die Darstellung der Mistel im Rahmen der anthroposophischen Medizin.

Zusammenfassend konnte im Rahmen der vorgängigen Darlegungen aufgezeigt werden, welche Modelle und Vorstellungen sowie wechselseitigen Zusammenhänge und Beziehungen in Bezug auf Gesundheit / Krankheit / Quality of live bzw. in Bezug auf Krankheitsdeutung und Krankheitsbewältigung eine relevante Bedeutung haben bzw. berücksichtigt werden müssen.

Wissenssysteme kein einheitliches Deutungsmuster mehr zu bereitstellen in der Lage sind.“ Und „wenn Religiosität im Banne konfessionell-klerikaler Erstarrung ebenfalls das ersehnte Gefühl verlorener Ganzheit nicht zu stiften weiss, treten neue Formen der Sinnfindung auf, die sich mit religiösem Zeichenfundus ausschmücken“ (S.29). Der Mythos wird bezüglich dieser Problematik von Barthes (S.45) als Möglichkeit aufgefasst, vieldeutige Bedeutung und Sinn für das Individuum erfahrbar zu machen.

Für Schneider (NZZ 2000) wiederum stellt der Mythos Denk- und Umgangsformen bereit, die sie mit der Formlosigkeit des Todes aufnehmen können.

⁵¹ Kapphauf / Kaiser (1994) äussern entsprechende Gedanken, wenn sie anführen, dass Medikamente in unserer Kultur vorwiegend eine Krankheitsbotschaft vermitteln würden – „Sie geben weder Hoffnung an und für sich, noch verbessern sie unmittelbar die Lebensqualität“ – Anmerkung des Referenten: Diese Auffassung wird in dieser Art von mir nicht geteilt. Wenn PatientInnen den Medikamenten keine Wirkung auf ihre Erkrankung zuschreiben würden, würden sie sie nicht nehmen – insofern sind sie mit hoffnungsspendenden Vorstellungen assoziiert und können so die QoL verbessern.

3.0. PatientInnen und Methodologie

Die vorliegende Studie wurde bewilligt durch die ethische Kommission des Kt. Zürich, mit Bezugnahme auf die Deklaration von Helsinki. Das Ziel der Studie wurde im Kapitel 2.1.4. dargelegt. Die dazu notwendigen Datenerhebungen fanden mittels Fragebogen und Interviews statt. Es gab zwei Erhebungszeitpunkte in einem Zeitfenster von drei Monaten. Das Patientenkollektiv umfasste die in eine ambulante Misteltherapie eintretenden klinischen PatientInnen des Paracelsus-Spitals in Richterswil. Der Zeitraum der Datenerhebung⁵² wurde auf maximal ein Jahr festlegend begrenzt.

Die in Frage kommenden PatientInnen wurden einerseits gefragt, ob sie bereit sind an einer Fragebogen-Untersuchung teilzunehmen und bei Zusage, ob sie allenfalls zu zwei zusätzlichen Interviews bereit wären. Hinsichtlich der Fragebogen wurden bereits bestehende QoL-Fragebogen verwendet – EORTC QLQ-C30 (Aaronson NK et al., 1993), SELT-M (Wegberg et al., 1996, HLQ (Kümmel et al., 1996). Sodann wurde unsererseits ein weiterer Fragebogen erstellt (1./2. Fragebogen zur Misteltherapie), der weiterführende Daten erheben sollte.

Die Studie kann formal als Kohortenstudie aufgefasst werden, wobei einerseits „quantitative“ Fragebogenerhebungen vorgenommen worden sind – wo möglich bzw. bei Einwilligung des Patienten – begleitender „qualitativer“ Einzelfallanalyse (Interview).

Die Fragebogenerhebungen sind im Sinne eines „Vorher-Nachher-Vergleiches“ zu verstehen. Im Gegensatz zu den Ergebnissen den QoL-Fragebogen, die statistisch ermittelt wurden und der tabellarischen Auswertung der Fragebogen zur Misteltherapie, sollte die Generierung / Auswertung der Daten der Interviews nach Kriterien der qualitativen Sozialforschung erfolgen⁵³.

3.1. Anmerkungen zum PatientInnen-Kollektiv

Es bestanden keine besonderen Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien. Die Studienteilnehmer wurden aus dem üblichen ambulanten PatientInnenut der Paracelsusklinik in Richterswil rekrutiert. Es bestanden keine Ausschlusskriterien (Es erfolgte allerdings im Rahmen der Auswertung ein Nichtmiteinbezug von einzelnen Interviews aus formalen Gründen, z.B. Abbruch der Behandlung oder wenn Interviews z.B. nur über das Telefon möglich waren, etc. (Siehe später). Insofern bestand bezüglich der PatientInnen weder in Bezug auf das Alter, das Geschlecht, noch die Diagnose bzw. die Prognose und die angewendeten Therapien eine Homogenität. Was die PatientInnen verbindet ist die „zusätzliche“ Anwendung der Misteltherapie bzw. die Anwendung der Misteltherapie als integraler Bestandteil des individuell ganzheitlichen therapeutischen Bewältigungskonzeptes einer von Krebs betroffenen Einzelperson.

Bezüglich der Nomenklatur in der InterviewteilnehmerInnen wurde einerseits das Geschlecht (M/F) und das Alter zum Zeitpunkt des ersten Interviews angegeben, weiterhin eine generelle Angabe hinsichtlich der Erkrankung – beispielsweise: F42, Brustkrebs.

Hinsichtlich der Auswertung bestanden 2 Rekrutierungsperioden – vom 21.04.1999 bis zum 10.11.1999 und vom 20.06.2000 bis zum 21.06.2000. Während dieser Zeit wurden 110 Patienten mit C-Diagnosen (ICD-10) durch die rekrutierenden Ärzte in die elektronische Datenerfassung des

⁵² Die Untersuchung galt als abgeschlossen, wenn 10 auswertbare Interviews erhoben wurden.

⁵³ Gemäss Mayring (1996) hat die qualitative Sozialforschung zwar Wurzeln, die konzeptionell bis zu den Griechen zurückreichen würden (Aristoteles). Anzeichen für eine „qualitative Wende“ bzw. eine stärkere Berücksichtigung qualitativer Forschungsparadigmata sieht er ab den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts gegeben.

Spital in Richterswil eingetragen. Es konnten hieraus ein Fragebogenkollektiv (N=25) sowie ein Interviewkollektiv (N=12) rekrutiert werden (Rekrutierung bis zum 16.09.1999).

3.2. Zu den Fragebogen

Bezüglich Fragebogen muss zwischen den Fragebogen zur Erhebung der Lebensqualität (EORTC QLQ-C30, SELT-M, HLQ) sowie den Fragebogen zur Misteltherapie (1./2. Befragung) unterschieden werden. Im Rahmen der 1. Erhebung wurden zudem demografische Angaben erhoben („Gerne hätten wir Angaben zu ihrer Person“). Es gab für alle getätigten Untersuchungen zwei Erhebungszeitpunkte im Abstand von drei Monaten. Wobei, wie bereits angesprochen wurde, zwischen einem Gesamtkollektiv und einem Interviewkollektiv (zusätzliches Interview) unterschieden werden kann.

3.2.1. Die Fragebogen zur Erhebung der QoL

Wir verwendeten drei Fragebogen – Vgl. Bullinger (Schmoll, 1999); Wegberg *et al.* (1998) und Kümmel *et al.* (1996):

1) Der Quality of Life-Fragebogen der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC⁵⁴ QLQ-C30, Version 3.0) ist ein Instrument zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität von Krebspatienten und besteht aus 30 Fragen zur körperlichen und emotionalen Befindlichkeit, zum funktionalen Status, zu den sozialen Beziehungen, Finanzen, zu einzelnen Krankheitssymptomen und zur allgemeinen Lebensqualität (Aaronson *et al.*, 1993). Dieser Fragebogen hat aus Sicht des Referenten die am stärksten somatisch orientierte Gewichtung mit tendenziell funktional-vegetativer Ausrichtung. Der QLQ-C30 wird als krankheitsspezifisch beurteilt mit hoher Reliabilität und hoher Validität.

2) Weiterhin verwendeten wir eine modifizierte Fassung des SELT mit Skalen zur Erfassung der Lebensqualität bei Tumorpatienten (SELT-M⁵⁵), welcher 17 Fragen zur Grundstimmung, Lebensorientierung und kognitiv-spirituellen Lebensqualität umfasst (von Leiberich *et al.*, 1993). Der SELT (Cave: Nicht SELT-M) wird als krankheitsübergreifend eingestuft und wegen seiner geringeren Reliabilität / Validität als weniger geeignet für klinische Studien eingestuft. Er hat aus Sicht des Referenten einen eher reflexiven anmutenden Charakter und, da verschiedene Fragen eine zeitliche Längsachse ansprechen, ein „dynamisches“ Gepräge.

3) Als dritten Fragebogen verwendeten wir den Herdecker Fragebogen (HLQ⁵⁶, Version 2.5), d.h. einen in den 90er Jahren an der Abteilung für Klinische Forschung bzw. im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke entwickelten indikationsübergreifenden Fragebogen zur Messung der Lebensqualität (Schulte & Kümmel, 1996). Dieser Fragebogen umfasst in der allgemeinen Fassung 39 Fragen, die in fünf Subskalen (Vitalität, Persönlichkeitspräsenz, körperliche Verfassung, seelisches Verhalten, soziales Umfeld) und als Gesamtscore ausgewertet werden können. Die Subskalen seien dabei von der Viergliedrigkeit des Menschen im Sinne der anthroposophischen Menschenkunde (physisch, leiblich, seelisch, geistig) abgeleitet und um die zusätzliche Dimension des "Sozialen Umfeldes" ergänzt worden. Der HLQ ist nicht validiert. Er wird unter anderem im Bereich der Evaluation künstlerischer Therapien verwendet und scheint aus Sicht des Referenten wegen der Art der Fragen und der Menge an Fragen im Bereich des seelischen Verhaltens und der Persönlichkeitsrepräsentanz dem gegenwärtigen Befinden am nächsten zu sein.

3.2.2. Probleme mit den Fragebogen zur QoL

⁵⁴ Unterkategorien EORTC: Funktionaler Status (8 Fragen), Physische Beschwerden (10 Fragen), Psychische Belastung (7 Fragen), Soz. Interaktion (3 Fragen) und 2 Global-Scores.

⁵⁵ Unterkategorien SELT-M: Subjektive Physis (3 Fragen), Basic mood (6 Fragen), Subjectiv social (3 Fragen), Orientation in life (3 Fragen), Cognitive spirituell (8 Fragen).

⁵⁶ Unterkategorien Herdecker: Körperliche Verfassung (4 Fragen), Vitalität (9 Fragen), Seelisches Befinden (10 Fragen), Persönlichkeitsrepräsentanz (9 Fragen), Soziales Umfeld (7 Fragen).

Grundsätzlich besteht bei Selbsteinschätzungsfragebogen (wie wir sie verwendet haben) allgemein das Problem der Beantwortung im Sinne sozialer Erwünschtheit. Bezüglich einzelner Fragen können die Fragebögen jeweils keine kontextuell-situativen Zusammenhänge aufzeigen (z.B. Appetitverminderung wegen abdominaler Bestrahlung oder reaktiver Depression?). Zudem wird als Resultat nur abgebildet, was gefragt wird.

Bezüglich EORTC QLQ-C30 kann man davon ausgehen, dass dieser Fragebogen wahrscheinlich auch deshalb valider ist, weil er funktions- und symptomorientierter ist. Beispielsweise ist die Feststellung eigener Müdigkeit relativ neutral und unproblematisch zu beantworten. Sobald die Fragen „differenzierter“ werden, können Probleme auftreten. So können beispielsweise Ängste und überhaupt Gefühle verdrängt⁵⁷ werden (Abbildungs-Bias) und die Frage nach dem eigenen Konfliktvermögen setzt Introspektionsvermögen voraus.

Der SELT-M erscheint bzgl. gewisser Fragen problematisch: Beispielsweise erscheinen die Fragen 14 und 15 unklar: „Ich sehe heute viele Dinge in einem positiveren Licht (?)“... als früher, als vor der Krankheit (?) und „Ich habe Halt in einem festen Glauben einer festen Lebensorientierung gefunden (?)“... durch die Krankheit oder schon früher gehabt (?). Diese Probleme hätten sich vermeiden lassen, hätte man die Fragen weniger verlaufsorientiert bzw. in Bezug auf den aktuellen Zeitpunkt gestellt: Ich habe Halt in einem festen Glauben/ Lebensorientierung? Oder: Ich sehe viele Dinge in positivem Licht?

Der Herdecker (HLQ) mutet bei einigen Fragen gleichfalls problematisch an: Beispielsweise besteht in Bezug auf das Konfliktverhalten (Frage 13) von „immer Vermeiden nach nie Vermeiden“, aus Sicht des Referenten keine direkte und linear gekoppelte Assoziation mit lebensqualitativen Auswirkungen (Vgl. entsprechend Fragen 6 und 20).

3.2.3. Auswertung der Fragebogen zur Lebensqualität (QoL)

Der EORTC wurde mittels einer statistischen Analyse mit Excel 2003 ausgewertet und dabei entsprechend den Angaben im EORTC QLQ-C30 Scoring Manual vollzogen. Bezüglich der Auswertung der anderen Fragebogen fand initial hinsichtlich dem SELT-M ein Kontakt statt mit Frau Dr. phil. B. van Wegberg (via Prof. Dr. med. P. Heusser), die maßgeblich an der Entwicklung des Fragebogens mit beteiligt war. Hinsichtlich der Auswertung des HLQ-Fragebogens wurde einerseits Dr. med. A.-M. Beer (Beer AM et al., 2001), andererseits Dr. med. T. Ostermann (Ostermann T et al., 2002 / 2005) kontaktiert, die wesentlich an der Erstellung einer neu entwickelten Kurzform des HLQ (für Krebspatienten) – befindet sich aktuell in der Validierungsphase (Kröz M et al., 2008) – beteiligt (gewesen) sind. Hierbei wurden wesentliche Fragen in Bezug auf die richtige Auswertung besprochen.

Die Analyse der Wirksamkeit in den einzelnen Fragebogen wird auf den Resultaten der ausgewerteten Fragebogen zur QoL ermittelt. Die Darstellung erfolgte im Sinne von prozentualen Scores, die die Veränderung der verglichenen Querschnitte sichtbar machen sollen – die Subskalen⁵⁸ werden hierbei auf der X-Achse dargestellt. Für stetige Variablen wurde sodann der Mittelwert und die Standardabweichung und für klassifizierte Variablen (Fragebogen zur Misteltherapie) wurden die absoluten Häufigkeiten und Prozente berechnet. Aufgrund der geringen Fallzahl wurde nur eine Analysepopulation definiert. Diese beinhaltete alle Patienten, die in die Studie eingeschlossen worden sind und an beiden Erhebungen haben teilnehmen können. Die Signifikanzprüfung der

⁵⁷ Das würde zudem bedeuten, gute Lebensqualität durch schlechtes Coping – Abbildungsbias!

⁵⁸ An dieser Stelle soll auf einen Artikel hingewiesen werden, in dessen Rahmen, die Berechtigung der Zusammenfassung von Teilskalen zu einem Gesamt- oder Summenwert aus statistischer Sicht geprüft werden sollte. Hierbei wurde erarbeitet, dass die Korrelationen zwischen den Gesamtwerten der Fragebogen die mittleren Korrelationen der Subskalen deutlich übersteigt (zwischen den verschiedenen Fragebogen) – Selbst in Fällen, in denen die Subskalen den gleichen Gegenstandsbereich betreffen, seien deren Korrelationen im Mittel nicht höher als die Korrelation zum unspezifischeren (Gesamtwert). Die Autoren (Hinz A et al.) schlussfolgerten im Rahmen ihrer Untersuchung, dass die Bestimmung von Gesamtwerten aus statistischer Sicht eindeutig vorteilhaft sei.

Längsschnittveränderung erfolgte via Wilcoxon-Mann-Whitney-Test bzw. die Statistik- und Analysesoftware SPSS (Siehe Wikipedia).

Einige PatientInnen beantworteten eine Frage nicht oder kreuzten zwei mögliche Antworten an. Im diesem Fall wurde der Durchschnitt der damit einhergehenden Fragen genommen resp. der Durchschnitt der zwei Antworten ausgerechnet / berücksichtigt.

3.2.4. Auswertung der Fragebogen zur Misteltherapie

Die Fragebogen zur Misteltherapie (1./2. Befragung) enthalten einerseits Angaben zur Demographie – Geschlecht, Alter sowie einige persönliche Angaben zu Wohnort, Beruf, Zivilstand, Bildungsgrad, Konfession und Anthroposophie. Andererseits bestanden Fragenkomplexe zur Anwendung der Misteltherapie und/oder zur Lebensqualität. Der erste Fragebogen zur Misteltherapie wird einerseits partiell für das Gesamtkollektiv ausgewertet, andererseits umfassend für das Interviewkollektiv. Der zweite Fragebogen zur Misteltherapie wird nur für das Interviewkollektiv ausgewertet werden.

3.3. Zu den Interviews

Im Zusammenhang mit der „subjektbezogenen“ Fragestellung (Universität Aachen, 2009) der vorliegenden Studie entschieden wir uns zu einem qualitativen bzw. verstehenden Auswertungsverfahren – d.h. die Aufbereitung und Auswertung der Daten orientierte sich am interpretativen Paradigma der qualitativen Sozialforschung, wie bei Löblich (2008) beschrieben. Das Vorgehen ist im Sinne einer induktiven Hypothesenentwicklung beziehungsweise „-entdeckung“ zu verstehen und führte von der „Beobachtung“ zur Theorie. Das hierfür notwendige Grundlagenmaterial generierten wir mittels Interviews⁵⁹, wobei es uns ein Anliegen war, die PatientInnen in ihrem psychosozialen Krankheitskontext bzw. Bewältigungskontext ganzheitlich bzw. in ihrer individuellen Komplexität abzubilden⁶⁰.

Mayring (1996) erachtet fünf Postulate für das qualitative Denken als wesentlich:

- Subjekte als Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchung
- Deskription; umfassende Beschreibung
- Interpretation
- Gegenstandsuntersuchung im Umfeld / Kontext
- Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse muss begründet werden

Gemäss Seel (2004) ist das qualitative Forschen „der Versuch herauszufinden, wie Menschen einen Sachverhalt sehen, welche individuelle Bedeutung er für sie hat und welche Handlungsmotive in diesem Zusammenhang auftreten. Daraus werden Theorien konstruiert und Folgerungen für die

⁵⁹ Die Interviews können formal als individuelle biografische Kontexte verstanden werden, die Aussagen darüber erlauben sollen, wie die PatientInnen ihre Krebserkrankungen deuten und in der Folge bewältigen. Im Rahmen der Interviews erhoffen wir uns weiterhin Hinweise darüber zu erhalten, wie die PatientInnen einzelne therapeutische Methoden – insbesondere die Misteltherapie – strategisch und in Hinsicht auf die Lebensqualität „funktionalisierend“ anwenden.

Die Interviews sollen helfen, die PatientInnen in Bezug auf ihre Krankheitsbewältigung in ihrem alltäglichen natürlichen Kontext besser zu verstehen. Hierbei wollen wir insbesondere auch nicht offensichtliche bzw. nicht offen evidente Zusammenhänge z.B. einer subjektiven Krankheitsdeutung oder mögliche Einflüsse des individuellen Welt-/Menschenbildes in Bezug auf die Krankheitsbewältigung sowie diesbezüglich allfällige wirksame soziale Interaktionen berücksichtigen. Dabei geht es wesentlich auch darum, welche lebensqualitativen Beweggründe und Ziele – bis ins Behandlungsmethodische hinein – für die PatientInnen eine Rolle spielen können.

⁶⁰ Im Gegensatz zu Antonovsky und Grossarth-Maticek, die in gewissem Sinne den Einfluss des Copings auf die lebensquantitative und -qualitative Krankheitsbewältigung untersuchen, entschieden wir uns „umgekehrterweise“ auf die subjektiven Erwartungen, Vorstellungen und Bedürfnisse der PatientInnen im Bezug auf die von ihnen eingesetzten Therapien (hinsichtlich ihrer jeweils individuellen lebensquantitativen bzw. -qualitativen Relevanz) zu fokussieren.

Praxis gezogen.“ Weiterhin sehe die qualitative Forschung das Subjekt als Konstrukteur seiner Wirklichkeit und mache Erleben und Verhalten von Individuen durch Verstehen und Interpretation bestimmbar. Die qualitative Forschung achte bei der Wahl des Untersuchungsdesigns bzw. der Untersuchungsmethode weiterhin auf Gegenstandsangemessenheit und sie erachte die Kommunikation zwischen ForscherInnen und ProbandInnen als konstitutives aber auch reflexionsbedürftiges Element des Verstehensprozesses. Das Vorverständnis müsse offen gelegt und schrittweise am Gegenstand weiter entwickelt werden. Ziel der sozialen Forschung sei die Beschreibung der Teilnehmerperspektive (verstehender Zugang) sowie das Erkennen von Regeln, Mustern und Strukturen – auch dann, wenn sie dem ProbandInnen selbst nicht zugänglich seien. Die einzelnen Schritte der Erhebung, Aufbereitung und Auswertung des Datenmaterials sollen in ihrer sukzessiven Abfolge transparent nachvollziehbar zur Darstellung kommen – Die erhobenen interpretativen Auswertungen sind am Grundlagenmaterial – den transkribierten Interviews – jederzeit prüfbar.

3.3.1. Forschungsdesign

Das Studiendesign ist formal als Einzelfallanalyse (Mayring, 1996)⁶¹ zu verstehen und kann als wissenschaftlich fundierte Reflexion von PatientInnensituationen, d.h. von sogenannten Fällen aufgefasst werden. Da wir eine kleine Kohorte von PatientInnen interviewten, streben wir in der Folge die Konstruktion deskriptiver Systeme an. Methodisch orientiert sich unser Vorgehen an der **Grounded Theory** (Glaser *et al.*, 1998), die der logiko-deduktiven Theorieverifizierung eine mittels komparativer Analyse getätigte induktive Theoriegenerierung gegenüberstellt. Dieses Vorgehen ist prozessual so zu verstehen, dass im Sinne eines zirkulären Prozesses, zu Beginn „unscharfe“ Hypothesen, in einer Art Schlaufenprozess abstrahiert und im Rahmen einer Theorie integriert werden können – Vgl. Vorlesungsunterlagen (Universität Kiel, 2009). Im Sinne der Einleitung wollten wir so auf induktivem Wege eine beschreibende Typologie (Theorie) von Kontexten schaffen, die Aussagen darüber erlauben sollen, wie Patienten ihre Krankheiten deuten, bewältigen und einzelne Methoden in lebensqualitativer Hinsicht funktionalisieren. Wir strebten insofern auf Basis eines qualitativ-interpretativen Forschungsansatzes eine induktive Theorieentwicklung auf dem Boden einer geleiteten Interpretation semistrukturierter Interviews an.

Es ging bei dem damit verbundenen kommunikativen Forschungsprozess zunächst darum, über die Interviews das dazu notwendige informative Grundlagen-Material bereit zu stellen. Die Interviews sollten in der Folge transkribiert und reflexiv-interpretativ ausgewertet werden. Die einzelnen PatientInnen sollten hierbei in ihrer individuellen Komplexität zur Darstellung gebracht werden, andererseits leiteten wir bei vergleichender Berücksichtigung verschiedener Fälle Verallgemeinerungen ab (Universität Aachen, 2009) – im Sinne eines induktiven, theoriegenerierenden Vorgehens.

⁶¹ Im Rahmen des 5. Kapitels (Auswertung von Experteninterviews mit der qualitativen Inhaltsanalyse; Gläser, J. et al., 2009) wurde im allgemeinen Teil angesprochen, dass ursprünglich eine quantitative Inhaltsanalyse bestanden habe – Hierbei wurde seitens der Autoren vertiefend erläutert, dass die theorie- und regelgeleitete Subsumierung unter Kategorien einen Reduktionismus darstellen würde. Mayring habe aus entsprechenden Überlegungen heraus versucht Material an einem Kategoriensystem zu prüfen bzw. abzuleiten, was er als qualitatives Verfahren eingestuft habe. In der weiteren Folge bemängeln die vorliegenden Autoren in diesem Zusammenhang, dass die mit seinem Vorgehen assoziierten Häufigkeitsanalysen ebenfalls einen reduktionistischen Zugang darstellen würden. Sie sprechen insofern von der Notwendigkeit der Extraktion von Daten mittels eines Suchrasters. Hinsichtlich unserer Studie kann soll analog verstanden von Themen gesprochen werden, wobei – angelehnt an die Grounded-Therapie – mittels Rückkopplungsschleifen gearbeitet worden ist, was in der Folge eine Therapiebildung ermöglicht hat. Dabei bezogen wir uns auf nach-folgend dargelegte Extraktionsregeln:

- 1) Keine Kausalitätsketten
- 2) Semistrukturiertes Interview, wobei anschließend nach wesentlichen Themenbereichen gescannt wurde (siehe später)
- 3) Fragenkomplexe wurden anhand des zur Auswertung bzw. zur Analyse erstellten Interviews abgeleitet
- 4) Anschließend erfolgte eine generalisierte Verdichtung über Tabellen und konsekutiv eine Theoriebildung

Wir stellten den einzelnen Patienten beispielsweise Fragen hinsichtlich ihrer subjektiven Reaktionsbildung im Zusammenhang mit dem Auftreten der ersten Symptome sowie anlässlich der Diagnosestellung. Wir erhofften aus den Antworten bzw. dem geschilderten Verhalten subjektive Interpretations- und Bewältigungsschemata ableiten zu können, die wir dann unter verschiedene Themen (Kategorien) subsumierten – Als relevante übergeordnete Themenbereiche wurde die individuelle Deutung und Bewältigung von Krankheit festgelegt. Hierbei ging es insbesondere auch um den diesbezüglichen inhärenten subjektiven Zielpunkt QoL – bzw. dessen Verbesserung / Erhalt; bei besonderer Berücksichtigung der integralen therapeutischen Strategie. In der Folge wurden im vormalig angesprochenen Schlaufenprozess relevante Subthemen extrahierend ermittelt.

3.3.2. Datensammlung/-erhebung

Entsprechend den Fragebogen und im Sinne der Fragestellung der vorliegenden Studie haben wir zweizeitig Interviews mit den PatientInnen gemacht – im Abstand von drei Monaten. Die Interviews sollen primär problemzentrierten Charakter haben, allerdings soll die „narrative“ Komponente einen gewissen Stellenwert haben und im Sinne der Studienfragestellung spielen „Tiefenaspekte“ eine nicht unerhebliche Rolle.

Das erste Interview war mehr deutungs- und strategieorientiert angelegt, das zweite Interview mehr bewältigungs- und „erfolgs“-orientiert. Hierbei wurde die „Erfolgsmessung“ im Sinne einer vom Patienten selbst subjektiv getätigten Analyse seiner lebensquantitativen und -qualitativen Ziele bzw. Erwartungen verstanden.

Der *Interviewleitfaden* orientierte sich unter anderem an den folgenden Fragestellungen:

- Wie deutet der Patient seine Krankheit? Hierbei interessieren den Referenten vor allem die prozessuale Entdeckung bzw. die Diagnosestellung der Erkrankung und die situative Reaktion des Patienten/der Patientin darauf - beispielsweise welche sprachlichen Bilder werden zur Anwendung gebracht.
- Wie stellen sich die PatientInnen dar? Besteht ein individuelles Welt- und Menschenbild?
- Besteht ein spezifisches persönliches Coping? Inwiefern und wie wird der Patient/die PatientIn vom sozialen Netz bei der Krankheitsbewältigung unterstützt. Was für Bewältigungsstrategien und -mottos bestehen?
- Werden therapeutische Methoden funktionalisiert?
- Besteht eine subjektive Evaluation („Messen“) des „Erfolges“ hinsichtlich der angewendeten Therapien?
- Weiterhin interessiert die individuelle situative Akzeptanz der Erkrankung - Besteht allfällig eine subjektive Sinnzuweisung an die Erkrankung? Besteht eine adaptive Entwicklung und wie steht es um das jeweilige individuelle Integrationsvermögen – macht der Patient/die Patientin eine persönliche Entwicklung durch?

Die Länge des Interviews orientierte sich einerseits am Fragenkatalog sowie am „Gefühl“ des Referenten („Gesprächsbogen“), dass das inhaltliche Thema in sich abschliessend besprochen worden ist (keine zeitliche Limite). Wo vorhanden, wurden die Interviews mit den anwesenden Begleitpersonen geführt – wobei dies im Einzelfall jeweils eingehend abgesprochen wurde. Hierbei gingen wir davon aus, dass diese BegleiterInnen als unterstützender Teil der Bewältigungsstrategie des Patienten zu verstehen sind. Als Örtlichkeit wurde initial generell das Spital vorgeschlagen, wobei wir für individuelle Lösungen offen waren. Hierbei gingen wir gleichfalls davon aus, dass die Wahl des Raumes durch die PatientInnen ebenfalls im Sinne subjektiv relevanter Bedürfnisse verstanden werden dürfen. Wo dem Verfasser subjektive Auffälligkeiten (Stimmung, Kleidung, Wohnungseinrichtung, etc.) begegneten, wurden diese festgehalten und informativ verwertet.

3.3.3. Auswertung der Interviews bzw. der erhobenen Daten

Die Aufbereitung der Daten fand zunächst mittels wörtlicher Transkription statt – Hierbei wurde der Text teilweise kommentiert. Die Transkription erfolgte für den Interviewer (Frage / F:) zumeist

in direkter Rede und in Schriftdeutsch; für den Befragten (Antwort / A:) zumeist in einer indirekten Form und in Schriftdeutsch. Allerdings wurden einzelne Passagen aus Gründen der Anschaulichkeit oder wo es sinnrichtig / wichtig erschien, im gesprochenen Wort zur Darstellung gebracht (das heisst, zumeist in Mundart). Weitere Teilnehmende wurden jeweils genau bezeichnet (z.B. Tochter T: oder Ehepartner E:, etc.) und ebenfalls gemäss obigen Regeln ausgewertet.

Die nachfolgende *Datenanalyse* (der Interviews) orientierte sich prinzipiell an der hermeneutischen Lehre des Verstehens, wobei es „phänomenologisch“ darum ging (Löblich, 2008), einen sinnhaften Aufbau der individuellen PatientInnen-„Wirklichkeit“ zu rekonstruieren und im Sinne der hermeneutischen „Lehre des Verstehens“ subjektive Bedeutungs- und Sinnstrukturen sowie damit assoziierte Intentionen herauszuarbeiten. Der dazu hinführende tiefenpsychologische Zugang (Greimel, 2009) bezog sich hierbei auf zumindest partiell unbewusste Bedeutungsstrukturen.

Das i.d. Sinne auswertende Vorgehen orientierte sich hierbei an der wissenschaftlichen (strukturierten) Inhaltsanalyse und findet interpretierend an Datenmaterial statt, das emotionale und kognitive Befindlichkeiten, Verhaltensweisen und Handlungen repräsentiert⁶². Weiterhin gingen wir insbesondere auch auf die individuellen Vorstellungen bezüglich der Krankheitsdeutung/-bedeutung ein sowie auf damit assoziierte Auswirkungen auf die Krankheitsbewältigung. Dabei wurde der Patient in seiner gegenwärtigen Situation (Krankheit im biopsychosozialen Kontext) bezüglich seinem (bewussten und unbewussten) „Handeln“ und seinen konzeptionellen Vorstellungen reflektiert. Nebst der Krankheitsdeutung und -bewältigung bezogen wir damit assoziierte Vorstellungen in die Interpretation mit ein, das heisst das Welt- und Menschenbild sowie die situative kontextbezogene adaptive Lösungsstrategie. Im Vordergrund standen hierbei insbesondere auch subjektiv-strategische Dimensionen der verwendeten Therapien und damit im Zusammenhang stehend, allfällige lebensqualitative Erwartungen/Bedeutung – Als Hauptfokus dieser ganzheitlichen Betrachtung soll die Misteltherapie exemplifiziert werden.

In der weiteren Folge sollen die ausgewerteten Interviews zunächst in einer tabellarisch zusammenfassenden und sodann in einem weiteren Schritt in einer personenübergreifenden Inhaltsanalyse ausgewertet werden – im Sinne einer inhaltlich aufsteigenden, textgeleiteten Differenzierung (qualitative Inhaltsanalyse); welche zu einer schrittweisen Abstraktion des Materials führte.

Die Interviews wurden hierbei direkt nach gewissen Fragestellungen (Fragenkomplexen) ausgewertet. Es fand insgesamt eine Konzeptionalisierung der Informationen statt und deren themenbezogene Auswertung, so dass die Herstellung inhaltlicher Beziehungen zwischen den einzelnen „Themen“ zur Hypothesenbildung möglich war.

Relevante bzw. von uns untersuchte und zur Darstellung gebrachte Fragenkomplexe (Themen) waren:

- Wie kommen die PatientInnen zur Misteltherapie?
- Wieso wenden die PatientInnen die Misteltherapie an? Was für subjektive Erwartungen bestehen seitens der PatientInnen?
- Wie bewerten die PatientInnen die Misteltherapie? Welche subjektiven Wirkungen/ Nebenwirkungen treten auf?
- Wie verläuft die Entwicklung der Lebensqualität subjektiv?
- Besteht eine subjektive Krankheitsdeutung, Krankheitsbewältigung und eine allfällige diesbezügliche Bedeutung der Misteltherapie?

⁶² Zitat von Lamnek (1990) aus einem Forschungsgesuch des Spitals Richterswil – „Die Betroffenheit der Pflegenden durch den Tod ihrer Patientinnen und Patienten“.

- Besteht ein subjektives Welt- und Menschenbild und hat dieses eine allfällige Bedeutung in Bezug auf Misteltherapie und/oder die Krankheitsbewältigung?

Anmerkung zum hypothesengeleiteten Vorgehen dieser Studie: Die Berücksichtigung „unbewusster“ Vorstellungen, Motivationen, etc. erscheint aus Sicht des Verfassers vordringlich wichtig, weil man ansonsten nur die „Beste“ bzw. wirksamste Therapie zur Behandlung berücksichtigen müsste. Bei infauster Prognose und/oder „nur“ partiell wirksamen Therapieformen werden jedoch subjektive PatientInnenbedürfnisse, die mit den obigen Fragestellung in einem Zusammenhang stehen und die einen Einfluss auf die jeweilige individuelle (methodische) Bewältigung haben, zunehmend relevant – Die Konzepte von Grossarth-Maticek und Antonovsky implizieren diesbezüglich einen möglichen Einfluss auf die Lebensquantität und insbesondere die Lebensqualität.

Die gängige Forschungspraxis generiert tendenziell einen „Bruch“ zwischen dem behandelnden Fachpersonal und den PatientInnen-„Laien“ – objektiv (auch lebensqualitativ) wirksame Behandlungsmethoden geraten so in einen möglichen Konflikt mit subjektiven Behandlungsbedürfnissen bzw. dem allfälligen gewünschten Einsatz von irrelevanten („scharlatanischen“) Methoden, der aus Sicht des Referenten nicht hilfreich erscheint. Die vorliegende Studie möchte versuchen, einen Beitrag zu leisten zu einer mehr integrativ-gemeinsam orientierten bzw. ganzheitlich-bedürfnisorientierten Behandlung.

4.0. Ergebnisse

4.1. Fragebogen – Ergebnisse der Auswertung

Für unsere Studie sprachen wir PatientInnen der normalen klinischen Intention-to-treat-Population am Spital Richterswil an. Wir strebten ein Interviewkollektiv von mind. 10 PatientInnen an: Es ergab sich hierbei im Rahmen der fortlaufenden Untersuchung ein Gesamtkollektiv von 25 PatientInnen.

Von den 17 PatientInnen die sich für ein vertiefendes Interview bereit erklärten, konnten die Interviews von 12 PatientInnen ausgewertet werden (Vgl. Kap. 4.2.). Alle PatientInnen füllten neben den drei Fragebögen zur Lebensqualität (EORTC QLQ-C30, SELT-M, HLQ) zwei Fragebögen zur Misteltherapie (1./2. Befragung) aus. Es bestanden für unsere Erhebungen zwei Erhebungszeitpunkte in einem Zeitfenster von drei Monaten – vergleichende „Vorher-Nachher-Untersuchung“. Während die drei Fragebogen zur QoL jeweils an beiden Erhebungszeitpunkten zur Anwendung kamen, wurde der erste bzw. zweite Fragebogen zur Misteltherapie nur am ersten bzw. am zweiten Erhebungszeitpunkt zur Anwendung gebracht.

4.1.1. Fragebogenauswertungen des Gesamtkollektivs (N=25)

4.1.1.1. Fragebogen zur Misteltherapie (1. Befragung), Angaben zur Person

Das Gesamtkollektiv umfasste initial 25 PatientInnen. Die Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt:

Tabelle 2: Demographische Daten der PatientInnen des Gesamtkollektivs („Gerne hätten wir Angaben zu ihrer Person“)

Parameter	
Alter (Jahre)	N=25
Mittelwert ± Std. Abw.	62 ± 11,1
Minimum - Maximum	40 – 78
Geschlecht	N=25
Männlich N (%)	14 (56,0%)
Weiblich N (%)	11 (44,0%)

Der Tabelle 3 kann entnommen werden, dass die PatientInnen, die sich zur Teilnahme an unserer Studie bereit erklärt haben, unterschiedliche Krebserkrankungen aufwiesen.

Tabelle 3: Krebserkrankungen der PatientInnen des Gesamtkollektivs

Tumor	Anzahl Patienten (%)
Kolonkarzinom	7 (32)
Prostatakarzinom	4 (16)
Mamakarzinom	4 (12)
Lungenkarzinom	3 (12)
Pankreaskarzinom	3 (12)
Multifokales Basaliom	1 (4)
Melanom	1 (4)
Nierenzellkarzinom	1 (4)
Myelom	1 (4)

Bezüglich der PatientInnen, von denen Daten „zur Kenntnis der Anthroposophie“ vorlagen, gaben neun PatientInnen (36,0%) an, die Anthroposophie „einigermaßen“ und sieben PatientInnen (28,0%) an, sich in diesem Bereich „kaum“ auszukennen

In der ersten Erhebung zur Misteltherapie wurden die PatientInnen auch gefragt, ob sie im Zusammenhang mit ihrer Krankheit zum ersten Mal Mistelpräparate nehmen würden und warum sie sich für die Misteltherapie entschieden haben (siehe Tab. 4). Alle PatientInnen (N=25) gaben an, zum ersten Mal Mistelpräparate eingenommen zu haben. Die meisten PatientInnen folgten hierbei einer Empfehlung aus dem Bekanntenkreis und/oder aus Büchern.

Tabelle 4: Persönliche Gründe zum Entscheid für die Misteltherapie

Parameter	N (%)
Gründe für die Entscheidung zur Misteltherapie	
Keine Angabe N (%)	4 (16,0%)
Empfehlung Bekanntenkreis N (%)	6 (24,0%)
Empfehlung Bekanntenkreis/Bücher N (%)	6 (24,0%)
Empfehlung Arzt N (%)	3 (12,0%)
Empfehlung Arzt/Bekanntenkreis N (%)	5 (20,0%)
Empfehlung Arzt/Bekanntenkreis/Bücher N (%)	1 (4,0%)

Um darlegen zu können, in welchem therapeutischen Gesamtkontext die PatientInnen die Misteltherapie angewendet haben, stellten wir entsprechende Fragen – Die Ergebnisse können der Tabelle 5 entnommen werden. Hierbei war uns auch die Frage nach der „familiären Unterstützung“ wichtig, da wir davon ausgegangen sind, dass den PatientInnen allfällig ideelle (welche Therapien zur Anwendung kommen) oder materielle (z.B. Pflege) Unterstützung zukommen könnte.

Tabelle 5: Weitere therapeutische Massnahmen als Teil des Behandlungskonzepts

Parameter	N (%)
Weitere therapeutische Maßnahmen	
Keine Angabe	3 (12,0%)
Psychotherapie	1 (4,0%)
Unterstützung durch Familie	4 (16,0%)
Andere komplementärmedizinische Verfahren/Unterstützung durch Familie	1 (4,0%)
Konventionell (Bestrahlung, Chemotherapie, Hormone, Operation)	7 (28,0%)
Konventionell/Unterstützung durch Familie	7 (28,0%)
Konventionell/Unterstützung durch Familie/Psychotherapie	1 (4,0%)
Konventionell/ Andere komplementärmedizinische Verfahren / Unterstützung durch Familie	1 (4,0%)

Auf die Frage „Die Misteltherapie hat in meinem Behandlungskonzept eine zentrale Bedeutung, allfällige andere Methoden verwende ich zusätzlich“ gaben 44% der PatientInnen (N=11) eine positive Antwort. Als Ziel für die Verwendung der Misteltherapie gab die Mehrzahl der PatientInnen „zur Krebsbekämpfung“ (N=8, 32,%) an – gefolgt von „zur Krebsbekämpfung“ und „um meine Immunabwehr zu stärken“ (N=3, 12,0%). Weiterhin antworteten (N=3, 12,0%) zur Krebsbekämpfung“ und „um meine Immunabwehr zu stärken“ und „um allfällige Nebenwirkungen einer konventionellen Therapie zu mildern“ sowie (N=3, 12,0%) „um meine Immunabwehr zu stärken“ und „um meinen Gefühlshaushalt zu stabilisieren“.

Die Auswertungen der Fragebogen zur Misteltherapie (1./2. Befragung) für das Interviewkollektiv werden im Kap. 4.1.3. dargelegt (Siehe dort).

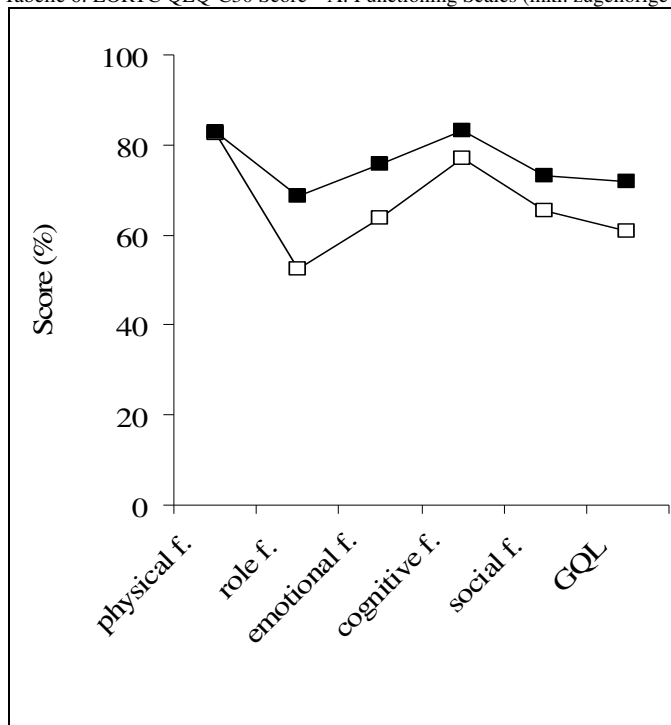
4.1.1.2. Fragebogen zur Lebensqualität – EORTC QLQ C30, SELT-M, HLQ

Die Lebensqualität wurde mittels dreier Fragebogen erhoben (EORTC QLQ-C30, SELT-M sowie HLQ) Die Auswertung fand entsprechend der Angaben im Kapitel 3.2.2 statt. Sämtliche drei Fragebogen zeigten eine tendenziell positive Entwicklung der Lebensqualität.

Die Resultate im EORTC und im SELT-M zeigten eine deutlichere Verbesserung als die Resultate im HLQ. Signifikante Verbesserungen (Wilcoxon signed ranks) ergaben sich in den erstgenannten zwei Fragebogen jeweils in zwei Subskalen, d. h. role f. 0.04, emotional f. 0.002 (EORTC) und physical 0.002, social 0.031 (SELT-M). die globalen Scores (GQL) im EORTC waren knapp nicht signifikant (0.057). Hinsichtlich der Symptomskalen im EORTC trat ein signifikantes Ergebnis bei der Fatigue (Müdigkeit, Erschöpfung) auf; hier kann man sich fragen, ob sich dieser Effekt auf die immunmodulierende Wirkung der Mistel zurück führen lässt; Unterstützung bei reaktiver/organischer Depression.

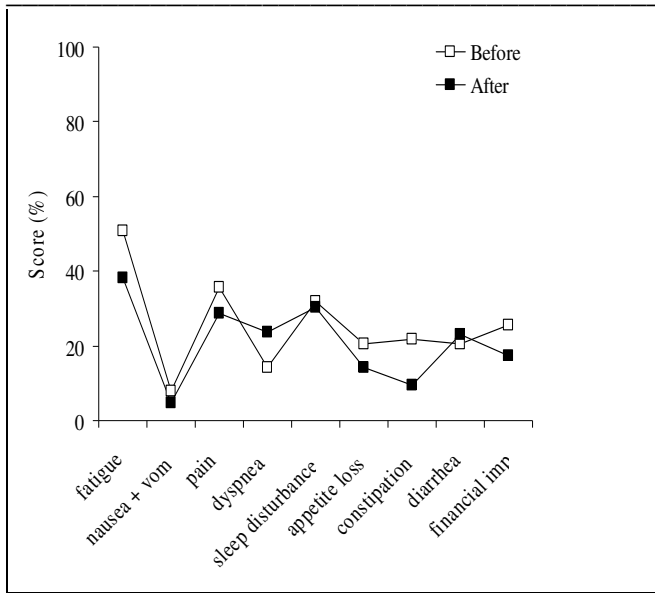
Die Entwicklung der Resultate wies beim HLQ andererseits – bei tieferen Ausgangs- und Endwerten – den gleichmässigen Charakter auf, wobei sich allerdings im HQL keine signifikanten Verbesserungen ergaben. Der SELT-M zeigte signifikante Verbesserungen in der physischen sowie sozialen Subskala. Der EORTC und der SELT-M zeigten gewisse Widersprüchlichkeiten, insbesondere in den physisch orientierten Subskalen.

Tabelle 6: EORTC QLQ-C30 Score – A: Functioning Scales (inkl. zugehörige Wertetabelle)



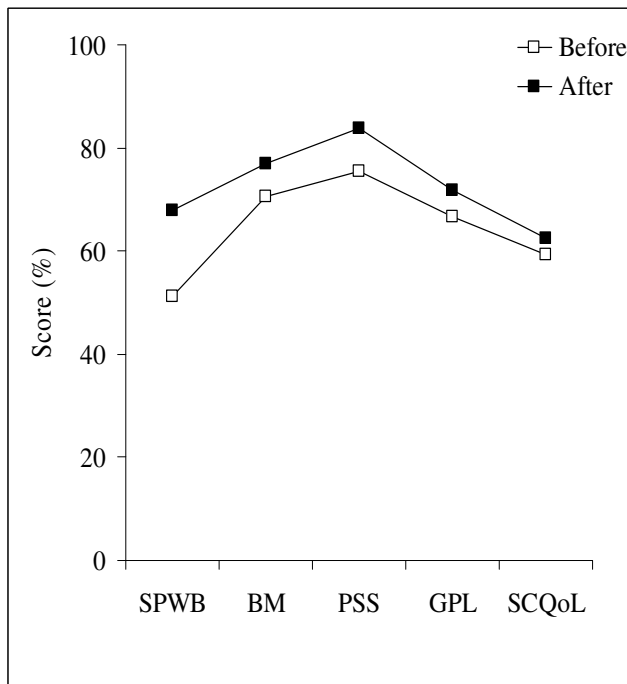
	Physical f.	Role f.	Emotio- nal f.	Cogni- tive f.	Social f.	Globale QoL
Before	82.5	52.4	63.9	77.0	65.2	60.7
After	82.9	68.7	75.8	83.3	73.0	71.8
SD	14.06	36.24	22.41	26.07	31.69	17.51
SD	18.21	27.12	18.43	21.08	28.12	19.45
Wilcoxon signed ranks > Significance level .05	0.098	0.030	0.018	0.267	0.109	0.057

B: Symptom Scales (inkl. zugehörige Wertetabelle)



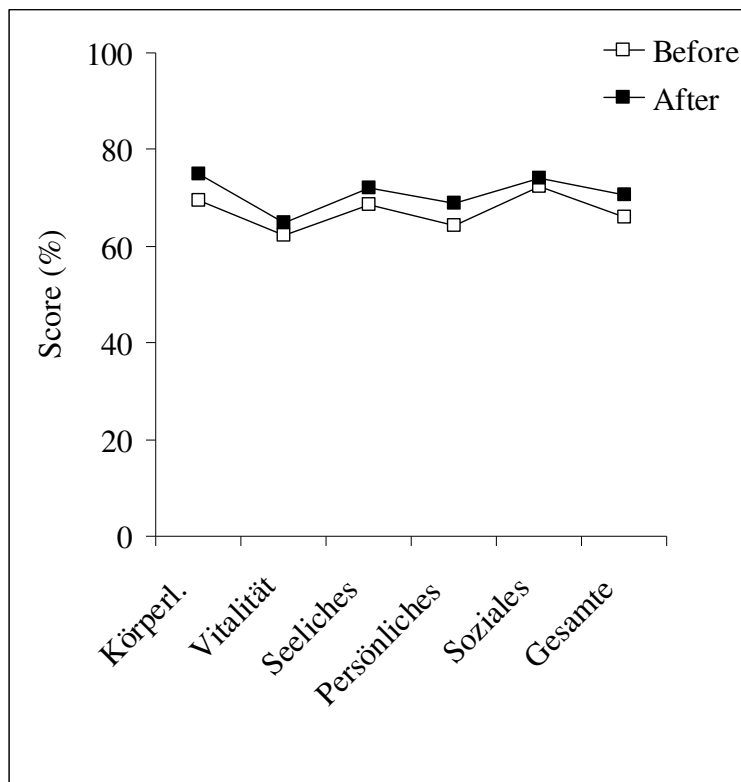
	Fatigue	Nausea/ Vomiting	Pain	Dys- pnea	Sleep Distur- bance	Appe- tite loss	Consti- pation	Diar- rhea	Finan- cial Impact
Before	50.8	7.9	35.7	14.3	31.7	20.6	21.7	20.6	25.4
After	38.1	4.8	28.6	23.8	30.2	14.3	9.5	23.0	17.5
SD	25.48	14.55	29.95	22.54	30.69	34.12	36.31	30.69	29.64
SD	27.58	11.95	36.95	23.90	29.64	29.01	18.69	27.12	29.10
Wilcoxon signed ranks > Significance level .05	0.024	0.500	0.233	0.254	0.465	0.531	0.344	0.742	0.188

Tabelle 7: SELT-M Score (inkl. zugehörige Wertetabelle)



	Physical SPWB	Basic BM	Social PSS	Philosophy GPL	Spiritual SCQoL
Before	51.2	70.6	75.4	66.7	59.3
After	67.9	77.0	83.7	71.8	62.5
SD	17.54	25.05	19.09	21.08	15.87
SD	20.12	21.43	17.77	23.64	18.97
Wilcoxon signed ranks > <i>Significance level .05</i>	0.002	0.163	0.031	0.104	0.313

Tabelle 8: SHLQ Score (inkl. zugehörige Wertetabelle)



	Körper- lich	Vitalität	Seeli- ches	Persön- liches	Soziales	Gesamte QoL
Before	69.3	62.2	68.5	64.2	72.5	65.9
After	75.0	64.9	72.1	68.9	74.1	70.6
SD	17.33	15.28	9.63	10.83	15.00	9.66
SD	21.47	18..20	17.33	12.84	13.12	13.53
Wilcoxon signed ranks > <i>Significance level .05</i>	0.203	0.356	0.134	0.068	0.527	0.73

4.1.1.3. Zusammenfassung

Die Summenscores aller drei Fragebogen zeigten anlässlich des zweiten Erhebungszeitpunktes bzw. im Studienverlauf eine Verbesserung der Lebensqualität an – unter adjuvanter/palliativer Misteltherapie („Ergänzungstherapie“) und im Rahmen der multimodalen Behandlungs-/ Krankheitsbewältigungsstrategie.

Wichtige Anmerkung hinsichtlich des Vergleiches von einzelnen Subskalen der verschiedenen Fragebogen: Vergleicht man allerdings einzelne Subskalen der Fragebogen – was nachfolgend anhand der ersten drei Fragebogen geschehen soll – ergeben sich gewisse Auffälligkeiten.

Bei F 56 beispielsweise sind die globalen Scores im EORTC negativ, wobei die Subskalen im gleichen Fragebogen entweder unverändert geblieben sind oder sich verbessert haben. Negative Tendenzen ergeben sich hingegen im SELT-M bzw. HLQ in einzelnen Subskalen. Die sozialen Scores sind in allen drei Fragebogen verbessert – Widersprüche ergaben sich v. a. in den körperlichen und emotionalen Skalen (EORTC vs. SELT-M, HLQ). Insgesamt gemischtes Bild hinsichtlich QoL.

Bei F 63 haben sich die Globalen Scores im EORTC verbessert. Negative Ausreisser fanden sich im HLQ (2) sowie EORTC (1/= unverändert), und insofern ergaben sich zwischen den einzelnen Subskalen (im Quervergleich) Differenzen. Am konsistentesten waren im Quervergleich (zwischen den einzelnen Fragebogen) „analoge“ Skalen, die den kognitiven Bereich bzw. die Persönlichkeitsrepräsentanz und die Orientation im Leben betreffen. Insgesamt scheint es bei dieser Pat. hinsichtlich der QoL eine tendenzielle Verbesserung zu geben; allerdings mit vereinzelt negativen Ausreißern in allen drei Fragebogen.

Bei F 69 haben sich die Globalen Scores verbessert (EORTC), wobei sich zwei Subskalen verschlechtert haben. Im SELT-M und im HLQ ergaben sich keine wesentlichen Veränderungen oder es ergaben sich Verschlechterungen (SELT-M; 2 Subskalen). Insgesamt ergaben sich zwar vereinzelte Verbesserungen; in der Gesamttendenz jedoch stabil/schlechter.

Zusammenfassung: Inkonsistenzen ergaben sich bei den drei untersuchten PatientInnen im Sinne einer zusammenfassenden Beurteilung partiell in allen untersuchten Bereichen, d. h. sowohl im EORTC-Fragebogen selbst (allgemeine Subskalen vs. Generelle Scores), als auch zwischen den Subskalen der einzelnen Fragebogen und im Rahmen der Gesamtgewichtung der QoL-Fragebogen zueinander.

Dies gilt entsprechend bzw. vergleichend auch für „analoge“ Fragestellungen in den Fragebogen zur Misteltherapie.

Die entsprechenden Untersuchungen sollen an dieser Stelle nicht weiter geführt werden, da die damit verbundene Fragestellung über den Rahmen dieser Studie hinaus führen würde. Allerdings kann an dieser Stelle angemerkt werden, dass sich syndromal orientierte Fragebogen wahrscheinlich v. a. zur Verlaufserhebung der QoL von Studienkollektiven eignen und eher nicht für ein Einzelfall-Screening der QoL von PatientInnen – bei Bedarf müsste hierfür ein abgestimmter Fragebogen mit einer angepassten Gewichtung der einzelnen Achsen erstellt werden. Dieser könnte dann ergänzt werden um Fragen entsprechend dem Misteltherapiefragebogen sowie ein kurzes standardisiertes Interview. Allfällig könnte man anstatt der vorgeschlagenen Erhebung der globalen Skalen (siehe Globale Scores EORTC) alternativ auch auf eine VAS-Skalierung mit Gesichtern (von „schlecht“ über „neutral“ nach „gut“) oder auf eine Punkteskala (X/10) zurück greifen.

Anmerkung: Die Tabelle 17 (Kap. 4.1.3.3.7. Fragebogen zur Misteltherapie, 2. Befragung) zeigt, dass die PatientInnen den EORTC-Fragebogen als leichter ausfüllbar erachteten als die anderen beiden Fragebögen zur QoL.

Weiterhin bestünde auch die Möglichkeit die korrelativen Beziehungen zwischen einzelnen Subskalen der QoL-Fragebogen sowie der FB-MT (Siehe Tabelle 11 in Kap. 4.1.3.3.1.) abgleichend zu untersuchen – dort wird eine Änderung der Globalen Lebensqualität bzw. definierter Subskalen abgefragt mit besser / nicht wesentlich verändert / schlechter. Aus den Interviews ergaben sich diesbezüglich (Veränderung QoL) ebenfalls relevante Daten (siehe Tabellen) 18.1 bzw. 18.2 und 19).

4.1.2. Auswertung der Fragebogen zur Misteltherapie (Interviewkollektiv, n=12)

4.1.2.1. Demografische Angaben (Gerne hätten wir Angaben zu ihrer Person)

Bezüglich Wohnort gaben 5 PatientInnen an, auf dem Land zu leben und 6 in der Stadt; bei einem Patienten fehlte die entsprechende Angabe. Bezüglich der beruflichen Qualifikationen verweise ich auf die Tabelle – Anmerkung: Vom Alter her sind die Hälfte der PatientInnen formell pensioniert. Neun PatientInnen waren zum Erhebungszeitpunkt verheiratet, 1 ledig und 2 getrennt oder verwitwet. Die Angaben zu den Kindern wurden von den Interviews übernommen bzw. nachträglich übertragen – Insbesondere auch wegen der Frage einer möglichen zusätzlichen Belastung/Unterstützung.

Bezüglich Bildung weisen 7 PatientInnen eine höhere Bildung auf; 5 gaben eine Lehrausbildung an. Bezüglich der Religion verweise ich ebenfalls auf die nachfolgende Tabelle. Acht der PatientInnen gaben an, die Anthroposophie einigermaßen zu kennen und 4 gaben „kaum“ an.

Tab. 9: Tabellarische Zusammenfassung der Angaben zur Person

PatientIn	Wohnort	Beruf	Zivilstand	Bildung	Konfession	Zur Anthroposophie
F56	Land	Hausfrau	geschieden; 2 erwachsene (erw.) Kinder	Lehre	keine	Kenne Anthroposophie einigermaßen
F63	Land	Angestellt	Verheiratet; 3 erwachsene Kinder	Matura	keine	Kenne Anthroposophie einigermaßen
F69	Land	Hausfrau	Verwitwet; 3 erwachsene Kinder	Grundschule	evangelisch-reformiert	Kenne Anthroposophie kaum
M57	Stadt	Angestellt	verheiratet; 1 Kind verstorben	Lehre	andere (Zeugen Jehovas)	Kenne Anthroposophie einigermaßen
F66	Stadt	Hausfrau	verheiratet; 2 erwachsene Töchter	Lehre	kath.	Kenne Anthroposophie einigermaßen
M65	-	-	verheiratet; 1 erwachsener Sohn	Höhere Schule	ref.	Kenne Anthroposophie einigermaßen
M56	Stadt	Angestellt	verheiratet; 3 erwachsene Kinder	Fachhochschule	kath.	Kenne Anthroposophie einigermaßen
F42	Stadt	Angestellt	Ledig	Matura	keine	Kenne Anthroposophie einigermaßen
F39	Land	Angestellt	verheiratet; 2 Kinder schulpflichtig	Lehre	kath.	Kenne Anthroposophie kaum
M72	Land	Pensioniert	verheiratet; 3 erwachsene Kinder	Lehre/HTL	kath.	Kenne Anthroposophie kaum
M66	Land	Leitende Position;	verheiratet; 1 erwachsener Sohn	Höhere Schule	ref.	Kenne Anthroposophie kaum
M49	Stadt	Leitende Position;	verheiratet; 3 erwachsene Kinder	Hochschulstudium	keine	Kenne Anthroposophie einigermaßen

Anmerkung: Angaben zu vorhandenen Kindern sind aus den Interviews entnommen.

4.1.2.2. Fragebogen zur Misteltherapie (FB-MT) – 1. Befragung

Alle PatientInnen des Interviewkollektivs verwendeten die Misteltherapie erstmalig. Der Entscheid zur Misteltherapie sei mehrheitlich durch den Bekanntenkreis (in breitem Sinne; 8), Arzt (4) sowie die "Literatur" (5) beeinflusst/bestimmt worden. Das Behandlungskonzept der PatientInnen umfasste konventionelle Therapien (8), die Unterstützung durch die Familie/ den Freundeskreis (8), CAM (2) sowie Psychotherapie (1). Die Bedeutung der Misteltherapie für das gesamte Behandlungskonzept wurde von 4 PatientInnen als zentral angegeben. Von 4 PatientInnen als teilweise zentral, von 2 als nicht zentral und andere 1. Die PatientInnen setzten die Misteltherapie zur Krebsbekämpfung (10), Stärkung des Immunsystems (9), Stabilisierung des Gefühlshaushalts (5) sowie gegen Nebenwirkungen der konventionellen Therapien (5) und anderes (1) ein.

Tabelle 10: Fragebogen zur Misteltherapie – 1. Befragung

Person	MT; erstmalig?	Entscheid für Misteltherapie durch...?	Behandlungskonzept: „Therapeutische“ Massnahmen?	Bedeutung MT für Gesamtkonzept	Misteltherapie (MT) für... ?
F56	ja	Empfehlung durch Arzt / Bekanntenkreis	Hormone, CAM, Unterstützung durch Familie, Freunde, soziales Umfeld	zentral	Stabilisierung Gefühlshaushalt / für Immunabwehr / für bewusstes Erkennen; Antwort für Krebs/ Leben
F63	ja	Empfehlung durch Arzt / Bekanntenkreis	Konventionelle Therapien, Unterstützung durch Familie, Freunde, soziales Umfeld	weiss nicht	Stabilisierung des Gefühlshaushaltes, Stärkung der Immunabwehr
F69	ja	Empfehlung durch Bekanntenkreis	Unterstützung durch Familie, Freunde, soziales Umfeld	nein	Stärkung der Immunabwehr
M57	ja	Empfehlung durch Arzt	Konventionelle Therapien, Unterstützung durch Familie, Freunde, soziales Umfeld	zentral	Krebsbekämpfung Stärkung der Immunabwehr
F66	ja	Empf. durch Bekanntenkreis / Bücher, Vorträge	Konventionelle Therapien	-	Krebsbekämpfung
M65	ja	Empf. durch Bekanntenkreis / Bücher, Vorträge	-	nein	Krebsbekämpfung / Stärkung der Immunabwehr
M56	ja	Empfehlung durch Arzt / Bekanntenkreis	Konventionelle Therapien, Unterstützung durch Familie, Freunde, soziales Umfeld	weiss nicht	Krebsbekämpfung / Stärkung der Immunabwehr / gegen Nebenwirkungen der konventionellen Therapien
F42	ja	Empf. durch Bekanntenkreis / Bücher, Vorträge	Konventionelle Therapien, Unterstützung durch Fam., Freunde, soziales Umfeld, Psychotherapie	nein	Krebsbekämpfung / für Immunabwehr / Stabilisierung Gefühlshaushalt / Erhöhung Leistungsfähigkeit
F39	ja	Bücher, Vorträge	Konventionelle Therapien	„halb-halb“	Krebsbekämpfung / Stärkung der Immunabwehr / gegen Nebenwirkungen der konventionellen Therapien
M72	ja	Empfehlung durch Bekanntenkreis	Konventionelle Therapien, CAM, Unterstützung, durch Fam., Freunde, soziales Umfeld	ja	Krebsbekämpfung / für Immunabwehr / Stabilisierung Gefühlshaushalt / für Nebenwirkungen der konventionellen Therapien
M66	ja	Empfehlung durch Bekanntenkreis	Konventionelle Therapien	ja	Krebsbekämpfung / Stärkung der Immunabwehr / gegen Nebenwirkungen der konventionellen Therapien
M49	ja	Information durch Bücher / Vorträge	Konventionelle Therapien / Unterstützung, durch Familie, Freunde, soziales Umfeld	teilweise	Krebsbekämpfung / Stärkung der Immunabwehr / gegen Nebenwirkungen der konventionellen Therapien

4.1.2.3. Fragebogen zur Misteltherapie (FB-MT) – 2. Befragung

4.1.2.3.1 Zum Verlauf der Lebensqualität (QoL) in den letzten drei Monaten (Selbsteinschätzung)

Vier PatientInnen gaben an, dass sich ihr generelles Befinden verbessert habe. Am meisten subjektive Verbesserungen wurden beim körperlichen Befinden (6), bei der Vitalität (6) und beim psychischen Befinden (5) angegeben. Bei der geistigen Leistungsfähigkeit wurden von 4 PatientInnen Verbesserungen und bei Qualität des soz. Umfeld von 3 PatientInnen Verbesserungen angegeben. Nur 2 PatientInnen gaben Verschlechterungen an – bei der Vitalität sowie dem psychischen Befinden.

Tabelle 11: Zum Verlauf der Lebensqualität in den letzten drei Monaten

PatientIn	Generelles Befinden	Körperliches Befinden	Vitalität	Psych. Befinden	Geistige Leistungsfähigkeit	Qualität soziales Umfeld
F56	n.w.v.	n.w.v.	n.w.v.	verschlechtert	verbessert	verbessert
F63	n.w.v.	n.w.v.	n.w.v.	verbessert	n.w.v.	n.w.v.
F69	n.w.v.	verbessert	n.w.v.	verbessert	n.w.v.	n.w.v.
M57	n.w.v.	n.w.v.	verschlechtert	n.w.v.	n.w.v.	n.w.v.
F66	n.w.v.	n.w.v.	n.w.v.	n.w.v.	n.w.v.	n.w.v.
M65	n.w.v.	n.w.v.	n.w.v.	n.w.v.	n.w.v.	n.w.v.
M56	n.w.v.	verbessert	verbessert	n.w.v.	n.w.v.	n.w.v.
F42	verbessert	verbessert	verbessert	verbessert	verbessert	n.w.v.
F39	verbessert	verbessert	verbessert	verbessert	verbessert	verbessert
M72	n.w.v.	verbessert	verbessert	n.w.v.	verbessert	n.w.v.
M66	verbessert	n.w.v.	n.w.v.	verbessert	n.w.v.	verbessert
M49	verbessert	verbessert	verbessert	n.w.v.	n.w.v.	n.w.v.

Anmerkung: n.w.v. = nicht wesentlich verändert

4.1.2.3.2. Wesentliche Faktoren für die QoL in den letzten drei Monaten (Selbsteinschätzung)

Als wesentliche Faktoren für die Lebensqualität bezeichneten die PatientInnen die Remission/Progression des Krankheitsverlaufes, den Einfluss therapeutischer Massnahmen und das Coping.; als weniger wichtig erachtet wurden "natürliche Schwankungen" bzw. Änderungen am Arbeitsplatz bzw. im sozialen Umfeld.

Tabelle 12: Wesentliche Faktoren für die QoL in den letzten drei Monaten

PatientIn	„Natürliche Schwankungen“	Remission / Progression Krankheitsverlauf	Therapeutische Massnahmen	Psychische Krankheitsbewältigung	Veränderungen am Wohn-, Arbeitsplatz und/oder sozialen Umfeld
F56	ja	teilweise	ja	teilweise	nein
F63	teilweise	ja	ja	ja	nein
F69	teilweise	ja	-	ja	nein
M57	nein	ja	ja	ja	nein
F66	nein	nein	nein	nein	nein
M65	ja	nein	ja	ja	nein
M56	nein	ja	nein	nein	nein
F42	ja	ja	nein	ja	teilweise
F39	teilweise	teilweise	ja	teilweise	ja
M72	-	ja	ja	ja	nein
M66	nein	ja		ja	nein
M49	nein	nein	ja	ja	nein

4.1.2.3.3. Wesentliche persönliche Anteile bezüglich der QoL in den letzten drei Monaten (Selbsteinschätzung)

Als wesentliche pers. Anteile in Bezug auf die QoL in den letzten 3 Monaten gaben alle PatientInnen bis auf einen die bewusste Lebensführung an und alle die positive Einstellung. Hingegen gaben „nur“ 8 von 12 an, dass Religion oder ein Glaube an eine höhere Macht für sie eine Rolle spielen würde und andere Faktoren wurden ergänzenderweise nur 2 PatientInnen angegeben.

Tabelle 13: Wesentliche persönliche Anteile bzgl. der QoL in den letzten drei Monaten

Pat.	Bewusste Lebensführung (Schlaf, Ernährung, etc.)	Positive Einstellung, Lebenswille, Zukunftsglaube, etc.	Religion, Glaube an Gott bzw. höhere Macht	Andere?
F56	ja	ja	ja	Liebe zu sich selbst
F63	ja	ja	ja	-
F69	ja	ja	ja	-
M57	ja	ja	ja	-
F67	ja	ja	ja	-
M65	nein	ja	nein	-
M56	ja	ja	ja	nein
F42	ja	ja	ja	-
F39	ja	ja	ja	-
M72	ja	ja	nein	ja; körperliche Tätigkeit
M66	ja	ja	nein	-
M49	ja	ja	nein	nein

4.1.2.3.4 Einfluss der Therapien auf die QoL i. d. letzten drei Monaten (Selbsteinschätzung)

Bezüglich der Misteltherapie gaben 9 PatientInnen Verbesserungen an. Bezüglich allfällig verwendeter CAM-Therapien gaben 4 PatientInnen Verbesserungen an (Shiatsu, Körper-Seele-Geist-Therapie, Fussreflexzonentherapie). Die Unterstützung durch soz. Umfeld wurde von 6 PatientInnen im Sinne einer Verbesserung bewertet. Bezüglich der verwendeten konventionellen Therapien wurden von 4 PatientInnen Verbesserungen angegeben und bzgl. einer allfällig eingesetzten Psychotherapie bewerteten 3 PatientInnen eine Verbesserung.

Hinweis: Vgl. das von den PatientInnen hier angegebene Behandlungskonzept mit den entsprechenden Angaben der Interviews.

Tabelle 14: Einfluss der Therapien auf die QoL in den letzten drei Monaten

PatientIn	MT	Konv. Therapien (Radiotherapie, Chemotherapie, Hormone, Operation)	CAM	Unterstützung (Soziales Umfeld)	Psychotherapie
F56	Verbesserung	Verschlechterung	Verbesserung	Verbesserung	Verbesserung
F63	Verbesserung	Verbesserung	-	Verbesserung	-
F69	Verbesserung	kein Einfluss	kein Einfluss	Kein Einfluss	kein Einfluss
M57	kein Einfluss	Verschlechterung		Kein Einfluss	
F66	Verbesserung	Verbesserung	kein Einfluss	Kein Einfluss	kein Einfluss
M65	kein Einfluss	Verschlechterung	Verbesserung	Verbesserung	-
M56	Verbesserung	Verbesserung	-	Verbesserung	-
F42	Verbesserung	kein Einfluss	Verbesserung	-	Verbesserung
F39	Verbesserung	Verbesserung	Verbesserung	Kein Einfluss	Verbesserung
M72	Verbesserung	kein Einfluss	kein Einfluss	Verbesserung	-
M66	Verbesserung	-	-	-	-
M49	kein Einfluss	kein Einfluss	Verbesserung	Verbesserung	-

4.1.2.3.5. Mögliche Einflüsse der Misteltherapie in den letzten drei Monaten – 1. Teil (Selbsteinschätzung)

Insgesamt konnten 8 PatientInnen einen Einfluss auf die fünf nachgefragten Aspekte angeben (siehe unten). Sieben PatientInnen äusserten einen Einfluss auf ihr psychisches Befinden; vgl. Interview. Vier PatientInnen gaben einen Einfluss auf ihre Vitalität / Leistungsfähigkeit an. Jeweils 2 PatientInnen vermerkten einen Einfluss auf ihr körperliches Schmerzempfinden, ihr Bewusstsein (geistige Leistungsfähigkeit) sowie ihre körperliche Durchwärmung.

Tabelle 15: Wirkungen der Misteltherapie in den letzten drei Monaten – 1. Teil

PatientIn	Ihr körperliches Schmerzempfinden	Ihre Vitalität/ Leistungsfähigkeit	Psyche/ seelisches Wohlbefinden	Bewusstsein; geistige Leistungsfähigkeit	Körperliche Durchwärmung
F56	nein	ja	ja	ja	ja
F63	nein	ja	ja	nein	nein
F69	nein	ja	nein	nein	nein
M57	nein	nein	nein	nein	nein
F66	Ja	nein	ja	Ja	ja
M65	nein	nein	nein	nein	nein
M56	nein	nein	ja	nein	nein
F42	nein	nein	nein	nein	nein
F39	nein	nein	ja	nein	nein
M72	nein	nein	nein	nein	nein
M66	Ja	ja	ja	nein	nein
M49	nein	-	ja	nein	nein

4.1.2.3.6. Fragen hinsichtlich dem Entscheid zur Misteltherapie (MT) sowie zu deren Wirkungen / Nebenwirkungen in den letzten drei Monaten – 2. Teil

Für 7 PatientInnen habe sich der Entscheid zur MT bestätigt, für 3 teilweise. 10 PatientInnen können die MT weiter empfehlen, 1 teilweise. 4 PatientInnen gaben einen Einfluss auf allfällige Nebenwirkungen konventioneller Therapien an. 11 PatientInnen verneinten unerwünschte Einflüsse der MT, 1 ja (Vgl. Ergebnisse der Interviews). Bezüglich Zuordnung allfälliger Veränderungen durch die Misteltherapie... am ehesten auf - den Körper 7, die Vitalität 8, das psychische Befinden 8, die geistige Leistungsfähigkeit 1 und die Durchwärmung 1. 2 PatientInnen gaben keinen Einfluss an, 1 auf den Körper.

Tabelle 16: Fragen zum Entscheid zur Misteltherapie sowie zu deren Wirkungen und Nebenwirkungen in den letzten drei Monaten – 2. Teil

PatientIn	Hat sich für Sie Entscheid zur MT bestätigt?	Können Sie MT weiter empfehlen?	Zuordnungen allfälliger Veränderungen durch die MT... am ehesten auf?	Einfluss auf allfällige Nebenwirkungen konventioneller Therapien?	Unerwünschte Einflüsse der MT?
F56	Ja	ja	Körper/körperliches Befinden, Lebenskraft/ Vitalität, psychisch-seelisches Befinden, Durchwärmung.	kein Einfluss	nein
F63	Ja	ja	Vitalität / Psychisches Befinden	Positiv	nein
F69	Ja	teilweise	keine	kein Einfluss	nein
M57	nein	ja	Körper	kein Einfluss	nein
F66	ja	ja	keine	kein Einfluss	nein
M65	ja	ja	Körper / Vitalität / Psychisches Befinden	-	nein
M56	teilweise	ja	Körper/körperliches Befinden, Lebenskraft/ Vitalität, psychisch-seelisches Befinden	Positiv	nein
F42	teilweise	ja	Körper/körperliches Befinden, Lebenskraft/ Vitalität, psychisch-seelisches Befinden	kein Einfluss	nein
F39	teilweise	ja	Körper/körperliches Befinden, Lebenskraft/ Vitalität, psychisch-seelisches Befinden	Positiv	nein
M72	ja	ja	Körper/körperliches Befinden, Lebenskraft/ Vitalität, psychisch-seelisches Befinden, geistige Leistungsfähigkeit	kein Einfluss	nein
M66	ja	ja	Psychisches Befinden	-	nein
M49	-	-	Körper/körperliches Befinden, Lebenskraft/ Vitalität, psychisch-seelisches Befinden	Positiv	ja

4.1.2.3.7. Fragen zu den Fragebogen, Anmerkungen zur Behandlung / Studie durch die Patientinnen

Elf PatientInnen gaben an, dass der EORTC QLQ-C30 leicht auszufüllen gewesen sei; beim SELT 8, beim HLQ 7 und beim FB-MT 8. Acht PatientInnen äusserten die Meinung, dass sie das Gefühl hätten, dass unsere Fragebogen geeignet seien, ihre QoL wiederzugeben, 2 PatientInnen beantworteten mit teilweise. An Kritik wurde geäußert: Zu viele Fragen; im FB-MT seien keine Änderungen feststellbar; der Einfluss der Chemo- und der Misteltherapie sei nicht differenzierbar (gemäss einer anderen PatientIn gelte das für alle Therapien) und die Fragen 24-30 seien hypothetisch. Weiterhin müsste die Studie die Rahmenbedingungen der Befragung mit erheben und berücksichtigen (z.B. Chemotherapiephase).

Tabelle 17: Fragen zu den Fragebogen, Anmerkungen zur Behandlung/Studie

PatientIn	Waren die FB für sie leicht auszufüllen?	Sind die FB nach Ihrer Meinung geeignet, Ihre QoL angemessen wiederzugeben?	Anmerkungen, Kritik und Wünsche in Bezug auf die FB, die Studie, die MT und / oder das Interview?
F56	EORTC: ja SELT: - Herdecker: - FB-MT: ja	ja	Nein
F63	-	ja	-
F69	EORTC: ja SELT: ja Herdecker: nein FB-MT: ja	-	-
M57	Alle ja	teilweise	Zu viele Fragen; z.T. unverständlich
F66	EORTC ja, and. FB nein	ja	Fiebermessen nütze nichts, weil keine Temperatur
M65	Alle ja	-	Anregung zum FB-MT; hiermit seien keine Änderungen feststellbar
M56	Alle ja	ja	Einfluss Mistel- und Chemotherapie sei kaum unterscheidbar
F42	Alle ja	ja	FB-MT; Fragen 24-30 „hypothetisch“
F39	Alle ja	ja	-
M72	EORTC: ja SELT: ja Herdecker: ja FB-MT: -	ja	Bessere Instruktion bezüglich Applikation Misteltherapie erwünscht. Fragen 13 und 14 im FB-MT; Einflüsse der verschiedenen Therapien können nicht differenziert werden.
M66	Alle ja	ja	-
M49	EORTC ja, and. FB nein	teilweise	Rahmenbedingungen der Befragung mit erheben und berücksichtigen; z.B. Chemotherapiephase, etc.

4.1.2.3.8. Zusammenfassung, Relevanz der Ergebnisse

Eine PatientIn hat die obligatorische Schule absolviert, drei PatientInnen eine Lehre und die restlichen haben eine höhere Bildung. Nur eine Patientin lebt nicht in einer Partnerschaft; sie hat auch keine Kinder. Eine Patientin hat Kinder im erziehungsfähigen Alter – Die anderen PatientInnen haben Kinder im erwachsenen Alter. Vier PatientInnen habe keine Konfession angegeben – Interessanterweise gaben drei davon an, „trotzdem“ einen wesentlichen persönlichen Einfluss auf die QoL durch Religion/Glauben an Gott bzw. eine höhere Macht zu haben (Vgl. Tabellen 9/13).

Aus der Tab. 9 bzw. 10 ist zu entnehmen, dass die PatientInnen die Anthroposophie eher nur wenig kennen und die Misteltherapie erstmalig einnehmen. Der „Entscheid zur Misteltherapie“ zeigt im

Rahmen der Erhebung durch den Fragebogen zur Misteltherapie (1. Befragung) den realen Sachverhalt nicht – In den Interviews trat zutage, dass die für die Misteltherapie motivational wichtigen Angehörigen (siehe dort) vorwiegend weiblichen Geschlechts sind.

Wichtig erscheint bezüglich der Frage nach den therapeutischen Massnahmen (Tab. 10), dass CAM- bzw. Psychotherapien bei der Beantwortung „verloren“ gegangen sind. Wir vermuten, dass die Pat. in den FB-MT zurückhaltender mit den entsprechenden Informationen umgegangen sind bzw. diese in den Interviews nach Massgabe des Vertrauens äussern. Die Frage nach „Misteltherapie für ...?“ erscheint andererseits „umfassender“ beantwortet als in den Interviews (wahrscheinlich wegen der Möglichkeit des Ankreuzens) – Vgl. auch Tab. 14/15/16.

Bezüglich der Bedeutung der Misteltherapie für das Gesamtkonzept gaben vier PatientInnen in den FB-MT eine für sie zentrale Bedeutung an: Insgesamt bewertete also ein Drittel der PatientInnen die MT als zentral, aus allerdings verschiedenen Gründen⁶³.

Interessante Ergebnisse ergeben sich aus den Tab. 13 und 12: So gaben alle PatientInnen die „positive Einstellung, Lebenswille, Zukunftsglaube, etc.“ bzw. 11 PatientInnen „die bewusste Lebensführung (Schlaf, Ernährung)“ als wesentliche persönliche Anteile hinsichtlich ihrer Lebensqualität in den letzten drei Monaten an. Als wesentlichen Bewältigungsfaktor erachteten 8 PatientInnen die psychische Bewältigung. Die zwei PatientInnen, die hier „teilweise“ angegeben haben, stellten die therapeutischen Massnahmen in den Vordergrund sowie (ebenfalls teilweise) den Krankheitsverlauf. Ein Patient wiederum stellte den positiven Krankheitsverlauf in den Vordergrund und eine Patientin scheint bezüglich ihrer Lebensqualität keine wesentlichen Einflussfaktoren zu haben.

Als wesentlich erscheinen auch die Ergebnisse der Tab. 14: So geben 4 PatientInnen einen positiven Einfluss durch die konventionellen Therapien auf ihre Lebensqualität an und zwei eine Verschlechterung. Bei der Misteltherapie geben 9 PatientInnen einen positiven Einfluss an. Bei den zusätzlichen CAM- bzw. Psychotherapien (5 bzw. 3) korrelieren die Angaben mit den eingesetzten Therapien – Vgl. Interviews; weniger objektivierbar / eindeutig.

In Tab. 16 gaben 10 PatientInnen „allfällige Veränderungen“ durch die Misteltherapie an, wobei 7 PatientInnen positive Einflüsse auf ihr psychisch-seelisches Wohlbefinden Angaben und jeweils 4 PatientInnen auf ihre Vitalität / geistige Leistungsfähigkeit bzw. allfällige Nebenwirkungen durch konventionelle Therapien. Nur ein Patient gab unerwünschte Wirkungen an.

Die eindrücklichsten Ergebnisse liefern die Tab. 12/13/14 (bezüglich dieser Tabellen verweise ich auf das Kap. 4.1.3.) und zwar weil hieraus zu ersehen ist, dass das „Selber-etwas-tun“ gegen die Krankheit / für die Gesundheit den PatientInnen sehr wichtig zu sein scheint. Hierbei kann von einer massgeblichen Unterstützung der komplementärmedizinischen Therapieverfahren ausgegangen werden. Die psychische Bewältigung wird hierbei marginal höher eingestuft, als die Unterstützung durch therapeutische Massnahmen. Der Krankheitsverlauf scheint – neben der subjektiven Verbesserung der Lebensqualität – ein wesentlicher subjektiver Indikator zu sein, an dem die PatientInnen ihre Bewältigungsstrategien selbst messen können.

Die Misteltherapie erscheint in den Bewertungen des Fragebogens zur Misteltherapie (2. Befragung) positiver zur Darstellung zu kommen als in den Interviews. Allerdings fällt auf, dass zehn PatientInnen die Misteltherapie zwar weiterempfehlen können (1 Patient teilweise) – Bestätigt hingegen habe sich die Misteltherapie für 7 der PatientInnen (für 3 PatientInnen teilweise, bei einer Enthaltung).

⁶³ Entsprechend den Angaben der Interviews besteht bei einer Patientin wahrscheinlich ein Zusammenhang mit der Präferenz alternativer Methoden bzw. ihrer Deutung der Methoden. Bei einem Patienten besteht eine palliative Situation, bei einem Patienten ist es die einzige Behandlung gegen den Krebs (Abbruch der Chemotherapie wegen Nebenwirkungen, Radiotherapie nicht möglich; ausgeschöpfte Dosis). Und bei einem Patienten besteht subjektiv eine erhebliche Bedrohungslage sowie eine engmaschige Begleitung durch die Tochter, die die MT initiiert hat.

4.2. Interviews – Zusammenfassende Darstellung und Interpretation der Interviews

4.2.1. Anmerkungen zu den PatientInnen des Interviewkollektivs der Studie

- **Frau** 56 Jahre, **Brustkrebs**. Einverständniserklärung (E) vom 27.4.99. Interview vom 05.05.1999.
- **Frau** 63 Jahre, **Brustkrebs**. E vom 27.4.99. Interview vom 25.05.1999.
- **Frau** 69 Jahre, **Brustkrebs**. E vom 23.4.99. Interview vom 05.05.1999.
- **Mann** 57 Jahre (M57-1), **Dickdarmkrebs**. E vom 21.4.99. Interview vom 04.05.1999.
- **Frau** 66 Jahre, **Zwölffingerdarmkrebs**. E vom 5.5.99. Interview vom 07.06.1999.
- **Mann** 65 Jahre, **Pankreaskrebs**. E vom 19.5.99. Interview vom 02.06.1999.
- *Mann, 78 Jahre, Adeno-Ca des Rectosigmoid. Verstorben am 10.6.99 – Nur 1 Interview.*
- **Mann** 56 Jahre, **Dickdarmkrebs**. E vom 19.5.99. Interview vom 11.06.1999.
- **Frau** 42 Jahre, **Brustkrebs**. E vom 25.5.99. Interview vom 16./23.06.1999.
- **Frau** 39 Jahre, **Pankreaskrebs**. E vom 26.9.99. Interview vom 30.06.1999.
- **Mann** 72 Jahre, **Dickdarmkrebs**. E vom 28.6.99. Interview vom 28.06.1999.
- **Mann** 66 Jahre, **Dickdarmkrebs**. E vom 18.6.99. Interview vom 14.07.2000.
- *Frau 49 Jahre, Lungenkrebs. E vom 7.8.99. Abbruch der Therapie nach dem ersten Interview.*
- *Ehepaar: Mann 72 Jahre Prostatakrebs, Frau 68 Jahre Multifokales Basaliom. E vom 20.8.99. Nicht in Auswertung einbezogen; spezielle Interviewsituation zu dritt, Paardynamik, Informationsumfang.*
- *Mann 71 Jahre, Prostatakrebs. E vom 20.8.99. Nicht in Auswertung einbezogen – Beide Interviews fanden am Telefon statt; kein direkter Kontakt.*
- **Mann** 49 Jahre, **Dickdarmkrebs**. E vom 15.9.99. Interview vom 12/1999.

An den Interviews haben insgesamt **17 Patienten** teilgenommen. Nicht auswertbar waren zwei Interviews – Ein Patient ist verstorben, eine Patientin hat die Therapie abgebrochen. Zwei weitere Interviews wurden aus formalen Gründen nicht in die Auswertung mit einbezogen. Ausgewertet worden sind also **12 Interviews**.

Geschlechts- und Altersverteilung der InterviewteilnehmerInnen:

6 Frauen im Alter 40, 42, 47, 63, 67, 69.

6 Männer im Alter 47, 49, 57, 65, 67, 73.

Hierbei fällt eine „zweigenerative Teilung“ auf, die bei den Frauen allerdings ausgeprägter ausfällt als bei den Männern. Drei Frauen stehen „mitten“ im familiären Leben und drei Frauen stehen kurz vor der Pensionierung oder sind pensioniert.

Die Studienteilnehmer sind von folgenden **Tumoren** betroffen:

Frauen: 4 Brustkrebse, 1 Zwölffingerdarmkrebs sowie ein Pankreaskrebs.

Männer: 5 Dickdarmkrebse, 1 Pankreaskrebs.

4.2.2. Ausgewertete Interviews (Siehe S.56)

Die transkribierten Interviews befinden sich im Anhang!⁶⁴
Auswertungen 1-12: S. 56-79

4.2.3. Tabellarische Verdichtung der ausgewerteten Interviews

4.2.3.1. Tab. 18.1: Interviews 1-6, siehe S. 80.

4.2.3.2. Tab. 18.2: Interviews 7-12, siehe S.81.

⁶⁴ Die Interviews wurden mittels Kassette aufgezeichnet und anschliessend transkribiert (Siehe Anhang. Zum Teil wurden handschriftliche Ergänzungen oder Telefonate mit berücksichtigt. Anschliessend erfolgte eine „mehrstufige“ Auswertung: In einer ersten Stufe erfolgte eine max. zweiseitige Auswertung nach gewissen Fragenkomplexen, die im Sinne einer Verdichtung tabellarisch dargestellt sind. Danach erfolgte eine PatientInnen-übergreifende Interpretation.

Ausgewertete Interviews:

Auswertung 1: F56, Brustkrebs

1) Wieso und wofür nimmt die Patientin die Misteltherapie? Von der Patientin formulierte medizinische Zielsetzung?

(2) Als der Arzt das Paracelsus-Spital empfiehlt, sei es für sie klar gewesen, dass sie dort hin gehe wegen der alternativen Behandlungsmethoden (Vgl. 1: Die Patientin kommt via Alternativmedizin zur schulmedizinischen Tumorabklärung).

2) Bestehen seitens der Patientin subjektive Erwartungen und Hoffnungen im Bezug auf die Misteltherapie?

(13) Bezüglich der Mistel (und der von ihr verwendeten Therapien) habe sie die Hoffnung, dass sie ihre inneren körperlichen und gefühlsmässigen Kräfte unterstützen würden.

3) Wahrnehmungen, im Sinne von (vermuteten) Wirkungen oder Nebenwirkungen der Misteltherapie während des Therapieverlaufs? Subjektive Erfahrungen und Bewertungen der Misteltherapie durch die Patientin?

(30/31) Bezüglich der Misteltherapie habe sie Widerstände in Bezug auf das Stechen gehabt (deren Überwindung werden von der Patientin im Sinne einer psychisch-prozesshaft orientierten Krankheitsbewältigung umgedeutet). Sie spüre eine positive Wirkung – „sich stärker“.

4) Besteht bei dieser Patientin ein subjektives Krankheitsmodell? Krankheitsrelevante Aspekte, im Sinne von Deutung, etc.?

„Gekippt“ (Vgl. 3 – Denkt an etwas mit Lymphe) sei sie auf Grund der Tomografie. (4) Zuerst habe sie ganz viele Gefühle gehabt und dann ein inneres Erleben wie ein "Spiel" (ein Ziehen zum Tod und zum Leben hin), wie ein Begleiter von dem sie nicht gewusst habe, wo er sie hinbringe. (5) Trotz positiver Familienanamnese negiert die Patientin die Vorstellung eines entsprechenden Einflusses für sich. (6) Trotz Invaliditätsrente (wegen Rückenproblemen) empfindet sich die Patientin als gesunden Menschen und fügt an, dass ihre Erkrankung der Weg sei, den sie gehen müsse⁶⁵. Im Rahmen der aktuellen Krebserkrankung erinnert sie sich an die sexuelle Gewalt in ihrer Kindheit („Kindheitsgeschichten“, Vgl. 18) – die damit assoziierten Reaktionsbildungen reichen bis in die Gegenwart hinein (Vgl. 35/39/40/41). Der Krebs zeige ihr diese ganze zerstörerische Situation⁶⁶, damit sie an diese "subtilen" Sachen, ihre „Wahrheit“ herankommen könne und diese „Energien“⁶⁷ sich befreien könnten (10). Die damit assoziierten psychologischen Vorstellungen scheinen von der Patientin im Sinne eines verinnerlichten Musters verstanden zu werden, das kausal krankheits-bestimmend ist und sich am Körper zeigt (Vgl. 10). Sie beobachte was ist (Vgl. 25) und „reflektiert“ vor ihren biografischen Hintergrund / Kontext ihr Inneres sowie ihr Beziehungsverhalten⁶⁸. Weiterhin werden die psychovegetativen Auswirkungen (... dass ihr Kopf

⁶⁵ Sie habe nach der Scheidung ihrem Mann beweisen wollen, dass sie es alleine könne. Sie habe Tag und Nacht gearbeitet, bis ihr Rücken ihr einen anderen „Weg“ gezeigt habe.

⁶⁶ (7–Vgl. 8/9/10) Durch die Krankheit betrachte sie ihr Leben anders. Die Krankheit wird auch als Botschaft verstanden (33, Vgl. auch Lehrer). (37) Der Krebs stehe für etwas, was unterschwellig da gewesen und jetzt ausgebrochen sei, ... etwas Zerstörerisches in ihr das verhindert habe, dass sie sich ihr eigenes Leben nehme; Vgl. auch eigene Bestimmung (40). Wegen der „Kindheitsgeschichten“ habe sie sich selbst zu wenig Liebe gegeben und das Schicksal ihrer Mutter übernommen (Vgl. energetische Verbindung auf Distanz). Das gelte es nun zu trennen, ihr Schicksal von dem der Mutter. Die Prägungen der Kindheit werden weiterhin mit dem Scheitern ihrer Ehe sowie mit ihren eigenen Problemen im Umgang mit ihren Kindern in einen Bezug gebracht (Vgl. 34, Aborte). Sie habe das in der Therapie realisiert (29); aktueller Partner wie ein „Spiegel“ (ihrer Eltern) – Sie habe ihre Sehnsucht nach Liebe auf ihn projiziert, statt in ihrem Herzen danach zu suchen (Vgl. im Herzen sind alle gleich).

⁶⁷ (38) Diese Energie sei unsichtbar und würde von den Ärzten nicht verstanden werden.

⁶⁸ (25) Beschreibt die häuslichen Zustände im Heimatland wie „Krieg“ (Vor 28: „eis Gnusch“, „Wischi-Waschi“). (Vgl. 41, Aschenputtel) Ihr Bruder wolle ihre Rückkehr in die Familie – Sie aber wolle ihr eigenes Leben leben. (42) Die familiären Bedingungen würden die Energie blockieren, d. h. die Kraft... so dass keine Freiheit und Liebe entstehen

rotiere und die Einheit von Körper, Seele und Geist bedroht sei) als damit im Zusammenhang stehend betrachtet⁶⁹.

5) Beeinflusst das subjektive Krankheitsmodell die Wahl der Therapien oder der therapeutischen Strategie? Besteht diesbezüglich eine lebensqualitative Relevanz? Wesentliche Bewältigungsstrategien? Findet eine persönliche Entwicklung statt? Bestehen neue Themen oder eine Auseinandersetzung mit Sinnfragen?

Die mit dem subjektiven Krankheitsmodell einhergehenden Vorstellungen sind als wesentlich in Bezug auf die Wahl der Therapien⁷⁰ zu betrachten sowie auf die Art der Krankheitsbewältigung. Die prozessuale Bewältigung der Krankheit (Auflösung, Annehmen der Prägungen) wird im Sinne eines „Lehrers“ verstanden, der sie durch einen Prozess der Selbstannahme und zum „Wachsen“ führen könne (16, Vgl. 15). Der Glaube wiederum bringe Verbindung mit dem Ganzen (das sie in sich spüre). So dass mehr Wachheit, Bewusstheit und Freiheit resultieren würden (21)⁷¹. Dabei brauche es Geduld, ein Schonen sowie Aufbauen ihrer Kräfte (Vor 41). Therapeutische Unterstützung findet die Patientin im „Familienstellen nach Hellinger“ (36/38).

6) Bestehen neben der Misteltherapie andere Therapien? Treten im Zusammenhang mit diesen Therapien allfällig wichtige Ereignisse auf? Lebensqualitative Veränderungen vom ersten zum zweiten Interview?

(30/32) Die Operation habe sie gut verarbeitet, allerdings hätte sie das „ganze Brustabnehmen“ nicht gekonnt. Bei der Chemotherapie sei klar gewesen, dass sie das nie machen werde – Die konventionellen Therapien werden mit „Folter“ assoziiert und der natürlichen Mistel gegenübergestellt, die sie gegen den Krebs nehme. (12) Sie verwende weiterhin Lymphdrainage sowie "antiweibliches" Hormon und beobachte, was passiere (Introspektion). (14) Die verschiedenen therapeutischen Bausteine würden ineinander fließen... so helfe ihr die Heileurythmie aus ihrer depressiv-körperlichen Erstarrung heraus⁷². (26) Unterstützend behandelt die Patientin körperlichen Schmerz mit Akupunktur, wobei sie in Bezug auf die Behandlung „ihres Herzens“ von ihrer Vaterseite sowie von nicht gelösten Bindungen spricht. (24)

Ihre Lebensqualität habe sich in den letzten drei Monaten verbessert. Inhaltlich geht sie hierbei allerdings nicht auf den Krebs ein, sondern äussert dass sie einerseits noch Schmerzen von der Operation her habe und spricht andererseits vor allem über die psychisch-prozessuale Seite ihrer Erkrankung⁷³.

Auswertung 2: F63, Brustkrebs

könne. Von aussen wirke dann alles gut, aber unter der Oberfläche sehe es anders aus. Im Zusammenhang damit würden Krankheiten entstehen. Der Körper lüge nicht, er zeige die Wahrheit. Hierbei orientiert sie sich nicht an einem Modell, sondern an ihrem Erleben/Glauben (Vgl.19/20).

⁶⁹ Vgl. 21: Fühle sich wie blockiert – habe keinen Zugang zu sich – wenn sie aktiv werden wolle, komme mehr Schmerz. Dann würden die körperlich-seelischen Schmerzen, die sie schon lange habe (IV), zunehmen.

⁷⁰ Vgl. auch 6. und 11: Der Krebs wird von der Patientin mit etwas Zerstörerischem assoziiert, das einem fresse und da die Patientin sich nicht mehr foltern wolle, verzichte sie auf Chemo oder Bestrahlung und möchte sanfte Therapien – mit der Natur – anwenden. Die Patientin äussert, dass es ihr hierbei nicht um die Schulmedizin gehe; sondern um das, was sie mit der Methode assoziiert (Anmerkung Autor).

⁷¹ (20/21/22/23) Glauben sei für sie wichtig, wobei sie nicht den "institutionellen" und „eingetrichterten“ Glauben meine, sondern die Verbindung mit dem Ganzen, die sie in sich spüre – Natur sei wichtig und Ganzheit (Vgl. „Religio“). Statt „Wertesysteme“, im Sinne von einer in die Seele eingepägten Hölle (die mit Schuldgefühlen und Angst verbunden seien), gehe es darum, den Menschen über den Glauben zu mehr Freiheit, zu mehr Wachheit und Bewusstheit (der „Weg ins Bewusstsein“ gebe Kraft; Vgl. Todeskirchen) zu verhelfen – Im Herzen, seien alle Menschen gleich. Diese „Erlösungsarbeit“ mache nicht Jesus, sondern die Menschen selber müssten das tun.

⁷² (17) Die Patientin äussert existentielle Ängste sowie eine Anspannung, die dazu führen würden, dass der Kopf zu rotieren beginne und sie aus der Einheit von Körper, Seele und Geist falle.

⁷³ Die Brust habe wie weg wollen/die Energie wolle heraus. Das Leiden ihrer weiblichen Seite habe sie in der Therapie angeschaut und sei sich so näher gekommen. (Vgl. 25) Die Körperhälften werden mit subjektiven Bedürfnissen (dem aktuellen Befinden) sowie Bewältigungsmöglichkeiten in einen Zusammenhang gebracht und männlich-weiblichen polarisiert (Vergangenheitsbezug) – Wobei es im Rahmen der therapeutischen Bearbeitung (Aufstellen der Brust, Familienstellen nach Hellinger) sowohl um das Bearbeiten der Prägungen, als auch um das Erarbeiten ihrer Lebensaufgabe geht.

1) Wieso und wofür nimmt die Patientin die Misteltherapie? Von der Patientin formulierte medizinische Zielsetzung?

Der Grund für die Misteltherapie und die Behandlung am Paracelsusspital sei für die Patientin die Vertrauensbasis zum Hausarzt (102). Die Misteltherapie nehme sie für das Immunsystem (103) und äussert, dass im Gegensatz zu den Tabletten, die gezielt auf die Hormone „losgehen“ würden, die Mistel auf den „Gesamtkörper“ wirke (108).

2) Bestehen seitens der Patientin subjektive Erwartungen und Hoffnungen im Bezug auf die Misteltherapie?

Dass es die Mistel gebe, habe sie zwar (schon früher) zur Kenntnis genommen (109) – sie habe sich aber nie vertieft damit (d.h. mit dem Krebs oder möglichen Therapien) auseinander gesetzt⁷⁴ (110). Bezüglich Mistel äussert die Patientin weiterhin, dass sie – so lange sie nichts Negatives höre – davon ausgehe dass es positiv sei⁷⁵.

In Bezug auf die Arthritis hat die Patientin ein klares, stufenorientiertes Behandlungskonzept: Für den akuten Schmerz nehme sie Wallwurz, also Homöopathie oder Alternativmedizin, für die Schübe brauche sie Schulmedizin (106). Sie sei nicht gegen die Schulmedizin, sondern einfach gegen zu viel Chemie – der Körper und sie selbst / die Seele müssten zusammen arbeiten (107).

3) Wahrnehmungen, im Sinne von (vermuteten) Wirkungen oder Nebenwirkungen der Misteltherapie während des Therapieverlaufs? Subjektive Erfahrungen und Bewertungen der Misteltherapie durch die Patientin?

(120) Die Misteltherapie vertrage sie gut und könne sie auch weiter empfehlen... am ehesten gemütsmässig. Sie habe die Neigung zu leichten Depressionen gehabt und falle beispielsweise im Zusammenhang mit ihrer Mutter nicht mehr gleich in ein tiefes Loch oder leide unter Atemnot sowie dem Gefühl einen Knoten im Hals zu haben. Es könne sein, dass sich das auch operationsbedingt gebessert habe... sie gebe jedoch grossen Kredit auf die Mistel. Weiterhin habe sie bei gleich bleibender Arbeitsbelastung und ungünstigen Wetterbedingungen den Eindruck einer verbesserten Situation bezüglich ihrer arthritischen Schmerzen (121); habe keine solchen Schübe mehr.

4) Besteht bei dieser Patientin ein subjektives Krankheitsmodell? Krankheitsrelevante Aspekte, im Sinne von Deutung etc.?

Es habe (ja) am Anfang niemand gedacht, dass es eine bösartige Sache sei – Man hat halt gedacht, dass es „einfach“ wieder so ein Knoten sei (Vgl. 101/104)⁷⁶. Die Diagnose sei zunächst „nicht so ein Schock“ gewesen (101), es sei mehr um die Frage gegangen... wie weiter. Die Gefühle seien dann erst später gekommen, aber die müsse man jetzt auch wieder „abbauen“ (weil die Diagnose ... sei ja gut). Eine Antwort habe sie nie gefunden, habe auch nie eine Endantwort gesucht... auch weil sie davon ausgegangen sei, dass alles in Ordnung sei. Das Negative wolle sie auch nicht erst so arg hochkommen lassen bzw. hochkommen lassen und dann wieder wegschicken (113), weil so ein Schicksalsschlag „fresse im Körper“ und bringe ihn in Aufruhr – Hierbei ist sich die Patientin nicht klar, ob sich eine solche konfrontative Auseinandersetzung im Bezug auf ihr Problem nicht wieder festsetzen könnte und spricht weiterhin konkreten „Stress“ (Mutter,

⁷⁴ Bei Status nach einer Tumorerkrankung vor 25 Jahren mit zweimaliger operativer Entnahme von benignen Tumoren (Vgl. 104). Entsprechend ihrem vorsichtig-abwägenden und eher zurückhaltenden Umgang mit ihren eigenen hochkommenden Gefühlen führt die Patientin bezüglich Krankheiten im sozialen Umfeld an, dass sie jeweils nicht „eindringend“ nachgefragt habe, weil das eine private Angelegenheit sei (110).

⁷⁵ Von einer Bekannten die bezüglich ihrer Polyarthritis von der Mistel begeistert sei, habe sie erst „jetzt“ gehört.

⁷⁶ Insofern sei sie ohne viele Gedanken in die Untersuchung gegangen, wobei zunächst „ein Schaden, aber nichts Erregendes“ festgestellt worden sei (Vgl. 102).

Existenzängste) als möglichen Risikofaktor⁷⁷ (ungefragt) an (114). (115) Als möglichen Sinn vermutet sie in diesem Zusammenhang, dass sich ihr Körper gegen „diese Belastungen“ gewehrt haben könnte – Eingehend habe sie das allerdings nicht untersucht (analysiert), aus Angst sich zu verstricken.

5) Beeinflusst das subjektive Krankheitsmodell die Wahl der Therapien oder der therapeutischen Strategie? Besteht diesbezüglich eine lebensqualitative Relevanz? Wesentliche Bewältigungsstrategien? Findet eine persönliche Entwicklung statt? Bestehen neue Themen oder eine Auseinandersetzung mit Sinnfragen?

Nachdem die Patientin sich aus Gründen des damaligen Alters und der Dignität im Rahmen der früheren Tumoren keine grossen Gedanken gemacht habe, setzt sie sich im Rahmen der aktuellen Erkrankung vertiefter mit der unerwartet bösartigen Krebserkrankung auseinander. So ein „Schlag“ sei eine Bewusstmachung, ein Entwicklungspunkt: Nach Aussen hätten sich durch die Krankheit keine wesentlichen Änderungen ergeben, aber nach Innen ganz bestimmt (112). Ihr Vorsatz sei... man lebe intensiver, man scheide oder grenze Vieles oder Manches aus (Vgl. 118). Man nehme die Dinge absichtlich nicht mehr so ernst. Man lasse sich nicht mehr so unter Druck setzen und sie unterscheide, was für sie wichtig sei und was unwichtig. Die Besinnung („Hammer auf den Kopf“, 118) durch die Bewusstseinsmachung habe sie sicherer als „Ich“ gemacht⁷⁸ – Zu ihren Wünschen, Vorstellungen und Bedürfnissen zu stehen („Ja und Nein zu sagen“), dazu brauche es Mut und Sicherheit. Unser Gespräch sei für sie (122; „auch“) positiv gewesen – Sie habe sich Gedanken machen müssen, weil sie direkt „angepeilt“ worden sei und nicht so „umenander habe hüpfen“ können.

6) Bestehen neben der Misteltherapie andere Therapien? Treten im Zusammenhang mit diesen Therapien allfällig wichtige Ereignisse auf? Lebensqualitative Veränderungen vom ersten zum zweiten Interview?

Die Patientin hat keine Chemotherapie. Eine zweite diagnostische Untersuchung für eine Bestrahlung hat die Patientin aus unklaren Gründen abgelehnt (103). Inwiefern diese Entscheide therapeutisch motiviert sind oder mit subjektiven Präferenzen der Patientin im Zusammenhang stehen, lässt sich aus dem Interview nicht abschliessend entnehmen⁷⁹. Die Patientin nimmt weiterhin „hormonerstörende“ Tabletten (Tamoxifen, 103). Hierbei habe sie eine gewisse Kurzatmigkeit, eine verstärkte Schleim-Bildung sowie Wechseljahrsbeschwerden (119). Die Patientin imponiert grobkursorisch gebessert, wobei sie zunächst eine unveränderte Leistungsfähigkeit angibt (116) – Im weiteren Verlauf äussert sie jedoch, dass es ihr besser gehe, insofern sie bewusster lebe. Sie habe etwas mehr Vitalität, weil sie die „Sachen“ nicht hinaus ziehe, direkter angehe und insofern sei auch ihre Zeit erfüllt.

⁷⁷ Von einem möglichen negativen Einfluss, von zum Beispiel ihrer Ernährung, geht die Patientin nicht aus.

⁷⁸ Sicherheit bezüglich ihrer Krankheitsbewältigung scheint die Patientin einerseits aus ihren direkten sozialen Bezügen zu ziehen („wäre nicht schön, nicht mehr gebraucht zu werden“ und „averbale“ Präsenz der Familie). Andererseits scheint sie aus der direkten Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung positive Entwicklungsimpulse generieren zu können. Die Patientin vermutet allerdings, dass wenn sie einen Organ-Krebs oder Schmerzen oder so etwas gehabt hätte – dass ihr dann die (konfrontative) Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung nicht so leicht gefallen wäre.

⁷⁹ Die Patientin äussert zunächst (Vgl. 1.), dass sie nicht gegen die Schulmedizin sei, sondern einfach gegen zu viel Chemie. In der Folge fällt allerdings auf, dass die Patientin sich im Bezug auf eine Fernsehdiskussion weniger an die positiven Aspekte der Heilungsverläufe erinnert, als vielmehr daran, was die Medizin alles kaputt gemacht habe (123) – Vgl. auch Stufenschema.

Auswertung 3: F69, Brustkrebs

1) Wieso und wofür nimmt die Patientin die Misteltherapie? Von der Patientin formulierte medizinische Zielsetzung?

(201) Sie mache die Misteltherapie für das Immunsystem. Sie habe Aredia und „die“ Tabletten (Novadex) und sonst nichts und so habe sie sich gedacht, das sei vielleicht noch gut, wenn sie das dazu nehme. Die komplementären Behandlungen (Misteltherapie) scheint ihr vom Umfeld näher gebracht worden zu sein, wobei insbesondere auch die Tochter eine Rolle spielen dürfte (236/239) – die Tochter ist z. B. gegen eine Chemotherapie und empfiehlt ihr das Paracelsus-Spital. Der behandelnde Arzt reagiert – im Gegensatz zu den Ärzten von Bekannten (202) – eher ablehnend auf die Misteltherapie.

2) Bestehen seitens der Patientin subjektive Erwartungen und Hoffnungen in Bezug auf die Misteltherapie?

(213) Sie hofft – man habe ihr das so gesagt – dass es helfe gegen den Krebs zu kämpfen und dass ein gestärktes Immunsystem mit einer verbesserten Abwehr verbunden sei. Der Entscheid zur Misteltherapie scheint ihr nicht einfach gefallen zu sein (212) – sie habe hin und her gemacht (216)⁸⁰.

3) Wahrnehmungen, im Sinne von (vermuteten) Wirkungen oder Nebenwirkungen der Misteltherapie während des Therapieverlaufs? Subjektive Erfahrungen und Bewertungen der Misteltherapie durch die Patientin?

Die Patientin selbst kann keine Wirkungen benennen und habe nur wenige Nebenwirkungen (lokale Rötung, 224). Als subjektiv positiv bewertet die Patientin im Bezug auf die Mistel, dass sie sich für einmal mit etwas Anderem, „weder“ dem Doktor habe auseinandersetzen müssen (237) und zitiert zudem ihre Tochter – dass es gut sei, wenn sie an diesem Spital etwas integriert sei – wenn dann wieder etwas wäre... (236).

4) Besteht bei dieser Patientin ein subjektives Krankheitsmodell? Krankheitsrelevante Aspekte, im Sinne von Deutung, etc.?

Die aktuelle Situation wird von der Patientin als sehr bedrohlich erlebt – 205, Panik; 208, Angst, 212 Krebs erschreckend. Ein diesbezüglicher Einfluss der „Sterbebegleitung“ ihres verstorbenen Ehemannes, kann an Hand des Interviews nicht beantwortet werden – Verstarb an Hirntumor (206/218) und habe (Anmerkung Autor: ebenfalls) Metastasen gehabt (219)⁸¹. Erwähnenswert erscheint in diesem Zusammenhang die von der Patientin geäußerte Vorstellung, dass man Krebs „sowieso nicht heilen könne“ – Vgl. 205: Bezüglich des Knochenszintigrammes fragt die Patientin den Arzt, ob eine Behandlung überhaupt noch Sinn mache und dass man bei gewissen Symptomen „automatisch“ an eine Progredienz der Krankheit denke (212). Ein subjektives Krankheitsmodell im eigentlichen Sinne besteht nicht... (209) Vermutlich auch wegen ihrer eher limitierten Bildung hat die Patientin eine sehr einfache Modellvorstellung – Die Vorstellung einer zellulären Entartung lehne sie ja nicht ab (211), da sei sicher etwas dran. Psychosomatische, symbolische oder wie auch immer geartete Vorstellungen finden sich bei dieser Patientin nicht – Allerdings scheint bei ihr eine bildhaft geprägte Informationsverarbeitung eine gewisse Rolle zu spielen⁸². (227) Eine

⁸⁰ Mit Alternativmedizin habe sie sich nie befasst. In der Folge äussert sie, fast wie im Sinne einer Legitimation, dass das ja auf natürlicher Basis sei (215) – Vgl. Bewertung der Chemotherapie. Zu Beginn des zweiten Interviews wägt sie (bilanzierend?) die z.T. gegensätzlichen Empfehlungen bezüglich der Misteltherapie ab (221).

⁸¹ In Bezug auf den Krebs ihres Mannes äussert die Patientin das Vorhandensein von konkreten Risikofaktoren (218; Rauchen, Arbeit).

⁸² Vgl. 2. sowie Schilderung der bedrohlichen Nebenwirkungen einer allfälligen Chemotherapie (214) und Reaktion beim Lesen eines medikamentösen Beipackzettels (223).

möglicherweise krebsinduzierende Wirkung des von ihr früher eingenommenen Hormonpräparates (Cliogest) erwähnt sie unkommentiert.

5) Beeinflusst das subjektive Krankheitsmodell die Wahl der Therapien oder der therapeutischen Strategie? Besteht diesbezüglich eine lebensqualitative Relevanz? Wesentliche Bewältigungsstrategien? Findet eine persönliche Entwicklung statt? Bestehen neue Themen oder eine Auseinandersetzung mit Sinnfragen?

Entsprechend den Ängsten in Bezug auf ihre Erkrankung wird die Chemotherapie sehr ambivalent bewertet (214) – Vergleiche „natürliche“ Misteltherapie⁸³. Weiterhin ist die psychische Krankheitsbewältigung anzusprechen: So habe die Patientin durch ein befreundetes Ehepaar Zugang zu positivem Denken gefunden und äussert nun die Vermutung, dass sie selbst den Krebs etwas beeinflussen könne (235/236). Durch die Auseinandersetzung mit der für sie ungewohnten Therapie habe sie lernen müssen umzudenken – persönliche Entwicklung im Sinne einer Autonomiebildung (243, 229, 230, 232). In der Folge plant die Patientin einen Besuch bei der Tochter; obwohl sie kein Reisevogel sei – Vgl. 231 und Befürchtung, diese nie mehr zu sehen⁸⁴. Im Zusammenhang mit dem Sterbeprozess ihres Mannes⁸⁵ äussert sie eine wesentliche Unterstützung durch eine Freundin (207); bei vermutlich allgemein guter sozialer Einbindung. Ihre allgemeine krankheitsbedingte Befindensbeeinträchtigung reflektiert die Patientin differenziert (Vgl. beispielsweise Depression), wobei sie die Bewältigung der Krankheit konkret, alltagsorientiert pragmatisch angeht (darüber Sprechen lernen, Spaziergänge. Vgl. auch 229/230). Der Glauben scheint eine gewisse unterstützende Funktion zu haben (243)... wenn der Mensch nichts mehr machen könne, könne allenfalls der Herrgott noch helfen.

6) Bestehen neben der Misteltherapie andere Therapien? Treten im Zusammenhang mit diesen Therapien allfällig wichtige Ereignisse auf? Lebensqualitative Veränderungen vom ersten zum zweiten Interview?

Basistherapie ist die Operation. Anlässlich des zweiten Interviews äussert die Patientin, dass sie trotz der Schnelle des Prozesses habe bewältigen können⁸⁶ – wahrscheinlich u.a. wegen guter Informierung und prothetischen Möglichkeiten (240/242)⁸⁷. Eigentlich wäre zunächst eine Chemotherapie geplant gewesen, die jedoch wegen Knochenmetastasen nicht gemacht werde – Die Äusserung... habe sonst nichts⁸⁸ ausser Aredia und Novadex, lässt vermuten, dass sie trotz einer Ambivalenz im Bezug auf die Chemotherapie (214) diese Therapieform wahrscheinlich eingesetzt hätte (... hätte auch nichts anderes gewusst). Die Bestrahlungen (217/221) habe sie machen „müssen“, wobei sie sie gut vertragen habe (Appetitverlust, etwas müde). Vom Aredia (222) habe sie zunächst Kopf- und Bauchschmerzen gehabt, vertrage es sonst gut, das Novadex vertrage sie sehr gut (223). (226) Ihre frühere Wechseljahrtherapie (Cliogest) könne sie nicht mehr nehmen, „will's würd triebe“ – Diese Beschwerden behandle sie nun mit Salbei-Tropfen und „so natürlichen Sachen“, die sie jetzt immer nehme. Ihre Lebensqualität scheint sich (subjektiv) verbessert zu haben (228/233), wozu ein zumindest stationärer zweiter Knochenszintigrafiefbefund wesentlich beigetragen haben dürfte (234).

⁸³ Erwähnenswert erscheint diesbezüglich die von der Patientin geäusserte Frage, ob es in Richterswil nur humane Therapien gebe oder ob dort auch operiert werde (238).

Die Patientin scheint grundsätzlich etwas an den kurativen Möglichkeiten der Therapien zu zweifeln.

⁸⁴ Diese Beeinträchtigung sei plötzlich wie „abgestellt“ gewesen, ohne Einfluss einer Therapie.

⁸⁵ Vgl. begleitender Sterbeprozess des Ehemannes: Dort spricht die Patientin als „positiv“ an, dass ihr die Langsamkeit des Prozesses eine situative Adaptation ermöglicht habe (219/220).

⁸⁶ ... wie wenn einem die Decke auf den Kopf falle ... unter eine Lawine kommen.

⁸⁷ Hierbei macht sie differenzierte Äusserungen über die Altersabhängigkeit der Auswirkungen von Tumoren und vermutet dass „innere“ Tumoren zwar weniger stigmatisierend seien, jedoch mehr plagen könnten (241).

⁸⁸ Nach abgeschlossener Operation sowie palliativer Bestrahlung und dem nicht möglichen Einsatz von Chemotherapie hat die Patientin nebst Aredia sowie Novadex (Hormone) – ausser der Misteltherapie – keine gegen den Krebs gerichtete Behandlung; bei persistierenden Metastasen.

Auswertung 4: M57, Dickdarmkrebs

1) Wieso und wofür nimmt der Patient die Misteltherapie? Vom Patienten formulierte medizinische Zielsetzung?

Zur Misteltherapie sei der Patient via eine komplementärmedizinisch orientierte Klinik gekommen – In der Folge habe ihm sein behandelnder Arzt Richterswil empfohlen (307). Die Mistel mache er „zur Unterstützung“ (Vgl. 2.) und zur Stärkung des Immunsystems (309). Ein bedeutender motivationaler Grund, weshalb der Patient Misteltherapie anwendet, dürfte weiterhin mit den Wünschen, Bedürfnissen und Vorstellungen seiner Ehefrau⁸⁹ zusammen hängen!

2) Bestehen seitens des Patienten subjektive Erwartungen und Hoffnungen im Bezug auf die Misteltherapie?

Der Patient differenziert klar zwischen Chemo- und Misteltherapie – eine Misteltherapie könne den Krebs nicht heilen (308 – Vgl. Reaktion der Ehefrau). Neben der oben erwähnten Stärkung des Immunsystems erwartet der Patient, dass da etwas drin sei, das gegen den Krebs wirke (309). (306) Bis zum zweiten Interview verschlechtert sich der Zustand des Patienten, wobei er angibt, dass er die Mistel immer noch nehme – er habe noch Hoffnung.

3) Wahrnehmungen, im Sinne von (vermuteten) Wirkungen oder Nebenwirkungen der Misteltherapie während des Therapieverlaufs? Subjektive Erfahrungen und Bewertungen der Misteltherapie durch die Patienten?

(310) Zu konkreten Erfahrungen könne er nichts sagen ... man habe ihm gesagt, dass Chemo und Mistel eine gute Verbindung seien und sich gegenseitig gut unterstützen würden (311). Zu Beginn habe er im Zusammenhang mit der Mistel eine lokale Rötung gehabt (317), ansonsten könne er über die Mistel keine Angaben machen, wegen starken Nebenwirkungen der Chemotherapie.

4) Besteht bei diesem Patienten ein subjektives Krankheitsmodell? Krankheitsrelevante Aspekte, im Sinne von Deutung, etc.?

Hinsichtlich möglicher Erklärungsmodelle mache ich dem Patienten verschiedene Angebote (304), wobei er äussert, dass er sich diesbezüglich keine Gedanken gemacht habe. Auf die Klärung einer möglichen psychischen Komponente geht der Patient nicht ein und „falsche“ Ernährung schliesse er aus sowie Stress „in dem Sinn“ habe er nie gehabt (305). Die Frage nach einer möglichen psychosomatischen Krankheitsvorstellung ist ebenfalls nicht ergiebig (312). Bei eindrücklicher Familienanamnese ist es vor allem die Ehefrau, die den entsprechenden Einfluss zu berücksichtigen scheint (303). Bezüglich der Krankheitsentwicklung bzw. Entdeckung seiner Erkrankung äussert der Patient wiederholt, dass man etwas „Böses“ gesucht (301), aber zunächst nichts gefunden habe – Allerdings scheinen ihn Krankheiten sehr zu ängstigen (Vgl. Ursprungsfamilie); wo er „Distanz“ hält (um nicht krank zu werden). Die Ehefrau (314) interpretiert dieses Distanz halten im Sinne von, „... weil du abgehauen bist“. Im weiteren Verlauf der Gespräche zeigt sich weiterhin, dass die Ehefrau des Patienten nicht nur abweichende

⁸⁹Sie habe noch eine Ärztin angerufen (310), die Krebs (zusätzlich) mit alternativen Methoden behandle. Sie habe gute Erfahrungen gemacht, mit Leuten, die sowohl Schul- als auch Alternativmedizin anwenden würden (319; Vgl. „Fragen beantworten, Zuhören, Zeit nehmen“, etc.). In der Folge kritisiert sie die schulmedizinischen Behandler ihres Mannes (wegen „Brunnen“), deren „Behandlungsstrategien“ („Floradix“) sowie der Art und Weise ihres Umganges mit Informationen (318, Vgl. 323). Anmerkung: Die Misteltherapie dürfte für das Ehepaar insofern eine wichtige funktionale Bedeutung haben, als dass die Mistel eine gemeinsame, integrative Krankheitsbewältigung ermöglicht – bei abweichenden Behandlungs- und divergierenden krankheits-ursächlichen Vorstellungen. Dies erscheint insofern wichtig, als dass die Frau des Patienten eine erhebliche betreuende Unterstützung leistet – die ihr vermutlich umso leichter fallen wird, je mehr die angewendeten Behandlungsmassnahmen auch ihren subjektiven Behandlungsvorstellungen entsprechen

Behandlungsvorstellungen zu haben scheint, sondern auch ein erheblich abweichendes Krankheitsmodell⁹⁰!

5) Beeinflusst das subjektive Krankheitsmodell die Wahl der Therapien oder der therapeutischen Strategie? Besteht diesbezüglich eine lebensqualitative Relevanz? Wesentliche Bewältigungsstrategien? Findet eine persönliche Entwicklung statt? Bestehen neue Themen oder eine Auseinandersetzung mit Sinnfragen?

Die konkret-psychische Bewältigung der existentiellen Bedrohung durch die Krankheit bewältigt der Patient rationalisierend und verdrängend⁹¹ (323) sowie mittels allgemeiner „Mottos“: Einen Schock habe die Diagnose bei ihm nicht ausgelöst... er sei ein positiv denkender Mensch und denke vorwärts machen (302). Der Patient äussert in der Folge, dass er „abschalten“ könne und dass er sich mit belastenden Vorgängen nicht vertieft auseinander setze (313). Weiterhin scheint er sich in erster Linie an den Empfehlungen seiner Ärzte (Vgl. 6.) zu orientieren, wobei eine partielle Akzeptanz der konzeptionellen Behandlungsvorstellungen seiner Frau (Vgl. 1. und 2.) stattfindet.

Aus dem Interview ergeben sich keine Hinweise auf eine persönliche Entwicklung oder eine Auseinandersetzung mit Sinnfragen hinsichtlich der Erkrankung⁹². Bezüglich der Frage nach Sinn – konkret-prozessualen Perspektive – macht die Ehefrau des Patienten verschiedene wichtige Hinweise⁹³ – Diese dürften indirekt auch für den Patienten eine klar lebensqualitative Relevanz haben!

6) Bestehen neben der Misteltherapie andere Therapien? Treten im Zusammenhang mit diesen Therapien allfällig wichtige Ereignisse auf? Lebensqualitative Veränderungen vom ersten zum zweiten Interview?

Aus dem Interview heraus ergeben sich keine Hinweise, ob eine Operation stattgefunden hat.

Der Patient mache eine neue Chemotherapie, die erst in den USA zugelassen sei und äussert diesbezüglich... „man denke, es bringe etwas“ (307). Beim zweiten Gespräch spricht der Patient einen Wechsel des Behandlers und der Chemotherapie an, was aber nicht das gewünschte Resultat gebracht habe (315; zunehmende Nebenwirkungen im Sinne von Müde, nicht „mögen“, Gewichtsabnahme, Aszites). Die Ehefrau erwähnt weiterhin eine Pilzinfektion und „wunde Arme“ (318) sowie Nervosität und eine konzentrative Beeinträchtigung (320).

Der Patient imponiert beim zweiten Interview (Telefon) deutlich verschlechtert (Vgl. Einleitung zweiter Teil); er verstirbt bald nach dem zweiten (telefonisch geführten) Interview.

⁹⁰ Sie hätten ihren gemeinsamen Sohn verloren und der Patient sei jemand der nicht so gut über Dinge sprechen könne... das könne ja auch damit zusammen hängen, wenn jemand alles in sich hinein schlucke (304). Und sie (306) zitiert in diesem Zusammenhang den Arzt (Paracelsusspitals) wegen einer möglichen „Vorlaufzeit“ der Erkrankung von 15 Jahren – Sie scheint hier die Vorstellung eines möglichen ätiologischen Einflusses zu haben!

⁹¹ So erörtert der Patient beispielsweise auf eine klare Frage meinerseits – was die Diagnosestellung bei ihm ausgelöst habe – sachlich den Befund; Dickdarmkrebs mit Ablegern (302).

⁹² Der Glaube wird – entsprechend den Äusserungen der Ehefrau – vor allem als Stütze erlebt, Krankheit als etwas Unvorhergesehenes, das jeden treffen könne, an Strafe oder Schicksal glaube sie diesbezüglich nicht. Auf Grund der langjährigen Beziehung sowie dem gemeinsam und aktiv gepflegten Glauben darf beim Patienten ein zumindest ähnliches Grundverständnis vermutet werden (319, 324, Vgl. 326).

⁹³ So äussert sie beispielsweise im zweiten Interview, dass sie eine konfrontativ wirksame Fernsehsendung nicht anschauen könne, weil für sie aktuell noch eine aktiv handelnde Bewältigung (323) im Vordergrund stehe – Vgl. auch von ihr geäusserte Schuldgefühle (325). Und durch das gemeinsame Bewältigen der Krise habe eine Vertiefung der Beziehung stattgefunden (322, Vgl. 327). Ähnliche inhaltliche Aspekte klingen auch in Bezug auf den konkreten Sterbeprozess an (Hand halten, Abdankung) – Der Wechsel in ein Spital, stellt insofern auch einen Übergang von einer (subjektiv!) kurativ verstandenen zu einer palliativen Prozessphase dar.

Auswertung 5: F66, Zwölffingerdarmkrebs

1) Wieso und wofür nimmt die Patientin die Misteltherapie? Von der Patientin formulierte medizinische Zielsetzung?

(408) Sie habe einen Mann gekannt, der krebsbedingt eine Misteltherapie im Paracelsus-Spital gemacht und ihr das empfohlen habe – Eigentlich „uf das abe“ hätte sie ein Buch gekauft, dass ihre Kinder und ihr Mann gelesen hätten. (401) Sie habe ein Tumorgeschwür am Zwölffingerdarm. Dafür mache sie eine Chemotherapie und auf Grund der Empfehlung ihrer Kinder und ihres Mannes mache sie daneben (Vgl. 418) noch eine „Mistelkur“ – der Arzt sei damit einverstanden. Die Tochter sei gelernte ... (Beruf im Gesundheitswesen), die ihren Kindern nur Homöopathie gebe – Sie hätten (Äusserung der anwesenden Tochter) noch nie Chemie gehabt. Der Hinweis zur Misteltherapie sei (gemäss Patientin) vor allem von „dieser Seite“ her (Tochter) gekommen.

2) Bestehen seitens der Patientin subjektive Erwartungen und Hoffnungen im Bezug auf die Misteltherapie?

Sie denke das so ... das helfe auch mit. (412) Die Patientin habe – im Gegensatz zu ihrem Mann – „das Buch“ nicht gelesen – Als subjektive Erwartung bezüglich der Therapien (Chemo / Mistel) hoffe sie, dass der Tumor weggehe.

3) Wahrnehmungen, im Sinne von (vermuteten) Wirkungen oder Nebenwirkungen der Misteltherapie während des Therapieverlaufs? Subjektive Erfahrungen und Bewertungen der Misteltherapie durch die Patientin?

(417) Zu Beginn habe sie Verhärtungen und eine Rötung bekommen, jedoch keine Beeinflussung der Temperatur – Ansonsten könne sie nichts Spezifisches zur Misteltherapie sagen. (406) Sie habe unter der gleichzeitigen Chemo und Misteltherapie keine Nebenwirkungen oder Beschwerden gehabt, sie habe Appetit, könne gut schlafen (Vgl. auch letzte Chemo und aktuell „Bluet abegheit“).

4) Besteht bei diesem Patienten ein subjektives Krankheitsmodell? Krankheitsrelevante Aspekte, im Sinne von Deutung, etc.?

(407) Von der Diagnose her sei sie nicht eigentlich erschrocken – Das müsse sie jetzt halt durchstehen oder das stehe sie jetzt durch. (408) "Wo das herkommen könnte... keine Ahnung". Sie habe nicht geraucht oder getrunken, ernähre sich ausgewogen und habe keinen Stress. Unvermittelt erwähnt der Ehemann eine „erste“ Operation (409). Sie habe vor vier Jahren einen akuten Darmverschluss gehabt – kann sich jedoch nicht „erinnern“ wegen was. Als der Ehemann ein Dickdarmgeschwür erwähnt, äussert die Patientin, dass sie alles „erwischt“ hätten und dass sie in der Folge eine prophylaktische Chemo gemacht habe, die sie allerdings nicht vertragen habe⁹⁴.

(423) Im zweiten Interview ist es die (anwesende) Tochter, die sich an langjährige Verstopfungen der Mutter erinnert⁹⁵ – was vorher nie hochgekommen sei. Die Patientin äussert, dass sie deswegen immer Leinsamen habe nehmen müssen, wobei sie zu wenig getrunken habe⁹⁶ – Die Tochter vermutet hierbei einen möglichen Zusammenhang zu den beiden Darmerkrankungen. (422) Im Gegensatz zum ersten Interview erwähnt die Patientin im zweiten Interview eine deutliche,

⁹⁴ Sie habe erhebliche Nebenwirkungen gehabt (Schlecht, „im Bett liegen“, Haarausfall, Hautreaktion, etc.) und als der Hausarzt die Therapie mit der Begründung gestoppt habe, dass sie ja kein Krebspatient sei, da sei sie ihm davon gelaufen (Vgl. nach 421).

⁹⁵ (416) Die Tochter erinnert die Patientin auch daran, dass sie noch Ableger auf der Leber habe, was diese zunächst verneint. Die Patientin erwähnt in der Folge, dass es sich um zwei "Fläckli" handle, die stabil seien und (ergänzt die Tochter) – die man nicht heraus nehmen könne. Die Patientin bemerkt daraufhin, dass die Tochter mehr wisse und sie "solche Sachen" jeweils wieder "vergesse".

⁹⁶ Die Patientin kann die damalige Einnahmemodalität problemlos sagen (erinnert sich gut), wobei sie freimütig feststellt, dass sie es mit viel zu wenig Flüssigkeit eingenommen habe „das Nahrungsmittel“.

zunehmende Betroffenheit (wegen der Ableger). Den damit verbundenen Ängsten oder Befürchtungen will die Patientin mit positivem Denken begegnen.

5) Beeinflusst das subjektive Krankheitsmodell die Wahl der Therapien oder der therapeutischen Strategie? Besteht diesbezüglich eine lebensqualitative Relevanz? Wesentliche Bewältigungsstrategien? Findet eine persönliche Entwicklung statt? Bestehen neue Themen oder eine Auseinandersetzung mit Sinnfragen?

(421) Als die Tochter erklärt, wie sie in der Familie zusammen gesessen seien und wie die krankheitsbezüglichen Vorstellungen und Ideen diskutiert hätten bzw. wie die familiäre Entscheidungsfindung abgelaufen sei, beginnt die Patientin zu weinen – Weil sie so gute Töchter habe. Die familiäre Unterstützung erscheint umfassend (404/410) und betrifft weiterhin Fahrdienste, informativen Support sowie Unterstützung bei der Einhaltung des therapeutischen Procederes. Allerdings kommen an verschiedenen Stellen des Interviews diesbezüglich auch gewisse Konflikte zum Ausdruck⁹⁷.

(420) Eine Freundin der Patientin habe „nur“ die Mistel – Aber als sie (die Patientin) selbst ans Spital gekommen sei, habe man ihr gesagt, dass sie die Chemo haben müsse⁹⁸ und sie habe sich damit vorher ja nicht befasst. Und: Am Spital sei sie jetzt schon und die würden sagen, dass sie es machen müsse – So wolle sie nicht sagen, dass sie nicht mehr kommen wolle und mache halt beides.

(413) Sie glaube schon, sei aber keine Frömmlerin. Über den Sinn des Lebens oder was danach komme, habe sie sich keine Gedanken gemacht. Sie nehme es, wie es komme. (414) Gemäss Ehemann seien alle (glücklicherweise) gesund und nicht behindert. Sie hätten sich dann schon Gedanken machen müssen – wenn sie betroffen gewesen wären von einem behinderten Kind – was sie falsch gemacht hätten. Die Patientin pflichtet der Argumentation bei, relativiert jedoch im Sinne einer schwierigen Aufgabe.

6) Bestehen neben der Misteltherapie andere Therapien? Treten im Zusammenhang mit diesen Therapien allfällig wichtige Ereignisse auf? Lebensqualitative Veränderungen vom ersten zum zweiten Interview?

(402) Therapeutisch habe sie zunächst nur mit der Chemotherapie begonnen, damit man sehe, was wirke – auf Wunsch des Arztes. Bei inoperablem Tumor (403) bestehe eine insgesamt stabile Situation und das sei auch schon ein Erfolg (Vgl. 415).

(411) Vom Allgemeinbefinden her habe es keine wesentlichen Veränderungen gegeben seit Weihnachten – Aber: Sie sei öfter etwas müde und weniger leistungsfähig und höre diesbezüglich vermehrt auf die Bedürfnisse ihres Körpers. (416) Sie sei (auch aus Sicht der Tochter) anfälliger auf Grippe, weiterhin sei das „Bluet abe gheit“ (als Nebenwirkung der Chemotherapie).

⁹⁷ (419) Einerseits ist die anwesende Tochter der Meinung, dass die Mutter selbst entscheiden solle, andererseits bringt sie zum Ausdruck, dass sie „gewisse“ Medikamente zu früh und auf Grund falscher Erwägungen abgesetzt habe. Die Mutter äussert in der Folge, dass sie „es“ (Schachtelhalme) wieder nehme, weil sie keinen „Anschiss“ mehr von der Tochter wolle.

⁹⁸ Und dann habe er (der Doktor) gesagt, dass sie die erste Chemo ohne Mistelkur mache solle. Damit man sehen würde, was helfe und „das mues jetzt eifach chli zämeschrumpfe“ (405).

Auswertung 6: M65, Pankreaskrebs

1) Wieso und wofür nimmt der Patient die Misteltherapie? Vom Patienten formulierte medizinische Zielsetzung?

(520) Er habe immer nach Alternativen gesucht, wenn er keine Behandlung habe (Vgl. 6.) – Möchte nicht länger zuwarten (524): Die Misteltherapie habe er zunächst zurück gestellt⁹⁹ – insbesondere wegen der guten Resultate der ersten Chemotherapie. Die Misteltherapie wende er zur Stärkung des Immunsystems an (503).

2) Bestehen seitens des Patienten subjektive Erwartungen und Hoffnungen im Bezug auf die Misteltherapie?

(522) Er habe sich zunächst vor der Mistelbehandlung (Injektionen) gescheut, weil er nicht wie ein Drogenstüchtiger habe aussehen wollen – Diese Befürchtungen hätten sich in der Folge nicht bestätigt (569). (553) Das durch die Misteltherapie gestärkte Immunsystem solle beim Abräumen der durch die Bestrahlung getöteten Krebszellen helfen (Vgl. 557).

3) Wahrnehmungen, im Sinne von (vermuteten) Wirkungen oder Nebenwirkungen der Misteltherapie während des Therapieverlaufs? Subjektive Erfahrungen und Bewertungen der Misteltherapie durch die Patienten?

(504) Am ersten Tag habe er eine „heftige Reaktion“ gehabt – Er habe nichts machen können, habe sich müde und schlapp gefühlt (wie eine tote Fliege) sowie unter Konzentrationsdefiziten gelitten – Das sei eine Beeinträchtigung gewesen wegen beruflicher Verpflichtungen. Initial habe er drei Grad Temperaturunterschied (506/555)¹⁰⁰ gehabt sowie Schlafstörungen und Schmerzen (507) – eine „eskalative Entwicklung“ bei paralleler Mistel- und Chemotherapie (525). Bezüglich Nebenwirkungen der Bestrahlung (548) habe die Misteltherapie whs. keinen Einfluss gehabt (Vgl. 568). Benefit der Misteltherapie (556)?: Trotz krankheitsbedingt reduzierter Abwehrkräfte habe er trotz Exposition keine Erkältung gehabt (Vgl. 557 sowie 560).

4) Besteht bei diesem Patienten ein subjektives Krankheitsmodell? Krankheitsrelevante Aspekte, im Sinne von Deutung, etc.?

527: Bei der Diagnose Krebs sei er erschrocken. (525) Der Patient bezeichnet sich als kartesianisch denkenden Menschen, wobei der Krebs einen „Defekt“ darstelle und die Therapien „Reparaturversuche“. Allerdings geht der Pat. auch davon aus, dass seelische Vorgänge körperliches Leiden hervorrufen können (533) – Vgl. „Schlüsselerlebnis“ (537)¹⁰¹ sowie eine entsprechende Erfahrung im Zusammenhang mit einer Rechnung der Onkologie¹⁰² – In beiden Fällen habe er sich geärgert, weil er die Vorgänge zwar habe verstehen (das Unbewusste habe einen Link gemacht), nicht aber kontrollieren können (542/543; Ursache geistig, Wirkung physisch). Die Erhebung möglicher Bedeutungen der Krankheit ist zunächst nicht ergiebig (529). Allerdings vermutet der Pat. in der Folge, dass sich seine Krankheit hätte vermeiden lassen (531, Vgl. 532) bzw. der berufliche Stress sei einer Heilung sicher nicht förderlich (536). Einen Sinn könne er in seiner Krankheit nicht sehen und neue lebensphilosophische Einsichten habe er nicht gekriegt, was an seinem Alter liegen könne – Prozess auf andere Art schon abgelaufen (517). Sinnesänderungen

⁹⁹ (526) Er hätte diese Behandlungsoption allerdings früher in Betracht gezogen, wenn er gewusst hätte, dass die Chemotherapie das Immunsystem schwäche und die Misteltherapie dieses stärke.

¹⁰⁰ (505) Hierbei hinterfragt sich der Patient, ob die angesprochenen Beeinträchtigungen angesichts ihrer zeitlichen Dauer als generelle Beeinträchtigung der Lebensqualität aufzufassen kann.

¹⁰¹ Anlässlich eines 50 Jahre alten Bildes der im zweiten Weltkrieg zerstörten Oper seien dem Patienten verdrängte Erinnerungen seiner Kindheit wieder hochgekommen (538; Vgl. 539/540).

¹⁰² ... gleiche Nebenwirkungen, wie wenn er zwei Stunden vorher eine Chemotherapie gehabt hätte. Wobei er dieselben Bewältigungsstrategien habe anwenden müssen (541).

durch Krankheit habe er keine gehabt (528; Vgl. 558/559), aber Veränderungen der Weltanschauung durch ein gelesenes Buch (567).

5) Beeinflusst das subjektive Krankheitsmodell die Wahl der Therapien oder der therapeutischen Strategie? Besteht diesbezüglich eine lebensqualitative Relevanz? Wesentliche Bewältigungsstrategien? Findet eine persönliche Entwicklung statt? Bestehen neue Themen oder eine Auseinandersetzung mit Sinnfragen?

Der Patient stellt sich als Macher (beruflich) dar, der pragmatisch nach Lösungen sucht: Insofern hat er sich bezüglich seiner Erkrankung ein medizinisches Grundwissen angeeignet (z.B. 512/517/518) und entsprechend auch zu seiner therapeutischen Strategie (z.B. 502/520/524/535/545/554) – Damit er an der Krankheitsbewältigung aktiv partizipierend mitgestalten kann¹⁰³ (Vgl. die Herangehensweise bzgl. der Auseinandersetzung mit den Fragebogen; 501-516). Nebst der Krankheitsvorstellung des Defektes scheinen zunehmend auch seine „psychosomatischen“ Vorstellungen zum Tragen zu kommen: Mit Elan geht der Patient die Lösung seiner beruflichen Probleme an (544)¹⁰⁴, was mit der Vorstellung verbunden ist, dass „ungelöste Probleme“ im Bezug auf das Sterben vordringlich belastend seien (559/560). Ferner benötigt seine Frau Unterstützung (Siehe unten). Als weitere Bewältigungsstrategie wird das Darüber sprechen formuliert¹⁰⁵ – was zwar keine „Antworten“ gebe, aber es nehme etwas den Druck. Der Pat. entdeckt weiterhin nebst seinem Bedürfnis nach Kontrolle (544/549; habe Order gekriegt/525) zunehmend, dass er sich (514) und seine Frau (570) vernachlässigt habe. Wobei er sich vertieft mit regenerativen Dimensionen des Lebens (Vgl. auch Shiatsu) zu auseinandersetzen beginnt – Dabei erfährt der Patient auch soziale Unterstützung aus dem beruflichen Kontext (563).

6) Bestehen neben der Misteltherapie andere Therapien? Treten im Zusammenhang mit diesen Therapien allfällig wichtige Ereignisse auf? Lebensqualitative Veränderungen vom ersten zum zweiten Interview?

Die Operation sei aus palliativen Erwägungen gemacht worden – kurative versus palliative Lebensqualität (511, Vgl. 514). Anlässlich dem erstem Interview gibt der Patient an, er habe aktuell nichts; eine Bestrahlung werde abgeklärt (502). Unter der Therapie habe er Übelkeit sowie Bauchschmerzen gehabt (547/549/551/552). Weiterhin werde die Möglichkeit einer neuerlichen Chemotherapie geprüft¹⁰⁶ – die sich allerdings in der Vergangenheit bezüglich seiner Erkrankung als nicht genügend suffizient gezeigt hätten¹⁰⁷. Zum allgemeinen Wohlbefinden mache er Shiatsu (562/563), wobei er einen Einfluss auf Muskelverhärtungen (Rücken) habe feststellen können; die er vorher gar nicht bemerkt habe – ebenso wie auf eine vorbestehende (nicht bemerkte) Grundmüdigkeit. Die Wirkungen des Shiatsu auf die Lebensqualität seien eindeutig und positiv. Abgesehen von den Nebenwirkungen während der Misteltherapie gehe es ihm blendend (könne Essen und Trinken was er wolle) – Was wollen sie denn da noch verbessern (508).

Auswertung 7: M56, Dickdarmkrebs

¹⁰³ Vgl. 520/519: Erst als der Tumor sich als nicht operabel erwies, habe er einen „Kollaps“ beziehungsweise eine „böse Depression“ bekommen.

¹⁰⁴ Vgl. 4.: Vorstellung des Patienten, dass seelische Vorgänge körperliches Leiden erzeugen könnten sowie seine Deutung von beruflichem Stress (531, Vgl. 532). Die Lösung der beruflichen Probleme (564 und davor) wird in der Folge als grosse Entlastung formuliert; wobei ihm auch ein Rückgang von psychovegetativen Symptomen auffällt (566).

¹⁰⁵ Erwähnenswert ist bezüglich der Thematik der Krankheitsbewältigung weiterhin der Humor des Patienten – Vgl. beispielsweise „Rotwein“ als Therapeutikum (552), seine Anmerkungen zur Mistel (560) oder mögliche Herznebenwirkungen bei Hyperthermie oder erneuter Chemotherapie.

¹⁰⁶ Die guten Resultate der ersten Chemotherapie hätten zwar nicht die physische Lebensqualität verbessert, aber sehr wohl die geistige – Steigerung der Motivation in Anbetracht der Verbesserung des Befundes (510).

¹⁰⁷ Eine erste Chemotherapie (503) – habe leider wegen Nebenwirkungen (Herz) abgebrochen werden müssen (Vgl. 509/521), trotz sensationeller Resultate.

1) Wieso und wofür nimmt der Patient die Misteltherapie? Vom Patienten formulierte medizinische Zielsetzung?

Der Patient macht eine prophylaktische Chemotherapie und ergänzend dazu eine Misteltherapie¹⁰⁸. (602) Seine eigentliche Überlegung hierbei sei, dass die Mistel „chli länger söll gha“ (Langzeitbehandlung) und helfen solle, das Immunsystem zu stärken. Weiterhin formuliert der Patient die Funktion der Mistel – abgrenzend zur Chemo, die in kurzer Zeit und mit Wucht abtöte; 621) – im Aufbau von Etwas (Vgl. auch im Sinne eines Analogieschlusses mit der Raumplanung: „äs muess ä Entwicklig so laufe“, 622). (623) Er habe von komplementärmedizinischen Behandlungen gehört (z.B. eine betroffene Bekannte in Deutschland) und sich in der Folge darüber informiert, sowie den Arzt aktiv darauf angesprochen.

2) Bestehen seitens des Patienten subjektive Erwartungen und Hoffnungen im Bezug auf die Misteltherapie?

(616) Der Patient äussert einerseits Vertrauen in die Wirkstoffe der Mistel, andererseits erwarte er von diesem „Mistelding schon“ noch etwas mehr – Und zwar, das Diskutieren vom Problem und nicht nur einfach festzustellen was da sei, die Grösse zu bestimmen und den Tumor zu entfernen¹⁰⁹. Falls der Patient die Misteltherapie nicht mehr hätte (Verlust durch fiktives Absetzen, 621), dann würde ihm eine subjektiv wichtige Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung fehlen – Etwas Zusätzliches, das noch etwas „auslösen“ könne bei ihm. Die längerfristig angelegte Misteltherapie wird vom Patienten hierbei als Erinnerungshilfe verstanden, die eine Auseinandersetzung mit der Krankheit in Gang halte.

3) Wahrnehmungen, im Sinne von (vermuteten) Wirkungen oder Nebenwirkungen der Misteltherapie während des Therapieverlaufs? Subjektive Erfahrungen und Bewertungen der Misteltherapie durch den Patienten?

(620) Bei Behandlungsbeginn treten allergische (lokale) Sofort- und Spätphasenreaktionen auf sowie lokale Indurationen („Chnolle“). Für die Zeit um das zweite Interview wird ein intermittierendes Brennen formuliert.

4) Besteht bei diesem Patienten ein subjektives Krankheitsmodell? Krankheitsrelevante Aspekte im Sinne von Deutung, etc. ?

(606) Das Leben werde sich drastisch ändern (Subjektive Vorstellung bei der Diagnosestellung). Der Patient glaubt allerdings nicht, dass seine Krankheit terminal ist (629): Er spricht von einer Phase, die es zu überwinden gelte. Der Genetik wird wenig Stellenwert beigemessen (614). Allerdings geht der Patient von einer „psychischen Veranlagung aus (630) – So äussert der Patient beispielsweise, dass im betroffenen Bereich (Magendarmtrakt) sicher eine Schwäche („än närvöse Mage“) vorhanden sei und dass er beruflich-konflikthaften Stress (609) zu wenig habe wahrhaben wollen. Andererseits stellt sich der Patient als jemanden dar (610), der hartnäckig, ausdauernd sowie zielorientiert seine beruflichen Ziele verfolgt habe. Diesbezüglich spricht der Patient ebenfalls von einem „Schwachpunkt“ – er sei zu perfektionistisch. Und im Zusammenhang mit einem analogen Beispiel spricht er von wahnsinnig hohen Selbstansprüchen, die ihn überfordert hätten (613). (612) Er sei jetzt vorgewarnt und müsse etwas ändern. Der Glaube des Pat. beinhaltet keine Vorstellung von Strafe (617). Es bestehen kongruente Wertvorstellungen und Ziele im Glauben sowie im beruflichen Bereich (617/631), die sich zumindest partiell auf familiär geprägte Werte der Herkunftsfamilie (615) zurückführen lassen.

¹⁰⁸ Äussert klare Vorstellungen bzgl. seiner Diagnose, die er auch kommunizieren kann (601). Dies gilt auch für die therapeutisch-strategischen Vorstellungen (604 – Vgl. auch 605; Bewerten der Symptome und Befunde).

¹⁰⁹ Das liege „im Argen“ bei der klassischen Medizin – Anschliessend relativiert der Patient diese Aussagen allerdings.

5) Beeinflusst das subjektive Krankheitsmodell die Wahl der Therapien oder der therapeutischen Strategie? Besteht diesbezüglich eine lebensqualitative Relevanz? Wesentliche Bewältigungsstrategien? Findet eine persönliche Entwicklung statt? Bestehen neue Themen oder eine Auseinandersetzung mit Sinnfragen?

Die Wahl der Therapien wird durch die psychosomatische Teildeutung nicht wesentlich beeinflusst – eher durch biografisch relevante Wertvorstellungen¹¹⁰. Allerdings leitet der Patient aus der Auseinandersetzung mit der Krankheit ab, dass er sich beruflich mehr zurücknehmen müsse – Im Sinne einer Neubewertung von persönlichen und beruflichen Zielen bzw. Änderung der Verhaltensorientierung (628): Er habe gelernt „abzuladen“ (624), nachdem er vorher immer gegeben habe. Im Geschäft schirme ihn die Sekretärin ab (Vgl. 623; Sonderstatus bei Krankheit in der Familie). Erheblich bedeutsam dürfte bei diesem Patienten weiterhin das Malen (von Bäumen) sein, weil er hierbei einerseits beim kreativen Prozess bzw. in der Auseinandersetzung mit dem als individuell aufgefassten Baum sein Inneres (632) einzubringen versuche und andererseits festgestellt hat, dass Bäume trotz Krebs lange leben könnten (633), was ihm Respekt abverlange. In der Auseinandersetzung mit der Natur könne man wichtige Strategien (634) ableiten und es gebe relevante Dimensionen, die über das Mess- und Beobachtbare hinausgehen würden. Die Bäume seien weiterhin relevant bezüglich seiner beruflichen Wahl gewesen.

Persönliche Bewältigungsstrategien (z.B. 607) / Als allgemeine Unterstützungshilfen können angesprochen werden: Die „Erwartung“ von Gesprächen (627) sowie das Bedürfnis nach Information (637/606: ...wesentliche Befreiung zu wissen, was das eigentlich sei). Insgesamt kann bezüglich dieses Patienten sowohl von einer krankheitsbedingten persönlichen Entwicklung gesprochen werden (625/626), als auch von einer vertieften Auseinandersetzung mit Sinnfragen – Wobei keine grundsätzliche Änderung oder Neuorientierung besteht, sondern es handelt sich mehr um qualitative „Verschiebungen“ bzw. eine existentielle Vertiefung.

6) Bestehen neben der Misteltherapie andere Therapien? Treten im Zusammenhang mit diesen Therapien allfällig wichtige Ereignisse auf? Lebensqualitative Veränderung vom ersten zum zweiten Interview?

Die Chemotherapie als zentrale Therapie des Therapiekonzeptes¹¹¹ dieses Patienten wurde bereits angesprochen (601). Hierbei habe er erhebliche Nebenwirkungen gehabt, die sein (psychisches) Motivationsvermögen bezüglich deren Weiterführung erheblich beeinträchtigt hätten (619) – Störung des Geschmacksempfindens, trockene Schleimhäute, Haarausfall, antizipierte Verschlechterung wegen Wissen um die vorgängige Beeinträchtigung, Gefühl eines Tunneldurchganges sowie Leukopenie; allerdings Benefit durch Vorstellung, dass positive Wirkung in Bezug auf die Erkrankung.

¹¹⁰ Die persönlichen handlungsbeeinflussenden Motivationen bzw. die den Patienten leitenden Werte werden einerseits im Bezug auf den familiären Hintergrund (Grossfamilie; Hackordnung, individueller Raum auf dem Baum/ Estrich; vergleiche auch Steiner-Schüler), andererseits im nicht erfolgten Austritt aus der Kirche wegen sozialen Bindungen (Gemeinschaft) bei persönlichen Glaubensvorstellungen (Gott als Gegenüber) verständlich (Vgl. auch gelebte Werte und Vorstellungen im Beruf).

¹¹¹ Das auf den Patienten zugeschnittene Fitness sowie die Physio (636) werden an dieser Stelle im Sinne ihrer lebensqualitativen Relevanz erwähnt, werden aber vom Patienten nicht als wesentlicher Teil der Krebsbehandlung aufgefasst.

Auswertung 8: F42, Brustkrebs

1) Wieso und wofür nimmt die Patientin die Misteltherapie? Von der Patientin formulierte medizinische Zielsetzung?

Sie habe von Beginn weg geplant, dass sie dann "später" noch eine Misteltherapie machen wolle (705). Die Misteltherapie sei ihr von der behandelnden Ärztin im Spital X empfohlen worden – zur positiven Beeinflussung möglicher Nebenwirkungen der Chemotherapie¹¹².

(721): Da die Chemotherapie den Krebs „gebodigt oder dezimiert“, aber andererseits das Immunsystem geschwächt habe, setze sie die Misteltherapie zur Stärkung des Immunsystems ein (723) und gegen den Krebs¹¹³.

2) Bestehen seitens der Patientin subjektive Erwartungen und Hoffnungen im Bezug auf die Misteltherapie?

(722/724) Trotz möglicher pflanzlich-regenerativer Aspekte, steht für die Patientin die Stärkung des Immunsystems im Vordergrund. Weiterhin wünscht sich die Patientin einer weiterführende Betreuung (Vgl. auch 1.)¹¹⁴.

3) Wahrnehmungen, im Sinne von (vermuteten) Wirkungen oder Nebenwirkungen der Misteltherapie während dem Therapieverlauf? Subjektive Erfahrungen und Bewertungen der Misteltherapie durch die Patientin?

Während bei der Chemotherapie die negativen Wirkungen klar zuzuordnen seien, könne sie bezüglich der Misteltherapie (ausser einer anfänglichen Lokalreaktion) keine negativen Zuordnungen machen (732). Bezüglich positiver Wirkungen vermutet die Patientin einen stabilisierenden Einfluss auf ihre Stimmungskonstanz (733), alternativ hinterfragt sie diesbezüglich einen möglichen Einfluss von Veränderungen am Arbeitsplatz.

4) Besteht bei dieser Patientin ein subjektives Krankheitsmodell? Krankheitsrelevante Aspekte, im Sinne von Deutung, etc.?

(701) Der Arzt habe ihr auf Grund einer schweren Brustkrebserkrankung ihrer Mutter (728/706) zur Mammografie geraten. Eine positive Familienanamnese habe sie nicht auf sich selbst bezogen. In der weiteren Folge jedoch, erwähnt die Patientin, dass die Vererbung wahrscheinlich einen grösseren Teil ausmache. Weiterhin äussert sie, wenn es ihr psychisch nicht so gut gehe, sei sie eher krankheitsanfällig¹¹⁵. Im Zusammenhang mit dem Befund im Pathologiebericht äussert die Patientin eine multifaktorielle Vorstellung der Krebsentstehung (734), wobei sie „harte“ Faktoren relativierend betrachtet.

Die Operation sei zunächst brusterhaltend geplant gewesen, wobei die Brust aber in der Folge ganz abgenommen worden sei. Sie sei zunächst von der Gleichung Krebs=Sterben ausgegangen (712; Vgl. später, „Chance“). Die Krankheit wird von der Patientin andernorts als bedrohliche Gratwanderung (Vgl. 737) dargestellt (712), was ein „schrittweises Vorwärts“ bedinge. Weiterhin wird sie als Ultimatum aufgefasst (715), wobei es nun gelte... „diese Zeit noch sinnvoll zu nutzen“. Andererseits habe sie durch die Krankheit deutlicher sehen können, was nicht mehr vereinbar sei mit ihrem gegenwärtigen Leben und fragwürdig –

¹¹² Der Onkologe habe dann aber „abgeblockt“, wegen einer möglichen „Fieberreaktion“, so dass sie habe zuwarten müssen.

¹¹³ ... und zwar insofern, als dass für die Patientin selbst die Behandlung – obwohl der Krebs nicht mehr nachweisbar sei (736) – noch nicht abgeschlossen sei (Vgl. fachliche Ansicht sowie 2.).

¹¹⁴ (725) Bereits im Rahmen der Behandlung im Spital X sei ihr Bedürfnis Fragen stellen zu können nicht adäquat befriedigt worden. Weiterhin habe sie den Eindruck gehabt, dass Lebensbegleitung bzw. psychologische Betreuung „da“ nicht hingehöre – das habe sie sich anderswo besorgen müssen. In Richterswil sei ihr aufgefallen, dass die Ärztin nicht im weissen Kittel gekommen sei und mehr Ruhe ausgestrahlt habe, etc. – Sie habe die Behandlung (dort) insgesamt ganzheitlicher erlebt (727).

¹¹⁵ Sie erwähnt in der Folge auch zwei belastende Life-Events sowie eine problematische Arbeitssituation mit einer subjektiv beeinträchtigenden Belastung. Weitere Risikofaktoren wie Rauchen, Ernährung oder mögliche toxische Umwelteinflüsse könne sie für sich nicht ausmachen.

eine Betrachtung wie von der „Rückseite“ her. Als möglichen Sinn ihrer Erkrankung spricht sie die Chance an, nochmals Sachen ändern zu können¹¹⁶ (707).

5) Beeinflusst das subjektive Krankheitsmodell die Wahl der Therapien oder der therapeutischen Strategie? Besteht diesbezüglich eine lebensqualitative Relevanz? Wesentliche Bewältigungsstrategien? Findet eine persönliche Entwicklung statt? Bestehen neue Themen oder eine Auseinandersetzung mit Sinnfragen?

Die Bewältigung der affektiven Beeinträchtigung wird von der Patientin auf mehreren Ebenen angegangen: Die regelmässigen Termine beim Arzt werden als stützend erlebt und ebenso die mit dem Behandlungssetting verbundene Struktur. Die Kontinuität der Beziehung zum Pferd (Pflege, etc.) habe sie „übereglupft“ (717).

Sie umschreibt sich selbst als rationalen Menschen (Vgl. 706), der praktisch ans Werk gehe (716), wobei allerdings unbewusste¹¹⁷ Ängste (Schlaf, Notfalltropfen) formuliert werden. Die Chance der Änderung bezieht die Pat. insbesondere auf den beruflichen Bereich, wo schon lange eine Änderung anstehe¹¹⁸. Die Patientin versucht zunächst ganz allgemein sich einen ihren Bedürfnissen angepassten Alltagsrhythmus zu gestalten (730, Vgl. 731; entsprechend Anpassung des therapeutischen Settings). Nebst einer achtenden Berücksichtigung ihres Biorhythmus (Schlaf), regelt die Patientin auch ihr Bedürfnis nach gesellschaftlicher Partizipation (Vgl. 718). Und sie versuche „sich nicht mehr hetzen“ zu lassen (708) ... „ä chli wiä“ ruhiger zu treten. Zudem werden die Einflüsse von Nahrungsmitteln beachtet (731).

6) Bestehen neben der Misteltherapie andere Therapien? Treten im Zusammenhang mit diesen Therapien allfällig wichtige Ereignisse auf? Lebensqualitative Veränderungen vom ersten zum zweiten Interview?

(702) Die Brustamputation (Operation) wird als Verstümmelung beschrieben, wobei von der prothetischen Seite her gut geschaut werde, dass die Frauen nicht ins Abseits rutschen würden¹¹⁹. Nach der Operation habe die Patientin eine Chemotherapie¹²⁰ sowie eine Bestrahlung gemacht und nehme aktuell noch Novadex (704). Weiterhin besteht eine psychotherapeutische Unterstützung (713)¹²¹. Trotz erheblichen intermittierenden Ängsten (Siehe 5.), äussert die Patientin dass es ein gutes Jahr gewesen sei – sie habe ihren Rhythmus finden können; ohne Druck (745). Sie habe Angst gehabt, dass sie einen Sturz vom Pferd allfällig nicht mehr ertragen könne (was sich dann aber als falsch erwiesen habe)¹²².

¹¹⁶ Bildhaft imaginatives Ziel: Häuschen am Waldrand (720). Vergleiche 746 „Schleier“/„Scheibe“. Und ein imaginativ-bildhaftes „Angebot“ meinerseits wird von der Patientin reflektierend aufgenommen – möglicher Bedeutungsunterschied der linken und rechten Brust (zwischen 730/731).

¹¹⁷ Vergleiche: Der „grosse Hammer“ sei die Diagnose allerdings nicht gewesen / Krebs=sterben.

¹¹⁸ (709) Nicht mehr die Karriere stehe im Vordergrund („Wertumstellung“; 711/714) sondern pädagogische Ziele. Diese Neuorientierung (anstehender Entwicklungsschritt) dürfe sie nicht auf Grund finanzieller Erwägungen selbst limitieren (729/739/740/741).

¹¹⁹ (703) Die diesbezüglich möglichen Implikationen (Partnerschaft) werden von der Patientin differenziert hinterfragt (Vgl. 710).

¹²⁰ (731) Allgemein „ungute“ Gefühle, im Sinne von Übel / doch nicht Übel und Störung des „Rhythmus“.

¹²¹ Hierbei gehe es inhaltlich vordringlich um „alltagpraktische Problemstellungen“, das heisst weniger um philosophische Fragestellungen (von Leben und Tod) oder psychodynamische Belastungen im nahen psychosozialen Umfeld (728) – Vgl. 742/743/744. Diese Therapie dürfe der Patientin insbesondere auch beim parallel (!) laufenden Krankheitsprozess der Mutter (Brustkrebs; Schuldgefühle) Unterstützung und Klarheit geben (728).

¹²² Sie hinterfragt sich in diesem Zusammenhang ob sie bei einem allfälligen Rückfall mit der aktuellen Bewältigungsstrategie (nochmals) zu recht kommen würde.

Auswertung 9: F39, Pankreaskrebs

1) Wieso und wofür nimmt die Patientin die Misteltherapie? Von der Patientin formulierte medizinische Zielsetzung?

(803) Eine Differenzierung in eine sogenannte Schul- und Komplementärmedizin macht die Patientin nicht – Sie wolle für sich einfach das Beste herausholen. So komme sie auch nicht in einen Konflikt sich für etwas entscheiden zu müssen¹²³. Sie wolle „das“ (Misteltherapie) dazu nehmen (805; „dribaue“), wobei sie auf den fachlichen Rat des Arztes angewiesen sei. Die Mistel und die Chemotherapie nehme sie für das Körperliche – ergänzt durch die kirchlichen Aktivitäten sowie einen Heiler (810/811/812/825). Die Misteltherapie sei ihr von einer Pflegefachkraft im Spital empfohlen worden (804).

2) Bestehen seitens der Patientin subjektive Erwartungen und Hoffnungen im Bezug auf die Misteltherapie?

Die Misteltherapie wird von der Patientin als gleichsinnig wirkend verstanden wie die Chemotherapie – Sie sei aber weniger toxisch (dafür auch weniger effizient) und sie wolle nicht das Gefühl haben, dass sie nicht alles Mögliche gemacht habe (831).

3) Wahrnehmungen, im Sinne von (vermuteten) Wirkungen oder Nebenwirkungen der Misteltherapie während dem Therapieverlauf? Subjektive Erfahrungen und Bewertungen der Misteltherapie durch die Patientin?

(833/34) Die Mistel tue ihr gut – Allerdings könne sie keine konkreten Wirkungen benennen. Jedoch sei das „Stechen“ eine Zumutung, die sie nicht auf sich nehmen würde, wenn sie nicht an diese Methode glauben würde. Die Patientin zitiert weiterhin verschiedene positive (motivierende) Rückmeldungen von ihr nahen Menschen, die z.T. auch in ihre persönliche strategische Krankheitsbewältigung involviert sind (Homöopathin, Heiler).

4) Besteht bei dieser Patientin ein subjektives Krankheitsmodell? Krankheitsrelevante Aspekte, im Sinne von Deutung, etc.?

(806) Ein Erklärungsmodell für ihre Krankheit kann die Patientin nicht benennen, wobei sie einen Professor zitiert (Alter, Risikofaktoren, etc.) und anfügt, dass ja schon Kinder Krebs hätten¹²⁴. (807) An eine Gottesstrafe glaube sie nicht, ebenso wenig an einen erblichen Einfluss (trotz positiver Familienanamnese; „vergisst“ zudem im ersten Interview ihren an Brustkrebs verstorbenen Bruder zu erwähnen, 839). (802) Die Patientin vermutet vor der Diagnosestellung „unbewusst“ etwas Schlimmeres; etwas das ihr Leben von Grund auf verändern könnte (Weigert sich das anzunehmen). Einen Schock habe die Diagnose allerdings nicht ausgelöst, wobei die Patientin vermutet, dass ihr in diesem Moment auch die dazu nötige Kraft gefehlt habe (830). Eine Betroffenheit habe sich erst in der Auseinandersetzung mit der Krankheit und im zeitlichen Längsschnitt entwickeln können. (831) Sie habe ihre Kräfte zunächst gebraucht um aus dem Spital „weg zu kommen“ – auch, weil sie das Gefühl gehabt habe dass man sie dort schon abgeschrieben habe und ihr keine Hoffnung habe machen können. (807) Es scheint, dass auch die Patientin selbst ihren Befund als schwer einschätzt ... „dass ich überlebe“. Ihre Kinder habe sie über ihre Situation informiert (815). Die Krankheit erinnert die Patientin nicht an Versäumtes i.S. einer „unfertigen oder fehlgeleiteten“ persönlichen Entwicklung (816/18) – Aufgerüttelt fühle sie sich jedoch in Bezug

¹²³ Die allgemeine subjektive Behandlungsvorstellung hat (entsprechend den Wertvorstellungen in anderen Bereichen) eine konzeptionell komplementär-integrative Note – So brauche es bezüglich Kirche Beides... das Institutionelle und das Persönliche (Vgl. 821 und das Beten / „eis go näh“; 817 sowie 827).

¹²⁴ Die Frage nach der Ursache und Deutung der Erkrankung wird seitens der Patientin allerdings nur bedingt angegangen, weil es ihr vor allem um die Bewältigung der Situation gehe. So versucht sie auch negative Gefühle abzuwehren – Weil ihr sonst die Kraft zur aktiven Auseinandersetzung fehle und sie eine drohende Selbstaufgabe befürchtet.

auf die Vernachlässigung persönlicher Bedürfnisse (819); Meditationswochenenden, Lourdes, usw. Sie habe auch noch eine Aufgabe hinsichtlich ihrer Kinder (814/823).

5) Beeinflusst das subjektive Krankheitsmodell die Wahl der Therapien oder der therapeutischen Strategie? Besteht diesbezüglich eine lebensqualitative Relevanz? Wesentliche Bewältigungsstrategien? Findet eine persönliche Entwicklung statt? Bestehen neue Themen oder eine Auseinandersetzung mit Sinnfragen?

(831) Die Patientin äussert dass sie den Kontext des Spitals habe verlassen müssen, weil wenn sie gewisse subjektiv wahrgenommene negative Bewertungen durch das betreuende Umfeld "in sich hinein gelassen" hätte (832) – sie sich hätte aufgeben müssen. In der Folge sucht sie Unterstützung im nahen psychosozialen Umfeld, um an den schwierigen Gefühlen zu arbeiten. (812) Wesentliche Unterstützung bei der Bewältigung ist ihre Einbindung in den „kirchlich-sozialen“ Kontext – Beten¹²⁵, emotionale Begleitung sowie assoziierte Gespräche und eine religiös anmutende Heilbehandlung (811). Im Bezug auf ihren Glauben (828) fühle sie sich geführt und ihr komme zu, was sie brauche – Dass das möglich sei, liege auch daran dass sie wie „vorg’schaffed“ habe. Sie bete unterstützend zu den körperlichen Therapien (Chemotherapie und Mistel), weil ihr das Kraft und Motivation für Seele und Geist gebe – um „das“ durchzuhalten (825). Weiterhin sei sie davon überzeugt, dass eine positive Haltung einen unterstützenden Einfluss auf den Verlauf der Krankheit habe (826/830). Die Aktivitäten im kirchlichen Kontext seien auch dafür da, dass die Familie nicht zu stark belastet werde (821) und würden ihr Halt geben.

(823) Einen eigentlichen Sinn könne die Patientin in ihrer Krankheit nicht zu sehen, aber sie versuche ihrem Leben mehr qualitative Tiefe zu geben. So beginnt die Patientin ihre zu wenig gelebten Bedürfnisse (Vgl. 4.) zielstrebig umzusetzen (Lourdes, Christkindlmarkt, etc.) – Autonomisierung im familiären Kontext; möchte auch nicht zu viel auf die Familie abladen (822) – und sie plane auch wieder zu Arbeiten (836; ohne Druck und entsprechend ihren Möglichkeiten, Vgl. 837).

6) Bestehen neben der Misteltherapie andere Therapien? Treten im Zusammenhang mit diesen Therapien allfällig wichtige Ereignisse auf? Lebensqualitative Veränderungen vom ersten zum zweiten Interview?

Es sei ihr empfohlen worden eine Chemotherapie zu „probieren“, wobei die Patientin sich beklagt dass man ihr dort im Spital keine Hoffnung habe geben können bzw. ihre Motivation nicht (genügend) unterstützt habe (813). Im Gegensatz zur belastenden „Mühle“ des Spitals formuliert die Patientin Vertrauen zum Hausarzt, der die Chemotherapie individuell ihren Bedürfnissen anpasst habe; Reduktion der Dosierung, damit sie ihren Verpflichtungen als Mutter habe nachkommen können (Vgl. 835). Die Nebenwirkungen (Durchfall, Übelkeit, Fieber) könne sie nicht zuordnen, weil sie verschiedene Therapien anwende. Bezüglich der Nebenwirkungen (Chemotherapie) gehe sie zu einem Heiler, der das „Gift“ mental an den Ort bringe wo es gebraucht werde – Nach dieser Behandlung fühle sie sich müde und entspannt; im Sinne eines inneren Friedens. Sie habe schon vor der Erkrankung Fussreflexzonentherapie zur Entspannung gemacht und habe das beibehalten (838).

¹²⁵ (833) Das Beten und die soziale Unterstützung („du schaffsch das“) stellt die Patientin selbst dem subjektiv als mühsam empfundenen „Warten, Probieren“ im Spital gegenüber.

Auswertung 10: M72, Dickdarmkrebs

1) Wieso und wofür nimmt der Patient die Misteltherapie? Vom Patienten formulierte medizinische Zielsetzung?

Die ältere Tochter arbeite als Hebamme am Paracelsus-Spital (907/8) und habe „schwär druff drückt“, dass er die Behandlung hier mache¹²⁶. (912) ... als zusätzliche und begleitende Massnahme. (937) Der Patient äussert, dass er zwischen der Chemotherapie und der Misteltherapie (sowie der Homöopathie) keinen Unterschied mache – das sei „eis Paket“, wenn er schon gegen Krebs „antreten“ müsse, dann wolle er alle Möglichkeiten ausschöpfen.

2) Bestehen seitens des Patienten subjektive Erwartungen und Hoffnungen in Bezug auf die Misteltherapie?

(912) Entsprechend den Angaben der Tochter äussert der Patient, dass er es zur Unterstützung und Förderung des Heilungsprozesses mache ... jedenfalls könne es nur positive Seiten haben. Seine Frau habe eine Fernsehsendung gesehen, wo es bei einem Fall (von Zehn- oder Hunderttausend) „voll eingeschlagen“ habe (912).

3) Wahrnehmungen, im Sinne von (vermuteten) Wirkungen oder Nebenwirkungen der Misteltherapie während dem Therapieverlauf? Subjektive Erfahrungen und Bewertungen der Misteltherapie durch den Patienten?

Bezüglich der Mistel könne er keine Angaben machen (924), aber er habe so eine Ahnung dass die Homöopathie ihm geholfen habe bei Tinnitus, einer Krankheit, bei der der Doktor nichts machen könne – wobei er zunächst skeptisch gewesen sei (Vgl. 938). Im Zusammenhang mit der Misteltherapie hätte sich der Patient bessere Instruktionen gewünscht („mies“), weil er ein schlimmes Erlebnis gehabt habe (940) – Im Rahmen der lokalen Applikation (Spritze) habe sich eine Schwellung im Leberbereich gebildet, wobei der Patient schon „schwarz“ gesehen habe (941) und die Befürchtung einer „Tumorexpllosion“ gehabt habe.

4) Besteht bei diesem Patienten ein subjektives Krankheitsmodell? Krankheitsrelevante Aspekte, im Sinne von Deutung, etc.?

(902) Vor vier Jahren sei ein Prostatakrebs diagnostiziert worden, wobei er sich (aus Sicherheits- und Lebensqualitätsgründen; Vgl. 927) für die radikale Operation entschieden habe¹²⁷ Anlässlich einer Verlaufskontrolle sei „so ein Kennwert“¹²⁸ (Vgl. 906) minimal angestiegen ... und im März sei „das“ losgegangen. (903) Trotz (Vorgeschichte und) Problemen beim „Stuehle“ habe er nicht das Gefühl gehabt, dass er deswegen gleich zum Arzt gehen müsse¹²⁹. Vordergründig macht sich der Patient bezüglich seiner Krankheit (925) keine „schwarzi Gedanke“... er habe vor „nüüt Schiss“. Was ihn allerdings „nachdenklich“ stimme sei ein Ableger auf der Leber (913). Die Bedrohungslage relativiert der Patient (923): „Der grosse Einschnitt sei vor fünf Jahren gewesen (kein Sex mehr; Prostataoperation) ...¹³⁰ Von daher hätten sie auch eine gewisse Beziehung zum Krebs¹³¹.

¹²⁶ Vgl.: Gemäss Ehefrau mache der Patient nur auf Grund der Tochter Homöopathie – was dieser bestätigt (938). Insofern er mit der Homöopathie gute Erfahrungen gemacht habe, kann vermutet werden, dass der Patient allfällig entsprechende Hoffnungen auch mit der Misteltherapie verbindet (Vgl. 3.), die ihm ebenfalls von der Tochter empfohlen worden ist.

¹²⁷ Sie hätten einen Zusammenhang befürchtet – Die Abklärungen hätten jedoch eine neue eigenständige Erkrankung (904) ergeben.

¹²⁸ (914) Patient hat ein Verlaufslabor mit dabei, äussert aber dass er nicht wisse was das eigentlich aussage – er wolle sich anlässlich des nächsten Termins beim Arzt genauer informieren.

¹²⁹ (919/42) Mit 65 Jahren sei er erstmals im Krankenhaus gewesen („Beinbruch“), wobei er in der Folge eine „Spitalallergie“ (wegen wiederholter Lungenembolien) entwickelt habe.

¹³⁰ Auf die Frage was das Krankheitsgeschehen im Rahmen der Prostata bei ihm ausgelöst habe, antwortet der Patient nicht auf der Gefühlsebene, sondern mittels einer rationalisierenden Erklärung.

¹³¹ Wobei ... sie hätten eigentlich gehofft, dass es fertig sei.

Mögliches Erklärungsmodell (?): Der Patient geht von einem statistischen Zufall aus – „äs preicht im einfach“ (909). (910) Möglicher Sinn? Der Patient reagiert zunächst irritiert, um dann eine „Idee“ zu äussern – Sein Vater habe den Spruch gehabt, dass der Herrgott einem Prüfungen schicke, damit man nicht „übermüetig“ (hochnäsig, ein Übermensch) werde und er selbst stelle sich vor, dass wir einmal Verantworten müssten, was wir gelebt hätten. Bezüglich des Testaments scheint beim Ehepaar Differenzen zu bestehen (929). Die Ehefrau hält dem Patienten vor, dass diese Fragestellung ihm unangenehm sei und er getrödelt habe (931) – Vgl. auch Regressmöglichkeit der Gemeinde (930) bei Anfall allfälliger Pflegekosten.

5) Beeinflusst das subjektive Krankheitsmodell die Wahl der Therapien oder der therapeutischen Strategie? Besteht diesbezüglich eine lebensqualitative Relevanz? Wesentliche Bewältigungsstrategien? Findet eine persönliche Entwicklung statt? Bestehen neue Themen oder eine Auseinandersetzung mit Sinnfragen?

Nebst der verdrängenden Bewältigung¹³² spielen die handwerklichen Tätigkeiten eine vorrangliche Rolle – 920/21: Stabilisierung über das Arbeiten (Holzen). Das sei für ihn wie so eine Art Test gewesen (ob er noch „zwäg“ sei)¹³³ sowie er sei „für alle Zeiten happy“¹³⁴ (939), dass die Beige da hinten stehe (und in einem Jahr komme bereits die Nächste) – Vgl. Unterstützung des Sohnes sowie der Töchter (Soziale Komponente; Vgl. Glaubensvorstellungen).

Trotz der affektiven Betroffenheit hat der Patient für das erste Gespräch das Gartenrestaurant vorgeschlagen (901). Er raucht zur Entspannung und äussert, dass sein Arzt ihm das glücklicherweise wieder erlaubt habe, weil „das“ jetzt nicht im Vordergrund stehe. (911) Das intermittierende Weinen komme nicht von einer Trauer her, sondern sei eine thematisch getriggerte Betroffenheit.

6) Bestehen neben der Misteltherapie andere Therapien? Treten im Zusammenhang mit diesen Therapien allfällig wichtige Ereignisse auf? Lebensqualitative Veränderungen vom ersten zum zweiten Interview?

Anlässlich des zweiten Interviews „berichtet“ der Patient, dass es ihm „sauguet“ gehe (921). Im Rahmen weiterführender Abklärungen habe man dem Patienten „direkt und geradeheraus“ gesagt, dass man das operieren müsse (904) und dass es ein Stoma gebe. Eine Bestrahlung werde wegen Metastasen nicht gemacht¹³⁵; jedoch eine Chemotherapie. Wobei der Patient eine mögliche Übelkeit bzw. Müdigkeit im Rahmen dieser Behandlung zunächst bagatellisiert – das sei schon beim letzten Mal gewesen. Seine Ehefrau wiederum äussert dass er am „nächsten“ Tag ganz bleich gewesen sei (921). In diesem Zusammenhang spricht der Patient einen Wechsel der Medikation an und bestätigt, dass er am nächsten Tag ganz schlapp gewesen sei.

¹³² Seine Frau äussert dass sie es auch verdränge „gägesüitig eigentlich“ (925). Vgl. 916: Bezüglich seines Verhältnisses zu Leben und Tod antwortet der Patient ausweichend ... (Vgl. 4.) er sei ein grosser Velofahrer und schon zweieinhalb Mal um die Erdkugel herum gefahren. Die tatsächliche Betroffenheit wird vor allem in Bezug auf die Situation zum Sohn (und die „Tumorexpllosion“) zum Ausdruck gebracht (Vgl. 935): ... Stich ins Herz. Und: ... „abstellt“, weil er sich nicht aufladen wolle ... Das Abschalten und Still halten funktionieren allerdings nur bedingt (Vgl. 927/32/33/43/44/46).

¹³³ Nach den Chemotherapiesitzungen sei er am nächsten Tag bereits wieder „holzen“ gegangen (923). Er sei schon zu Hause der „Handwerker“ gewesen und schon seit jeher ein „Rössleler“.

¹³⁴ Weiterhin betreue er als „Roschnächt“ das Pferd der Tochter (925; ebenfalls auf alle Zeiten).

¹³⁵ Es sei immer von Bestrahlung die Rede gewesen, aber das sei gewesen, wenn da nicht noch eine Metastase gewesen wäre – Nun müsse man mit der Chemotherapie „voll druuf“, auf den ganzen Körper.

Auswertung 11: M66, Dickdarm-Krebs

1) Wieso und wofür nimmt der Patient die Misteltherapie? Vom Patienten formulierte medizinische Zielsetzung?

(1013) Er sei auf die Misteltherapie durch seine Frau gekommen. Sie habe vor 15 Jahren einen Brustkrebs gehabt, wobei sie einerseits mit der damaligen konventionellen Behandlung nicht zufrieden gewesen sei und sie ihr die Brust hätten abnehmen wollen¹³⁶. In der Folge habe sie eine Misteltherapie begonnen – die Brust habe sie immer noch. Zunächst habe er auf sein Vertrauen in die Schulmedizin gesetzt. Als dann die Behandlung bei ihm nur einen kleinen Erfolg gezeigt habe, habe er sich trotz Skepsis ins Spital nach Richterswil begeben (Vgl. 1028)¹³⁷.

2) Bestehen seitens des Patienten subjektive Erwartungen und Hoffnungen im Bezug auf die Misteltherapie?

Zunächst habe er den behandelnden Arzt (in Richterswil) eingehend geprüft und ziemlich „g'hässig“ diskutiert. Hierbei habe er realisiert, dass das offenbar auch nicht so ganz „Alchemie“ sei „dort oben“ (1021). Und was auch noch gewesen sei ... Er habe im Spital in der Stadt gefragt, was man mit der Ernährung machen könne – Das sei nicht relevant¹³⁸ ... In Richterswil habe der Arzt zu ihm gesagt, dass er ihm nicht eine Wunderdiät geben könne und der Krebs sei weg ... aber es gebe gewisse Trends, bei denen es wichtig sei, sie einzuhalten.

3) Wahrnehmungen, im Sinne von (vermuteten) Wirkungen oder Nebenwirkungen der Misteltherapie während dem Therapieverlauf? Subjektive Erfahrungen und Bewertungen der Misteltherapie durch die Patienten?

(1002) Unter der Misteltherapie bzw. anlässlich der Behandlung im Paracelsusspital habe sich seine Lebensqualität (Schmerz, Schlaf) verbessert. (1013) Mittels der konkreten Erfahrungen habe er sich „ein Stück weit überzeugen können“ und sei heute eigentlich der Meinung, dass „es“ sinnvoll sei – insbesondere auch wegen der praktischen Erfolge mit seinen Schmerzen¹³⁹. (1029) Den anfänglichen Skeptizismus gegenüber der Mistelbehandlung relativiert der Patient: Einerseits habe die Mistel „null“ Nebenwirkungen und es sei (Vgl. 6.) psychisch angenehmer „etwas“, als nichts zu tun (1030).

4) Besteht bei diesem Patienten ein subjektives Krankheitsmodell? Krankheitsrelevante Aspekte, im Sinne von Deutung, etc.?

(1001) Zunächst habe er geschäftliche bzw. „psychische“ Probleme, als Ursache für den Durchfall angenommen, wobei die Symptomatik nach dem Verlust der Arbeit nicht sistiert habe. Nach einem „extremen“ Gewichtsverlust habe er dann den Arzt kontaktiert¹⁴⁰. Anlässlich einer jährlichen Nachkontrolle habe sich ein erhöhter Krebsindikator ergeben und die weiterführenden Untersuchungen hätten Tumoren in den Leisten beidseits (Lymphdrüsen) gezeigt. (1033) Die gedankliche Bewältigung sei ihm bei der „ersten“ Krebserkrankung (Operabilität) leichter gefallen – Einen Schock habe er bei der aktuellen Erkrankung aber erst gehabt, als dass die Chemo nicht das „erwartete“ Resultat gezeigt habe (Vgl. 1011). (1036) Zur Krebsentstehung äussert der Patient, dass er zwei Ideen habe ... natürlich „das Psychische“ (Vgl. 1016/17; berufliche Enttäuschung) und „au ä chli“ die „Vererbung“, insofern seine beiden Eltern an Krebs verstorben seien (1007). (1008) Als weiteren subjektiv relevanten Faktor erwähnt der Patient seine

¹³⁶ Vgl. auch 1004/5: Fehldiagnose eines Bauchspeicheldrüsentumors beim Patienten.

¹³⁷ (1020) Auf Anraten der Ehefrau und der Tochter bzw. damit er Ruhe von der Familie habe ...

¹³⁸ Und das sei doch eigentlich jedem Menschen klar, dass das Essen auf irgendetwas einen Einfluss habe. Und die Schulmedizin finde einfach nein ... und das habe ihn auch etwas gestört.

¹³⁹ Vgl.: Er wisse jetzt nicht, ob vom Öl oder von der Spritze (Iscador) – das Öl habe eine Wirkung, das sei eindeutig. Da habe der Arzt im Spital in der Stadt gefunden, das könne er sich nicht vorstellen.

¹⁴⁰ In der Folge habe eine Operation stattgefunden sowie eine prophylaktische Chemo und eine Bestrahlung.

Ernährungsweise (Vgl. 2.)¹⁴¹. Der Patient bezeichnet sich nicht als gläubigen Menschen¹⁴² – Jedoch versuche er gemäss (gewisser) christlicher Werte zu leben (1042, Vgl. 1043; vorgeprägtes Schicksal und 1044/45)¹⁴³.

5) Beeinflusst das subjektive Krankheitsmodell die Wahl der Therapien oder der therapeutischen Strategie? Besteht diesbezüglich eine lebensqualitative Relevanz? Wesentliche Bewältigungsstrategien? Findet eine persönliche Entwicklung statt? Bestehen neue Themen oder eine Auseinandersetzung mit Sinnfragen?

Verschiedentlich haben sich Anhaltspunkte ergeben, dass zwischen dem subjektiven Krankheitsmodell des Patienten und dem seiner schulmedizinischen Behandler (Vgl. zum Beispiel 1010/12/37/39) Diskrepanzen bestehen – Erklärung, Einordnen der Symptome. Weiterhin hat der Patient zwar grundsätzlich Vertrauen in die Schulmedizin¹⁴⁴, aber nicht in die Methode¹⁴⁵. Bezüglich der Krankheitsbewältigung äussert der Patient, dass im familiären Kontext über die Krankheit (etc.) gesprochen werde, die Entscheidungsfindung sei letztendlich aber individuell (Vgl. 1035). (1025) Der Patient strebt eine qualitative Intensivierung seines Lebens an – Wobei er sich beispielsweise mehr Freiheiten nehme (1031)¹⁴⁶. Die (erneute) Betroffenheit durch eine Krebserkrankung relativiert der Patient insofern, als dass die Menschen ihre Sterblichkeit grundsätzlich verdrängen würden und er schon bei der ersten Krebserkrankung habe realisieren müssen, dass das nicht wirklich möglich sei¹⁴⁷ - Vgl. 1024; Zeitbombe in sich und Vgl. 1045; gelebtes Leben.

6) Bestehen neben der Misteltherapie andere Therapien? Treten im Zusammenhang mit diesen Therapien allfällig wichtige Ereignisse auf? Lebensqualitative Veränderungen vom ersten zum zweiten Interview?

(1002) Unter der Chemotherapie habe er "sehr grosse" Nebenwirkungen gehabt (Durchfall). Seine Lebensqualität sei „nirgends“ mehr gewesen; es sei „fürchterlich“ gewesen. Man habe sie abgesetzt, „bevor er an der Chemotherapie sterbe“ (1018, Vgl. 1011). (1026) ... er habe unter der Chemotherapie sein positivierendes Coping nicht aufrecht halten können. Er habe sich zwar hinterfragt, ob er die Therapie abrechnen solle ... aber der Zeitpunkt habe noch nicht gestimmt (1018) – (1023) Vgl.: Der Pat. hat keine Bestrahlung, weil sein Dosis bereits ausgeschöpft und eine Operation lagebedingt nicht möglich sei. Seine allgemeine Lebensqualität habe sich im Vergleich zu vor drei Monaten verbessert (1040/41); Absetzen Chemotherapie.

¹⁴¹ Vgl. 1006: Diskrepanz bezüglich der diagnostischen Beurteilung des „neuen“ Tumors – Erscheint dem Patienten nicht schlüssig (Vgl. 1037; Richterswil)!

¹⁴² Was ihn an der Kirche störe, sei die wortgetreue Auslegung der Bilder. Aber auch Darwin könne nicht stimmen. Irgendwoher müsse das geplant sein (1036).

¹⁴³ Eine Vorstellung mit Strafe oder „Warum gerade ich?“ habe er nicht – Er glaube aber an eine gewisse Vorherbestimmung und in diesem Sinne glaube er nicht, dass es bei ihm „schon so weit“ sei. Vgl. 1032: Trotz Ängsten, Befürchtungen besteht beim Pat. nicht die Vorstellung, dass die Krankheit unmittelbar vital limitierend ist.

¹⁴⁴ Vgl. 1038: ... Gefühl, dass die Medizin mit ihrem wirklichen Wissen nicht weit fortgeschritten ist ... und, dass man die verschiedenen Chemotherapeutika „probiere“.

¹⁴⁵ (1009) Er habe schon die damalige Chemotherapie nicht gut vertragen ... An die Behandlung habe er damals nicht unbedingt geglaubt, aber er habe sich in der Folge keine Vorwürfe machen wollen.

¹⁴⁶ (1042) Der Patient berichtet von einem Nachbarn, der ebenfalls an Krebs verstorben sei und der durch seinen Glauben eine Lebensfreude bis zu Schluss gehabt habe – Der sein Leben gelebt habe (Pfarrer).

¹⁴⁷ Vgl. 1044: Er gehe davon aus, dass man „das“ auch selber beeinflusse, z.B. mit seiner Lebensweise (Ernährung). Sein Geist sei in seinen Kindern, durch die Lebensart die man weiter gebe.

Auswertung 12: M49, Dickdarmkrebs

1) Wieso und wofür nimmt der Patient die Misteltherapie? Vom Patienten formulierte medizinische Zielsetzung?

Während der Rehabilitation habe er Literatur zum Thema gelesen¹⁴⁸ und sei nachher zum Onkologen, der ein „strammer Schulmediziner“ sei – aber liberal – und habe geäußert, dass er die Misteltherapie machen wolle. Er habe zum damaligen Zeitpunkt nur aufgenommen, dass es gegen Krebs helfe und darum mache er das. Wie „sie“ genau wirke, das verstehe er nicht (1120, Vgl. 1121) – Er betrachte sie als einen Schmarotzer der gegen Schmarotzer wirke; das habe ihm eingeleuchtet¹⁴⁹.

2) Bestehen seitens des Patienten subjektive Erwartungen und Hoffnungen im Bezug auf die Misteltherapie?

(1108) Er habe noch irgendetwas selber dazu beitragen wollen. Er habe sich der Schulmedizin nicht völlig ausliefern wollen. Er habe verschiedentlich Kontakt zur „Esoterik“¹⁵⁰ gehabt und gedacht, es müsse Etwas geben ausserhalb der Schulmedizin ... die sei ihm zu mechanistisch. Zudem finde er deren Wissen um die Krankheit (Krebs) und die therapeutischen Möglichkeiten sehr limitiert (1112)¹⁵¹.

3) Wahrnehmungen, im Sinne von (vermuteten) Wirkungen oder Nebenwirkungen der Misteltherapie währen dem Therapieverlauf? Subjektive Erfahrungen und Bewertungen der Misteltherapie durch die Patienten?

Zunächst habe er schlechte Erfahrungen gemacht mit der Iscadorthherapie: Er habe eine heftige Reaktion gehabt (Entzündung, Rötung, Jucken), wobei er sich gewundert habe, dass „natürliche“ Mittel so starke Reaktionen hervorrufen können (1114). (1145) Die Chemo sei so negativ gewesen in ihren Auswirkungen, das müsse ja helfen und „die Therapie“ sei so positiv, das müsse ja helfen ... und bei der Mistel, sei einfach nichts (er spüre nichts)¹⁵².

4) Besteht bei diesem Patienten ein subjektives Krankheitsmodell? Krankheitsrelevante Aspekte, im Sinne von Deutung, etc.?

Bezüglich Erklärungsmodellen, Sinn und Risikofaktoren? Trotz positiver Familienanamnese (Mutter verstarb an Magenkrebs, 1111), habe er nicht in erster Linie an Vererbung gedacht. Auch nicht an die Ernährung (1110) ... eher an psychosomatische Aspekte – Er sei jemand der sich zurücknehme, es allen recht machen wolle und von daher zu kurz komme (1118). Einen Zusammenhang sehe er vor allem in der väterlichen Abwesenheit begründet (1115 Suizid und Vgl. 1116), weil er ein männliches Vorbild vermisst habe – In der Folge habe er ein Vaterbild gesucht (1114); vor allem im Beruflichen. Dabei hätten ihm Kränkungen im Zusammenhang damit jeweils auf den Magen geschlagen (1118). (1127) Er unterscheide zwischen Krebs und Tumor – den Krebs lokalisiere er in der Seele, den Tumor im Körper. Den Tumor im Körper brauche er nicht; mit dem Krebs in der Seele müsse er wahrscheinlich leben¹⁵³. (1109) Er empfinde den Krebs eher als Herausforderung ... der wolle ihm irgendetwas Mitteilen. Der Krebs sei nicht einfach etwas, dem er ausgeliefert sei – Er könne nicht kämpfen gegen „dä“, das sei wahrscheinlich hoffnungslos,

¹⁴⁸ (1107) ... er habe er sich gewundert dass die Schulmedizin zu diesem Thema gar nichts anbiete, was für den Normalbürger verständlich sei – die Alternativ- bzw. Komplementärmedizin hingegen „meterweise“.

¹⁴⁹ (1133) Das Krankheitsmodell von Dr. Hamer sei ihm plausibel – Er lehne aber dessen negativem Stil ab.

¹⁵⁰ Er habe vom Tischerücken bis zur Geistheilung alles gemacht – wobei ihn Formen beeindruckten würden, die mit Religiosität zu tun hätten und spricht hierbei von Quellen, die uns nicht mehr zugänglich seien (1119, Vgl. Anthroposophie).

¹⁵¹ Das schlage sich ja auch in der Statistik nieder – „zwüsched 30 und 70% Überlebenschance (1113).

¹⁵² Er nehme die Mistel nun im Sinne von „Nützt es nichts, so schadet es auch nichts“.

¹⁵³ Den Krebs in der Seele sehe er im Zusammenhang damit, dass im Menschen Gesundheit/Krankheit immer da seien (1127).

aber (...) „vielleicht findet mer gemeinsam än Weg, wo mår chönd mit änand existiere¹⁵⁴. Der Krebs sei etwas zu ihm Gehöriges, weil „es“ auch positive Seiten habe – habe ihn auf Gedanken und Ideen gebracht, die er sonst nicht gehabt hätte (1128). Weiterhin erstaune ihn, dass er durch den Krebs realisiert habe dass er sich keine Gedanken zum Sinn des Lebens gemacht habe (1129).

5) Beeinflusst das subjektive Krankheitsmodell die Wahl der Therapien oder der therapeutischen Strategie? Besteht diesbezüglich eine lebensqualitative Relevanz? Wesentliche Bewältigungsstrategien? Findet eine persönliche Entwicklung statt? Bestehen neue Themen oder eine Auseinandersetzung mit Sinnfragen?

(1130/34) Der Krebs wird vom Patienten in erster Linie mit der beruflichen Situation in einen Zusammenhang gebracht – Insofern strebt er diesbezüglich eine Lösung an¹⁵⁵. Er schaue auch vertieft auf sein Wohlbefinden (1111, Vgl. 1151; soziale Kontakte). (1140) Die durch den Krankheitsprozess angestossene Auseinandersetzung versteht der Patient im Sinne einer vertieften Möglichkeit Lebenssinn generieren zu können¹⁵⁶. (1140) Während der Chemozeit erlebe er die Krankheit nur als Bedrohung, ansonsten als Herausforderung¹⁵⁷. (1146) Nach Abschluss der Chemotherapie gehe der Bewältigungsprozess vor allem im Psychischen weiter. (1135) Er gehe noch in eine Körper-Seelen-Geist-Therapie was hoch spannend sei¹⁵⁸. Eine imaginative Krebsbewältigung verneint er – er male, um Stauungen abbauen (1126)¹⁵⁹.

6) Bestehen neben der Misteltherapie andere Therapien? Treten im Zusammenhang mit diesen Therapien allfällig wichtige Ereignisse auf? Lebensqualitative Veränderungen vom ersten zum zweiten Interview?

(1142) Auf eine hierarchisierende Bewertung der Behandlungen mag der Patient sich nicht festlegen – das sei etwas ziemlich Umfassendes so ein Krebs¹⁶⁰. Den könne man nicht einfach nur so von einer Seite angehen. Das sei das Gesamte das wirke. Allerdings differenziert der Patient die verschiedenen Behandlungen. Die Chemo sei gegen den Tumor und die anderen Behandlungen gegen den Krebs und die Mistel sei so etwas zwischendrin¹⁶¹. (1136) Der Zusammenhang zwischen der gesundheitlichen Stabilisierung und der Beendigung der Chemotherapie sei für ihn eindeutig gewesen (Vgl. 1138) – Alleine das Bewusstsein jeden Monat eine Woche lang jeden Tag das Gift „go ine lah“ habe ihn schon sehr belastet. Und eigenartigerweise habe er sowohl Ende Januar, als auch Ende Februar jeweils einen ganz charakteristischen Geschmack im Mund bekommen (1139) und zwar schon vor Beginn der jeweiligen Chemophasen¹⁶².

¹⁵⁴ (1127) Das sei das was ihm der Krebs mit seinem Tumor habe sagen wollen ... Wenn er im Seelischen etwas in Ordnung bringe, dann habe das auch im Körperlichen eine Auswirkung ... Wobei er davon ausgehe, dass es ein Gift sei, das vom Krebs her den Tumor mache (Vgl. auch Gift im Zusammenhang mit der Chemotherapie).

¹⁵⁵ Bezüglich seines Vaterproblems habe er realisiert, dass er diese Verantwortung nicht an eine Institution delegieren könne, sondern „endlich“ selbst übernehmen müsse (Vgl. 1147).

¹⁵⁶ (1150) Äussert Angst wieder ins alte Fahrwasser zu kommen... seiner Frau, sich selbst und wichtigen Themen zu wenig Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.

¹⁵⁷ Er habe seinen Arzt wiederholt darauf angesprochen, ob Behandlung noch nötig sei, habe aber selbst nicht den Mut gehabt sie abzubrechen (1132). Vgl. auch die Macht der Ärzte (1153/54).

¹⁵⁸ Es sei ihm wichtig zu verstehen, was ein Therapeut mache und wie er arbeite – bei ihr wisse er das nicht – er sehe eine Arbeit mit Energieströmen sowie kirchlich-religiöse Ansätze.

¹⁵⁹ Er male nicht durchgängig – seinen letzten produktiven Schub habe er gehabt, als es ihm nicht gut gegangen sei. Ihm sei aufgefallen, dass sich seine Farbwahl massiv verändert habe (auch bei Kleidern) – farbig und hell, statt schwarz (1125/26).

¹⁶⁰ Der Patient vermutet, dass der Heilungsprozess sehr komplex sei... (Vgl. 6). Er vermisse in den Studien, dass die innere Haltung, das Psychologische und die Psyche, keine Rolle zu spielen scheinen (1123).

¹⁶¹ (1136) Am ehesten würde er die Mistel weglassen, die anderen Therapien würden zwingend dazu gehören. Er überlege sich, ob er noch die Akupunktur dazu nehmen solle.

¹⁶² (1140) Er habe die Behandlung nicht abgeschlossen, weil man so wenig über diese Krankheit wisse und weil die Statistiken dieser Therapie eine gewisse Wirkung zusprechen würden und er auch nichts Gescheiteres wisse.

4.2.4. Qualitative Inhaltsanalyse: Vergleichende Auswertung der Interviewdaten des gesamten Interviewkollektivs

Im Gegensatz zur Auswertung der Interviews im Kap. 4.2.2. und 4.2.3., die sich mehr an den einzelnen PatientInnen bzw. deren Interviews vollzogen hat, sollen die dabei erhobenen Daten nachfolgend in einem mehr übergreifend-vergleichenden Sinne ausgewertet werden. Hierbei sollen die mehr konkreten Fragestellungen (siehe Tab. 19) „quantitativ“ fassbarer gemacht werden. Die mehr ideellen Fragestellung (siehe Tab. 20) sollen zwar ihren qualitativen Charakter beibehalten, aber interpretativ durchdrungen und damit ein Stück weit verallgemeinert werden. Das bedingt, dass vorgängig die Interviews bzw. der Auswertungen hinsichtlich der entsprechenden Fragestellung „verdichtet“ zur Darstellung gebracht werden (Siehe Kap. 4.2.4.2.).

4.2.4.1. Inhaltliche Analyse zu einzelnen Fragestellungen

4.2.4.1.1. Gründe der Wahl / „Weg“ zur Misteltherapie (MT)

Von den 12 interviewten PatientInnen war bei 5 bezüglich Motivation zur Anwendung der Misteltherapie die Empfehlung aus dem familiären Umfeld erheblich relevant. Bei 3 von 12 PatientInnen scheint die Literaturrecherche im Vordergrund gestanden zu haben.

Weiterhin spielten für einzelne PatientInnen die „Empfehlung eines Bekannten oder des Umfelds (inkl. Behandler)“ einen Einfluss und allfällig in der Folge eine weiterführende bewältigungsunterstützende Begleitung im sozialen Umfeld.

Im Rahmen dieser Fragestellung haben sich gewisse Auffälligkeiten, im Sinne geschlechterspezifischer Tendenzen ergeben: Drei der Männer haben basal einen informativen Zugang und/oder methodischen Zugang gewählt, d.h., sie informierten sich spezifisch bzgl. einer für die Krebsbehandlung in Frage kommenden Methode. Bei den Frauen scheint ein stärkerer Zugang via allgemeine Behandlungsvorstellungen gegeben zu sein, d.h., sie fragten mehr danach (bei entsprechendem Interesse), welche Methode aus dem komplementärmedizinischen Therapiebereich bei Krebs helfen könnte. Weiterhin fällt aus geschlechterspezifischer Sicht auf, dass bei fünf PatientInnen eine komplementärmedizinisch geprägte Unterstützung seitens weiblicher Familienmitglieder vordringlich wichtig erscheint – Hierbei findet sich in einem Unterstützungsteam einer Patientin nebst der Tochter der Ehemann – als einzige männliche Ausnahme.

4.2.4.1.2. Zum Stellenwert der MT für die PatientInnen

Bezüglich des Stellenwertes der Misteltherapie scheint diese Therapie nur bei einer Patientin (F56) eine primäre Rolle zu spielen. Bei den anderen PatientInnen ist von einer „sekundären“ bzw. ergänzend-unterstützenden Bedeutung auszugehen, d.h., selbst PatientInnen, die der Misteltherapie gegenüber eine hohe Wertschätzung geäußert haben und die konventionelle Therapieverfahren zum Teil „prophylaktisch“ angewendet haben, äusserten sich bzw. entschieden sich im Rahmen einer fiktiven „Zwangswahl“ für die konventionellen Therapien. Eigentliche Vorbehalte gegenüber der schulmedizinischen Behandlung waren bei keiner Patientin bzw. keinem Patienten auszumachen. Bei 4 PatientInnen war eine gewisse Bevorzugung komplementärer bzw. alternativer Behandlungsmethoden festzustellen und/oder eine partiell leicht negative Bewertung der Schulmedizin. Bei 4 PatientInnen bestanden (anamnestisch) klare Angaben, dass die Möglichkeiten der konventionellen Therapie (palliative und/oder abgeschlossene schulmedizinische Therapie) ausgeschöpft sind.

4.2.4.1.3. Subjektive „medizinische“ Gründe (Begründungen / Erwartungen) bezüglich der angewendeten MT

Im Vordergrund stehen für viele PatientInnen die Stärkung des Immunsystems oder eine Unterstützung bei der Heilung und/ oder eine „gegen Krebs“ gerichtete Wirkung. Bei einigen PatientInnen ist ein Einfluss von „Modellvorstellungen“ bzgl. der Krankheitsdeutung/-bewältigung

und/oder des Welt- und Menschenbildes auszumachen (Vgl. später; siehe Tab. 20). Bei drei PatientInnen spielten Fragestellungen die das Setting bzw. die Dauer der Therapie betrafen, eine Rolle. Und zwei PatientInnen äusserten, dass sie „alle“ Behandlungsmöglichkeiten ausschöpfen wollten.

4.2.4.1.4. Wirkungen / Nebenwirkungen der MT sowie andere Bewertungen

Bei 6 PatientInnen (von 12) traten keine Nebenwirkungen auf, bei 4 leichte, bei 2 „heftige“. 9 PatientInnen konnten keine Wirkung melden, bei 3 anamnestisch positive Wirkungen auf Stimmung, Schmerz und Schlaf sowie Stimmung und Schmerz); 1 Patient vermutete eine Wirkung auf seine Resistenz gegen Erkältungen.

Bei 5 PatientInnen spielten „andere“ Bewertungen eine Rolle: Miese Instruktion, Hoffnung, positive Rückmeldung Heiler, Modellkongruenz Deutung/Bewältigung. Widerstand gegen Spritze, Stechen/Stechen wird als Zumutung empfunden. Positiver Impuls – etwas wider den Doktor zu tun. Sinnvolle Behandlung. „Nützt nüt so schadt’s nüt“.

4.2.4.1.5. Angaben zum Verlauf der Lebensqualität (QoL)

F56 ging es „prozessual“ besser. F63, M72, F69 Jahre sowie F42 äusserten eine subjektive Verbesserung. Bei M57 trat eine Verschlechterung auf; der Pat. verstarb kurz nach dem zweiten (telefonischen) Interview. F66 gab ein stabiles, gutes Befinden an; anamnestisch keine Veränderung der Symptome oder des Befundes. M65 äusserte eine Verbesserung im Zusammenhang mit der Klärung der beruflichen Situation bzw. einer Shiatsubehandlung. M56, F39, M66 sowie M49 äusserten Verbesserung im Zusammenhang mit dem Absetzen / der Beendigung der Chemotherapie.

Die Ergebnisse von Kap. 4.2.4.1. sind in Tabelle 19 (S.91) patientenübergreifend dargestellt.

4.2.4.2. Themenbezogene Analyse betreffend die individuellen Laienkonzepte, subjektiven Modellvorstellungen und Wissenskreise (Vgl. Scharfetter)

Die nachfolgende Darstellung soll insbesondere zu den Aspekten der individuellen Krankheitsdeutung und -bewältigung Bezug nehmen, sowie jeweilig relevante Copingdimensionen der einzelnen Patienten erörtern – Damit in einem weiteren Schritt eine verallgemeinernde, weiterführende Verdichtung (siehe Tab. 20) hinsichtlich des Interviewkollektivs möglich ist. Wo vorhanden und relevant werden persönliche Welt- und Menschenbilder mit einbezogen, sowie subjektive Sinndimensionen der Erkrankung berücksichtigt. Weiterhin wird eine allfällig vorhandene und mit der Erkrankung im Zusammenhang stehende Persönlichkeitsentwicklung konnotiert.

Bei **F56** scheint ein psychosomatisches Krankheitsdeutungsmodell vor biografischem Hintergrund zu bestehen (Krebs als Ausdruck sexueller intrafamiliärer Gewalt sowie deren reaktive Auswirkungen) mit energetisch-ätiologisch-funktioneller Modellkomponente sowie einem konkret wirksamen spirituell geprägten Menschen- und Weltbild. Die Krankheitsbewältigung orientiert sich an diesen subjektiven Modellvorstellungen: Im Vordergrund steht hierbei ein psychotherapeutisch begleiteter Prozess (inkl. Heileurythmie), der von einer intensiven Selbstbeobachtung geprägt ist, mit Bezug zu den persönlichen Glaubensvorstellungen. Es bestehen bezüglich der grundlegenden Modellvorstellungen der Patientin insbesondere auch Auswirkungen auf die Wahl/Ablehnung von Therapien – bei grundlegender Präferenz von CAM-Therapien: Die Misteltherapie wird von der Patientin als „natürlich und sanft“ eingeschätzt und das unangenehme Stechen (Misteltherapie, Applikation) wird prozessual-integrativ interpretiert. Einer umfassenden Operation bzw. einer Chemotherapie steht die Patientin hinsichtlich ihrer Krankheitsdeutung ablehnend gegenüber. Der Krankheit wird Sinn zugesprochen: Sie steht für eine blockierte Persönlichkeitsentwicklung, die in diesem Zusammenhang wieder angegangen wird – Die Patientin will ins Bewusstsein gehen, um frei zu werden von den krank machenden Verstrickungen der Vergangenheit.

Bei **F63** besteht eine partiell psychosomatische Krankheitsdeutungsmodellkomponente – Vgl. diesbezüglich die sinnhafte Deutung, dass sich der Körper auflehne. Dieser Aspekt wird von der Patientin in Bezug auf die Bewältigung allerdings nur soweit als „notwendig“ berücksichtigt: Die Patientin äussert Angst vor Verstrickung sowie konsekutiver Verschlechterung ihres Zustandsbildes bzgl. der Krebserkrankung. Diese zumindest partiell kausalen Modellvorstellungen scheinen auf die Wahl der Therapien keinen wesentlichen oder bestimmenden Einfluss zu haben. Ein krankheitsbezüglich relevantes Welt- und Menschenbild liess sich gleichfalls nicht eruieren. Hingegen äusserte die Patientin in Bezug auf die Arthritis ein allgemeines Behandlungsschema, wobei sie initial CAM-Therapien berücksichtige und erst wenn notwendig schulmedizinische Therapeutika nehme. So besteht vermutlich eine gewisse Präferenz von CAM-Therapien – Vgl. auch kritisch anmutende Bemerkungen gegenüber der Schulmedizin im Rahmen der TV-Sendung. Die Wahl der Misteltherapie scheint jedoch vor allem im Zusammenhang mit dem Vertrauen zum Hausarzt zu stehen. Aus der sinnhaften Deutung der Krankheit (siehe oben) leitet die Patientin ab, dass sie bewusster leben und Unwichtiges ausgrenzen wolle. Insofern findet im Rahmen der Erkrankung eine Persönlichkeitsentwicklung statt.

Bei **F69** ist kein bewusstes Krankheitsdeutungsmodell eruierbar, bei einfacher Bildung. Die mit der Diagnose verbundene Lebensangst wird offen formuliert – z.B. ob denn die Behandlung überhaupt noch einen Sinn mache. Vorgängig ist der Ehepartner der Patientin an Krebs verstorben. Hierbei hat die Patientin geäussert, dass der langsame Prozess ihr eine adaptive Begleitung ermöglicht habe; sie vermutet, dass ein schneller Tod sie überfordert hätte. Mehrfach äussert die Patientin ausgeprägte Vorbehalte gegenüber einer Chemotherapie, wegen möglichen Nebenwirkungen. Allerdings führt sie an, dass sie keine alternative Behandlung kenne. Bei anamnestisch palliativem Behandlungsschema nimmt die Patientin auf Anraten einer ihrer Töchter an der Misteltherapie teil

– Sie selbst habe kein Wissen um die Alternativmedizin, gilt sinngemäss auch für die Schulmedizin (Vergleiche Frage bzw. Antwort nach Einfluss Genetik). Aus dem Interview ergibt sich keine Sinndimension, aber die Mistelbehandlung wird als Impuls zur Autonomiebildung aufgefasst und der damit verbundene Behandlungskontext als zukünftige Anlaufstelle bei Problemen antizipiert. Die Patientin erhält aus dem privaten Umfeld weiterhin eine Anleitung zum positiven Denken. Dies gibt ihr Hoffnung, bezüglich der Erkrankung einen gewissen Einfluss zu haben. Insofern findet im Rahmen der Erkrankung eine Persönlichkeitsentwicklung statt.

Beim **M57** scheint kein bewusstes Krankheitsdeutungsmodell zu bestehen, jedoch wird eine allgemeine Angst vor dem „Bösen“ / der bösen Krankheit formuliert (die der Patient schon als Kind gehabt habe) und die der Patient rationalisierend und verdrängend bewältigt bzw. mittels einfacher motivationaler Schemata. Der Patient strebt eine vordringlich schulmedizinische Behandlung an, die er mit seinen Behandlern abspricht. Weiterhin orientiert sich der Patient an Vorträgen bzw. geht eine Klinik mit stark adjuvant-alternativmedizinischer Konzeption besuchen – Hier stellt sich die Frage nach dem Einfluss der Ehefrau (siehe unten). Keine Sinnkomponente eruierbar, fragliche persönliche Entwicklung.

Bei der Ehefrau hingegen besteht einerseits eine gewisse Präferenz für CAM sowie andererseits eine psychosomatische Krankheitsdeutungsmodellkomponente. Der Tod des einzigen Sohnes bzw. die Art des Coping ihres Ehemannes / des Patienten wird in einen möglichen Zusammenhang mit der aktuellen Krebserkrankung gestellt. Die Wahl der Misteltherapie scheint jedoch vor allem im Zusammenhang mit der positiven Bewertung alternativ-medizinischer Behandlungsverfahren zu stehen.

Es ist zu vermuten, dass die Misteltherapie dem Ehepaar eine „integrativere“ Krankheitsbewältigung ermöglicht, bei divergierenden Krankheitsdeutungs- und v. a. Krankheitsbewältigungskonzepten. Der gemeinsam gelebte Glaube scheint nicht vordringlich bewältigungs-relevant zu sein und ist wahrscheinlich eher im Sinne einer subjektiv erlebten Unterstützung (soziale Einbindung, Stärkung des Glaubens) zu verstehen.

Bei **F66** besteht kein bewusstes Krankheitsdeutungsmodell. Die Krankheitsbewältigung wird grossteils an die Familie delegiert und verdrängend bewältigt – Eine frühere Dickdarmerkrankung sowie Lebermetastasen und langjährige chronische Verstopfungen werden initial nicht erinnert und eine emotionale Betroffenheit wird erst im zweiten Interview zum Ausdruck gebracht. Einen Sinn kann die Patientin bezüglich ihrer Erkrankung nicht ausmachen. Eine wesentliche Entwicklung ist nicht eruierbar – Es wird ein Adaptionsversuch formuliert im Sinne der Krankheit etwas Positives abgewinnen zu wollen.

Bei der Tochter besteht ein divergierendes Krankheitsdeutungsmodell; sie hinterfragt die früheren chronischen Verstopfungen und eine frühere Erkrankung an einem Dickdarmtumor im Kontext der aktuellen Krankheit hinterfragt. Die Tochter scheint die therapeutische Kompetenz und Compliance ihrer Mutter zu bezweifeln.

Die Patientin wendet die Misteltherapie auf Anraten ihrer Familie an (der Ehemann hat Literatur besorgt und gelesen) und macht an einer Stelle des Interviews Äusserungen, die Zweifel aufkommen lassen, ob sie selbst die Behandlung überhaupt weiterführen würde.

Bei **M65** besteht ein partiell psychosomatisches Krankheitsdeutungsmodell. Der Pat. bezeichnet sich zunächst als kartesisch denkenden Menschen – Krankheit als Defekt; Therapie als Reparatur. Andererseits äussert der Patient in der Folge, dass seelische bzw. geistige Ursachen körperliches Leiden (Wirkung) hervorrufen könnten („Schlüsselerlebnis“/Reaktion im Rahmen des Öffnens der Rechnung für die Chemotherapiebehandlung). Hierbei lehnt der Patient eine ursächliche Vorstellung jedoch klar ab. Als problematisch erachtet der Patient beruflichen Stress bezüglich seiner Heilung und er strebt insofern eine radikale Lösung an. Im Verlauf – vom ersten zum zweiten Interview – fällt auf, dass der Pat. nebst seiner aktiv handelnden Bewältigung (möchte

keine Pausen machen und/oder unnötig zuwarten mit der Etablierung neuer Therapien) zunehmend regenerative Therapien (Shiatsu) und befindensnahe Dimensionen berücksichtigt (körperliche Verspannungen, Verhalten gegenüber seiner Ehefrau). Vgl. diesbezüglich Ärger über das Nichtkontrollierenkönnen emotionaler Reaktionen. Sinn sucht der Patient in der Auseinandersetzung mit einem alternativen Welt- und Menschenbild. Diese Auseinandersetzung stellt er jedoch nicht in einen direkten Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen. Eine Entwicklung findet insofern statt, als dass der Patient beginnt, nebst materiell-konkreten vermehrt subjektive Bedürfnisse und sozial-emotionale Anforderungen zu hinterfragen.

Beim **M56** besteht eine partiell psychosomatische Krankheitsdeutungsvorstellung (Stress) bei angenommener Disposition (hohe Selbstansprüche bei Schwäche in diesem Bereich, d.h. im Magen-Darm-Trakt). Diese Modellvorstellungen haben jedoch keine ätiologische Dimension, sondern es besteht die subjektive Vorstellung einer die Krankheit unterhaltenden Funktion. Der Patient beginnt entsprechend (gewisse) berufliche und private Aspekte an seine Bedürfnisse zu adaptieren. Bezüglich Welt- und Menschenbild fällt auf, dass der Patient (der in einer Grossfamilie aufgewachsen ist) gewisse sozial-familiäre Werte auch in seinen kirchlich-religiösen Vorstellungen und in seinem beruflichen Verständnis zum Ausdruck bringt. Beruflich verfolgt der Patient subjektiv wichtige langfristige angelegte ökologische Vorstellungen und Ziele, die er gegen kurzfristig angelegte Zielsetzungen von „Interessengruppen“ durchzusetzen versucht. Entsprechend denkt er sich die Misteltherapie längerfristig – die Chemotherapie habe zwar eine stärkere Wirkung, sei aber auch toxischer. Bäume scheinen weiterhin auch in der künstlerischen Auseinandersetzung des Patienten mit der Realität eine Rolle zu spielen. Beim Malen von Bäumen versuche er deren Inneres und deren Charakter zu erfassen und zum Ausdruck zu bringen. Hierbei ergeben sich für den Patienten auch sinnhafte bewältigungsrelevante philosophische Einsichten – Gebe Bäume mit Krebs. Der Patient scheint eine Entwicklung zu durchlaufen, die beispielsweise mit dem Bedürfnis nach einem vertieften Erleben verbunden ist.

Bei **F42** besteht eine initiale Deutung Krebs=sterben. Hierbei geht die Patientin von einer multifaktoriellen Genese ihrer Erkrankung aus und hat ein breites Therapiekonzept etabliert. Sie beklagt, dass sie im Rahmen der Chemotherapiebehandlung kaum Zeit und Raum finde, ihre vielfältigen Fragen zu stellen. Weiterhin äussert sie, dass die Behandlung „dort“ abgeschlossen sei (Blut sei gut), obwohl die Therapie subjektiv noch nicht zu Ende sei. Insofern macht sie längerfristig noch eine zusätzliche Misteltherapie. Hierbei schätzt sie die damit verbundenen ganzheitlichen Behandlungsvorstellungen – Die Ärztin zeige auch etwas von ihrer privaten Seite und auch berufliche Probleme könnten im Rahmen der Behandlung besprochen werden. Sinn? Sie nehme die Krankheit als ein Ultimatum, eine Chance für die Umsetzung einer Veränderung – Eine berufliche Veränderung stehe schon lange an. Im Vordergrund der Bewältigung steht eine allgemeine Strukturierung – Anmerkung: Dieses Verhalten hat aus tiefenpsychologischer Sicht eine sichernd-stabilisierende Funktion. Zunächst habe sie Kreuze im Adressbuch gemacht (wegen dem Versand von Todesanzeigen). In der Folge pflegte die Patientin einen regelmässigen Kontakt zum Pferd – Besuchen, Putzen, Spaziergänge, Reiten. Und sie passte das therapeutische Setting ihren Bedürfnissen an, wobei sie versucht entsprechend auf ihren beruflichen Kontext einzuwirken sowie ihren Alltag und ihre nahen sozialen Kontakte ihren Bedürfnissen angepasst zu gestalten. Zudem macht sie eine Psychotherapie, die auf alltäglich-konkrete Problemstellungen fokussiert. Weiterhin scheint eine gewisse imaginative Bewältigung eine Rolle zu spielen (Vgl. Interview – ... „hinter einem Schleier“ und ... „Häuschen am Waldrand“).

Bei **F39** besteht kein Krankheitsdeutungsmodell – möchte für diese Frage keine Kräfte verschwenden. Allerdings hatte die Patientin die unbewusste Vermutung, dass ein wesentliches medizinisches Problem besteht und zögert daher den Arztbesuch lange hinaus. Bezüglich der Krankheitsbewältigung besteht eine mehrschichtige Bewältigungsstrategie: Nebst der kon-

ventionellen Behandlung und der Misteltherapie geht sie zu einem Heiler und sie greift auf Unterstützung aus ihrem religiösen Kontext zurück - Gelebter Glaube als wesentliche Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung (Messen, Beten, Meditation, Pilgern). Es besteht zudem eine Integration mit persönlich-sozialen Bedürfnissen (Freundinnen) sowie Aspekten der alternativmedizinischen Vorstellungen von Heilung (Kreuz Auflegen, Heiler). Als aktuelle Zielsetzung strebt die Patientin eine Balancierung an: So muss der Hausarzt die Chemotherapie dosis bzgl. der Nebenwirkungen so anpassen, dass die Patientin ihren Mutterpflichten nachkommen kann – ihre Kinder sind über den möglichen, drohenden Tod informiert! Der Heiler bringe das Gift der Chemo mental an den Ort, wo es wirken solle und die Patientin spüre nach der Behandlung einen inneren Frieden.

Beim **M72** bestehen zwei Krankheitsdeutungsebenen – Zum einen formuliert der Patient eine „zufällige“ Betroffenheit (wobei es ihn bereits das zweite Mal getroffen habe) sowie als möglichen Sinn eine vom Vater übernommene Vorstellung – dass der Herrgott einem Prüfungen schicke, damit man nicht hochmütig werde. Diese Aussage ergänzt der Patient selbst dahingehend, dass wir einmal verantworten müssten, was wir gelebt haben (religiöse Komponente). Bezüglich der Bewältigung der Zufallsbetroffenheit, müsse man – da wegen Ablegern keine Bestrahlung möglich sei – mit Chemo „voll druff“ (auf den ganzen Körper). Die von der Tochter empfohlene Misteltherapie wird hierbei als Teil „eines Pakets“ verstanden. Weiterhin findet eine Bewältigung der Krankheit – Antreten zur Prüfung – via Aktivitäten (z.B. Holzen) statt. Auffällig erscheint weiterhin, dass die Ehefrau des Patienten äussert, dass sie es auch verdränge. Der Patient äussert einen entsprechenden Umgang im Zusammenhang mit einer konflikthaften Beziehung zum einzigen Sohn. Hierbei zeigt sich, dass eine Verdrängung nur partiell zu gelingen scheint – Vergleiche Tumorexpllosion. Eine Persönlichkeitsentwicklung scheint nicht stattzufinden: Der Patient versucht dem Alter entsprechend eine möglichst optimale Lösung der familiären Angelegenheiten zu finden.

Beim **M66** scheint eine Gewisse psychosomatische Komponente zu bestehen, die allerdings nicht ätiologischer Natur ist. Der Patient führt beruflichen Stress an sowie falsche Ernährungsgewohnheiten. Weiterhin sieht der Patient bei positiver Familienanamnese eine genetische Komponente. Im Rahmen der schulmedizinischen Behandlung fallen immer wieder divergierende Modellvorstellungen auf – So möchte der Patient beispielsweise wissen, ob er mit der Ernährung etwas machen könne; was subjektiv nicht angemessen berücksichtigt worden sei. Hierbei gilt es weiterhin anzumerken, dass die Ehefrau des Patienten im Rahmen einer Brustkrebserkrankung vor 20 Jahren wegen Unzufriedenheit mit der Behandlung von der Schulmedizin in eine Mistelbehandlung gewechselt hat. Obwohl die Familie dem Patienten ebenfalls eine Misteltherapie empfiehlt, wechselt der Patient erst ans Paracelsusspital, als die schulmedizinischen Behandlungsoptionen abgeschlossen sind. Der Patient scheint die neuen Behandler kritisch zu prüfen – gleichwohl fällt eine grössere Übereinstimmung der subjektiven Krankheitsmodellvorstellungen des Patienten mit seinen neuen Behandlern auf. Es besteht weiterhin eine lebensphilosophische Komponente (Vgl. Geschichte Pfarrer/Nachbar) und der Patient äussert dass sein Geist in den Kindern lebe. Er sein nicht gläubig, aber er versuche christliche Werte zu leben. Und Darwin sei ihm zu wenig, da müsse mehr sein (höhere Macht, gewisse Schicksalskomponente). Ein eigentlicher Sinn ist nicht eruierbar, gleichwohl macht der Patient eine gewisse Persönlichkeitsentwicklung durch (vermehrte Autonomie).

Beim **M49** fällt eine deutende Unterteilung auf – Krebs in der Seele macht Tumor im Körper (via „Gift“). Das „Gift“ der Chemotherapie sei gegen den Tumor gerichtet, die anderen Therapien „gegen“ den Krebs in der Seele (inkl. Misteltherapie). Die Erkrankung wird weiterhin als Ausdruck des Verlustes des Vaters bzw. der reaktiven Suche nach einem väterlichen Ersatz verstanden – Insofern besteht ein psychosomatisches Krankheitsdeutungsmodell mit einer ursächlich-

ätiologischen Komponente sowie reaktiv kränkenden Enttäuschungen. Als wesentliches Moment der Krankheitsbewältigung versteht der Patient die Lösung der entsprechenden Problematik (berufliche Veränderung sowie Veränderung der mit der beruflichen Anerkennung verknüpften Erwartungen. Die Krankheit hat also einen sinnhaften Charakter und wird vom Patienten als Aufforderung zur Autonomisierung verstanden. Im Sinne der Deutung wendet der Patient aufdeckend-integrative Therapiemethoden an (Körperpsychotherapie, Malen). Weiterhin spielt bei der Wahl der Therapien das subjektiv-persönliche Welt- und Menschenbild eine Rolle: Die Schulmedizin ist dem Patienten zu mechanistisch, die Misteltherapie wird als Teil eines erweiterten, ganzheitlicheren Kontextes verstanden. Zudem äussert der Patient, dass er via Misteltherapie selbst etwas beitragen wolle (Vgl. Macht des Internets gegenüber den Ärzten und Autonomieprozess oben).

Die Ergebnisse von Kap. 4.2.4.2. sind in Tabelle 20 (S.92) patientenübergreifend dargestellt.

4.2.4.3. Tabellen zu „Inhaltliche Analyse zu einzelnen Fragestellungen“ / „Themenbezogene Analyse betreffend die individuellen Laienkonzepte, subjektiven Modellvorstellungen und Wissenskreise (Vgl. Scharfetter)“

Siehe Tabellen 19 (S.91) sowie Tabelle 20 (S.92):

4.2.4.3.1. **Tab. 19** Inhaltliche Analyse zu einzelnen Fragestellungen – Konventionelle Aspekte im Zusammenhang von MT und QoL

4.2.4.3.2. **Tab. 20** Themenbezogene Analyse betreffend die individuellen Laienkonzepte, subjektiven Modellvorstellungen und Wissenskreise – im Zusammenhang mit Krankheitsdeutung und -bewältigung

Legende zu Tab. 19:

- (1) Unterstützung der inneren und gefühlsmässigen Kräfte;
- (2) Widerstand gegen Stechen;
- (3) anamnestisch keine kurative konventionelle Therapie mehr;
- (4) Gewisse Vorbehalte gegen Schulmedizin / Nähe zu CAM;
- (5) Vertrauen zum Hausarzt / Wirkung auf ganzen Körper;
- (6) Positiv auf Gemüt / Schmerz; weniger wetterfühlig;
- (7) MT könne Krebs nicht heilen;
- (8) dass Tumor weggehe;
- (9) möchte keine Therapiepause – Möglichkeiten der konv. Therapie ausgeschöpft;
- (10) Verdacht, dass Resistenz erhöht bzw. weniger grippeanfällig;
- (11) längerfristige Behandlung und als Erinnerungshilfe;
- (12) Wünscht therapeutische Begleitung bis Behandlung subjektiv zu Ende ist;
- (13) Subjektive Verbesserung der Stimmungskonstanz;
- (14) Weniger toxisch als Chemotherapie, aber weniger effizient/für den ganzen Körper;
- (15) Empfindet Stechen als Zumutung;
- (16) Miese Instruktion; subjektive Angst einer Tumorexpllosion/Hoffnung in MT;
- (17) Subj. Behandlungsvorstellungen korrelieren wesentlich besser mit den Patientenvorstellungen in Richterswil (Ernährung, Schmerzkonzept);
- (18) Anfängliche Präferenz der Schulmedizin / Skepsis mit Misteltherapie;
- (19) Profitiert von der begleitenden Unterstützung durch die Tochter – ev. auch via Hoffnung wegen „Homöopathie habe geholfen, wo der Arzt nicht helfen könne“;
- (20) Subjektive Wirkung auf Schmerzen und Schlaf;
- (21) „Besser als keine Behandlung“ – Subjektiv sinnvoll;
- (22) Vgl. Welt- und Menschenbild;
- (23) „Nützt’s nüt, so schadt’s nüt“;
- (24) Beeinträchtigung der QoL durch Chemotherapie.

Legende zu Tab. 20:

- (1) PSKHDM: Psychosomatisches Krankheitsdeutungsmodell;
- (2) Sich selbst beobachten, Erhalt der Einheit von Körper-Seele-Geist, ins Bewusstsein gehen;
- (3) Natürliche, sanfte Mistel;
- (4) Körper lehne sich auf Botschaft / Sinn – wird nach Möglichkeit aber ausgeblendet;
- (5) Ehefrau Ja: Art der Verarbeitung des Todes des einzigen Sohnes durch ihren Mann (Psychosomatische Komponente/Sinn);
- (6) Ehefrau: Seien sich näher gekommen über die gemeinsame Krankheitsbewältigung;
- (7) Tochter sieht einen Einfluss von langjährigen chronischen Verstopfungen sowie einen Zusammenhang mit einer früheren Krebserkrankung;
- (8) Tochter zweifelt die Compliance und Entscheidungskompetenz ihrer Mutter in Bezug auf die Behandlung an;
- (9) Subjektive Vorstellung (Vgl. Schlüsselerlebnis und Rechnung Chemotherapie) Einfluss von Seele-Geist auf Körper (Vgl. auch Welt- und Menschenbild);
- (10) Krankheit als Defekt und Therapie als Reparatur – Geht sehr aktiv an die Behandlungsmitgestaltung heran, möchte keine Therapieunterbrüche;
- (11) Das Lebenswerk soll dem Sohn übergeben werden. Beruflicher Stress wird als negativ für Heilung betrachtet. Bezüglich Sterben keine Probleme, aber die Lösung beruflicher Probleme wird als wichtig erachtet;
- (12) Psychosomatische Komponente – Stress und Disposition als mögliche Trigger;
- (13) Familiäre Wertprägungen werden ins beruflich-soziale (Vgl. auch Kirche) übersetzt. Der Patient verfolgt im Beruf in Bezug auf die aktuell notwendigen Kompromisslösungen langfristige Ziele – Vgl. Therapiekonzept... Mistel für die Länge;
- (14) Beim Malen interessiert ihn das Innere der Bäume, der Charakter und er erwartet in der Behandlung Gespräche und dass man tiefer gehe – Vgl. Einsatz auch Einsatz für Bäume und Ökologie im beruflichen Bereich;
- (15) An verschiedenen Stellen betont die Patientin die Bedeutung/Wichtigkeit ihres Rhythmus, ihrer Bedürfnisse – sowohl im privaten, beruflichen Bereich, als auch im Rahmen der Behandlung;
- (16) Kümmerst sich um seine Angehörigen, Vgl. gelebte Nächstenliebe – Verantworten müssen des Gelebten. Aktive Bewältigung (Antreten zur Prüfung) mittels „Holzen“;
- (17) Als Auswirkung des väterlichen Suizides – Krebs in der Seele/Tumor im Körper;
- (18) Körper-Seele-Geist-Therapie. Funktionale Differenzierung der einzelnen Therapien;
- (19) Nähe zu Steiner und „Esoterik“;
- (20) Möchte via MT selbst etwas zur Genesung beitragen.

4.2.4.4. Zusammenfassung der Ergebnisse der Interviews

Bei 7 der 12 PatientInnen besteht ein relevanter Deutungsaspekt. Bei 7 von 12 PatientInnen besteht ein krankheitsrelevantes Welt- und Menschenbild und/oder philosophische, religiöse oder spirituelle Dimension. Bei 7 von 12 PatientInnen besteht eine sinnhafte Komponente. Bei 6 von 12 PatientInnen besteht ein relevanter Einfluss bezüglich Krankheitsdeutung und/oder Bewältigung seitens von Familienmitgliedern. Bei 8 von 12 PatientInnen lässt sich eine Persönlichkeitsentwicklung eruieren, die bei 4 im Sinne einer vertieften Autonomisierung angesprochen werden kann. Bei 7 von 12 PatientInnen ist die Unterstützung seitens des sozialen Umfeldes erheblich relevant. Das Setting der Misteltherapie erscheint bei 4 PatientInnen relevant zu sein sowie für 2 Angehörige.

Eine Patientin (F56) zeigt ein „homogenes“ Bild insofern, dass es Aspekte der Krankheitsdeutung, Krankheitsbewältigung, des Welt- und Menschenbildes bis hin zu sinnhaften Dimensionen und Aspekten der Entwicklung der Persönlichkeit mit einfasst. Weiterhin bestehen hierbei konkrete Auswirkungen auf die Wahl der Therapien, aber keine wesentliche Unterstützung durch das soziale Umfeld. Als „Gegenteil“ kann F66 aufgefasst werden: Bei dieser Patientin ist weder eine Krankheitsdeutung, noch eine Sinnkomponente oder ein relevantes Welt- und Menschenbild / Religion / Philosophie zu eruieren. Die Krankheitsbewältigung erscheint wesentlich an die Familie delegiert. Es ist keine Persönlichkeitsentwicklung eruierbar. Bei 6 von 7 PatientInnen mit einer relevanten Krankheitsdeutung besteht diese – im Sinne einer partiellen Komponente – in einer „sinnhaften“ Zuweisung oder eines „Einflussfaktors“ im Zusammenhang mit der Krebserkrankung.

Bei 5 PatientInnen können im Zusammenhang mit Krankheitsdeutungen resultierende Krankheitsbewältigungen ausgemacht werden; bei 5 PatientInnen scheint das Welt- und Menschenbild relevant in Bezug auf die methodische Strategie (4) zu sein und/oder Bewältigungsstrategie (2).

Es fällt auf, dass bei 4 von 5 PatientInnen, bei denen keine Krankheitsdeutung eruierbar ist erhebliche Ängste formuliert/geschildert werden und dass bei diesen PatientInnen der Einfluss der familiären Unterstützung bzw. komplementärer Therapien (z.B. Heiler, Psychotherapie) vordringlich relevant erscheint.

Die Misteltherapie scheint von 4 PatientInnen wegen ihres CAM-Aspektes gewählt worden zu sein, dies spielt auch für 4 „Angehörige“ eine wesentliche Rolle. Weiterhin sind von 5 PatientInnen Aspekte des mit der Misteltherapie assoziierten Settings angeführt worden (2x Länge der Behandlung, Gespräche, ganzheitliche Betreuung sowie etwas für die Zukunft). Bei 4 PatientInnen besteht anamnestisch keine suffiziente kurative Therapie mehr.

Von konkreten Wirkungen haben 3 PatientInnen berichtet von zumeist leichteren Nebenwirkungen 8 PatientInnen, wobei bei ca. 1-2 PatientInnen Dosisanpassungen hätten gemacht werden müssen bzw. Wechsel des Präparates (Siehe oben). Als weitere Bewertungen und Erwartungen wurden formuliert:

- Gefühlsmäßige Unterstützung der inneren Kräfte
- Vertrauen in die Therapie
- Gebe Hoffnung
- Misteltherapie als Impuls zur Autonomie; wider den Art
- Verdacht auf Erhöhung der Resistenz
- Möchte selber etwas zur Bewältigung der Krankheit beitragen können
- Damit keine therapeutische Pause entsteht
- Misteltherapie gehe auf den ganzen Körper
- „Nützt's nüt so schadt's nüt“
- Null Nebenwirkungen und besser als keine Behandlung
- Widerstände gegen Stechen (2x)
- Miese Instruktion

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die lebensqualitative Relevanz der Misteltherapie einerseits die oben angeführten konkreten subjektiv wahrgenommenen Wirkungen umfasst, als auch die angeführten subjektiven Bewertungen (inklusive Nebenwirkungen) und Erwartungen – bei kaum belastenden Nebenwirkungen. Die Krankheitsdeutung scheint bzgl. der Misteltherapie eine untergeordnete Rolle zu spielen – 1 Patientin überträgt ihre psychosomatische Krankheitsvorstellung auf die misteltherapeutische Methode und bei 2 PatientInnen ergeben sich indirekte Zusammenhänge (via existentielle Ängste/Setting). Das Welt- und Menschenbild ergibt ebenfalls nur bei einem Patienten eine methodische Relevanz, hingegen ergibt sich bei 7 PatientInnen ein Einfluss auf die allgemeinen Bewältigungsstrategien.

Andererseits bedient die Misteltherapie bei verschiedenen PatientInnen (7) und auch ihren Angehörigen das Bedürfnis nach integrativer Berücksichtigung alternativer Heilmethoden (nebst der konventionellen Therapien) und wesentlich erscheint auch, dass die Misteltherapie bei 5 PatientInnen eine konfliktlösende/integrierende Funktion bei divergierenden Bewältigungskonzepten der PatientInnen und betroffener Angehöriger hat.

5.0. Diskussion

An dieser Stelle sollen nur die wichtigsten Sachverhalte aus dem Ergebnisteil rekapitulierend zur Darstellung kommen, ansonsten wird auf die entsprechenden Kapitel verwiesen.

5.1. Demografische Angaben zu den PatientInnen (Siehe Kap. 4.1.1.1. und Kap. 4.1.2.1.)

Bezüglich der reinen Fragebogenteilnehmer (Gesamtkollektiv; N=25) bestand ein Altersmedian von 62 +/- 11.1 Jahre, bei der Untergruppe der zusätzlich am Interview teilnehmenden PatientInnen (Interviewkollektiv; N=12) betrug dieses 58.8 Jahre. Beim Gesamtkollektiv bestand eine Geschlechterverteilung von 44% Männer zu 56% Frauen (Vgl. jeweils 50% im Interviewkollektiv). Im Gesamtkollektiv konnten 9 verschiedene Tumorarten gezählt werden. Im Interview-kollektiv traten bei 4 Patientinnen ein Brustkrebs sowie ein Pankreas- und ein Zwölffingerdarm-Carzinom auf – bei 5 Patienten ein Dickdarm- sowie ein Pankreas-Carcinom.

Im Interviewkollektiv bestanden ausgewogene Anteile von pensionierten zu nicht pensio-nierten PatientInnen – Bei den Berufstätigen konnten vier Angestellte, eine Hausfrau sowie eine leitende Funktion gezählt werden. Bezüglich Bildung wurden von den PatientInnen 5 Lehrabschlüsse sowie bei 7 PatientInnen eine höhere Bildung angegeben.

5.2. Zentrale Ergebnisse

5.2.1. Fragebogen zur Lebensqualität – EORTC QLQ-C30, SELT-M, HLQ (Kap. 4.1.1.2.)

Wir untersuchten den Verlauf der Lebensqualität mittels drei Fragebogen – im Sinne einer Vorher-Nachher-Untersuchung. Das Gesamtkollektiv der Fragebogensgruppe betrug initial 25 PatientInnen (Vgl. Tab. 6, 7 und 8): Es handelte sich hierbei um eine Kohorte der „üblichen“ klinischen PatientInnen, die am Paracelsusspital Richterswil zur adjuvanten Misteltherapie („Ergänzungstherapie“) im Rahmen einer Krebserkrankung eingetreten sind. Nebst konventionellen Therapien wiesen diese PatientInnen individuell allfällig weitere Therapien auf, z.B. CAM- und/oder Psychotherapien (Vgl. Tab. 5). Für das Gesamtkollektiv (N=25) ergab sich hierbei in den Summenscores aller drei Fragebogen sowie in der Subskala Globale Scores (EORTC QLQ-C30; Gesundheitszustand bzw. Lebensqualität im Verlauf der letzten Woche) vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt (Abstand 3 Monate) eine tendenzielle Verbesserung¹⁶³.

Die Analyse einzelner PatientInnen des Interviewkollektives (das heisst derjenigen PatientInnen, die sich zu einem zusätzlichen Interview bereit erklärten bzw. deren Interviews ausgewertet wurden; N=12) zeigte mitunter ein vom statistischen Gesamtergebnis abweichendes Ergebnis. So fiel bei einem Patienten ein unverändertes und bei 2 PatientInnen ein verschlechtertes Resultat auf (nur Globale Scores im EORTC QLQ-C30). Weiterhin zeigten sich bei vertiefter Analyse von 3/12 ca. der Hälfte der PatientInnen des Interviewkollektives zwischen und innerhalb der Fragebogen bzw. deren Subskalen zum Teil „erhebliche“ Widersprüche – zum Teil auch beim internen Vergleich der Globalen Scores im EORTC QLQ-C30 mit anderen Subskalen desselben Fragebogens.

¹⁶³ Gemäss Hinz *et al.* (2005) mache die Bestimmung von Gesamtwerten (bei Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität) aus statistischer Sicht eindeutig Sinn. Untersucht worden seien an Hand einer repräsentativen Stichprobe die korrelativen Beziehungen von sechs Fragebogen zur Lebensqualität (unter anderem EORTC QLQ-C30). „Die Korrelationen zwischen den Gesamtwerten der Fragebogen übersteigen deutlich die mittleren Korrelationen der Subskalen zwischen verschiedenen Fragebögen. Selbst in Fällen, in denen die Subskalen den gleichen Gegenstandsbereich betreffen, sind deren Korrelationen im Mittel nicht höher als die Korrelationen zum (unspezifischeren) Gesamtwert.“

Quantitativ haben alle Fragebögen zur Lebensqualität wie gesagt eine tendenzielle Verbesserung der QoL gezeigt. Inwiefern diese Verbesserung mit einer situativen Adaptation der PatientInnen im Behandlungsverlauf zu erklären ist oder mit einem Rückgang einer möglichen depressiven Symptomatik, kann nicht abschliessend beantwortet werden. Zwei Patientinnen haben diesbezüglich im Interview einen positiven Einfluss der Mistel geäußert. Andererseits gaben dort verschiedene PatientInnen eine mehr oder weniger schwere Beeinträchtigung der Lebensqualität an durch Nebenwirkungen der Chemotherapie bzw. eine Verbesserung der Lebensqualität nach Absetzen derselben. Engmaschigere Kontrollen durch Fragebogen zur QoL könnten die diesbezügliche Aussagekraft der Verlaufsuntersuchung sicher verbessern.

Diese Form der Lebensqualitätserhebung – mittels Fragebogen – scheint weiterhin insbesondere geeignet zu sein bei Untersuchungen entsprechend den Darstellungen in der Einleitung¹⁶⁴ (Vgl. Kap. 2.0.) – Für allgemeine Screening-Erhebungen der QoL – wie wir sie im Rahmen unserer Untersuchung vorgenommen haben – würde ein einfacher QoL-Fragebogen, mit wenigen Fragen, die ganzheitlich orientiert (und validiert) sind genügen. Wichtig wäre hierbei allerdings eine sinnrichtige bzw. adäquate Gewichtung mit Fragen aus allen relevanten Achsen (Siehe entsprechendes Kapitel) – ev. ergänzt durch Fragen entsprechend dem FB-MT. Allfällig sollte der zusätzliche Einsatz von depressionsspezifischen Fragebogen sowie eines kleinen standardisierten Interviews in Betracht gezogen werden.

Insofern dass Krebs eine existentielle Bedrohung darstellt, erachten wir auch die Berücksichtigung von „spiritual needs“ als wichtigen integralen Bestandteil von QoL. Der SELT-M erscheint diesbezüglich bzw. hinsichtlich der einzelnen Fragen mitunter etwas problematisch. Der EORTC QLQ-C30 wiederum ist insgesamt sehr funktional ausgerichtet und der HLQ in der heutigen Form erscheint hinsichtlich Krebs zu umfassend bzw. unspezifisch ausgelegt.

5.2.2. Zweiter Fragebogen zur Misteltherapie

Im zweiten Fragebogen zur Misteltherapie fiel auf, dass die PatientInnen auf die Frage nach dem Verlauf der Lebensqualität in den letzten drei Monaten (Siehe Tab.11 im Kap. 4.1.3.3.1.), kaum Verschlechterungen angegeben haben (2 Nennungen). Weiterhin gaben weitere PatientInnen zwar Verbesserungen in einzelnen Subskalen an, allerdings vermerkten nur 4 PatientInnen eine Verbesserung des generellen Befindens.

Als wesentliche Faktoren für die Lebensqualität (Tab. 12, Kap. 4.1.3.3.2.) bezeichneten die PatientInnen die Remission/Progression des Krankheitsverlaufes (7), den Einfluss therapeutischer Massnahmen (7) und das Coping (8). Hierbei wurden als wesentliche persönliche Anteile in Bezug auf die QoL in den letzten 3 Mt. (Kap. 4.1.4.3.3.) von den meisten PatientInnen die bewusste Lebensführung (11) angegeben sowie eine positive Einstellung (12). Religion oder ein Glaube an eine höhere Macht spielte eine vergleichsweise geringere Rolle – Vgl. diesbezüglich die Ergebnisse des Interviews in Tabelle 20.

Im Kap. 4.1.4.3.4. (Tab. 14) gab ein grösserer Teil der PatientInnen (9) an, dass sie von der Misteltherapie in Bezug auf die QoL profitieren würden (im Vergleich zum ersten Erhebungszeitpunkt bzw. im Verlauf der letzten 3 Monate) – für das soziale Umfeld gab es 6, für die CAM-Therapien 5 und die Psychotherapien entsprechend 3 Nennungen – *Für die konv. Therapien gaben 4 PatientInnen subjektive Verbesserungen an, bei 3 Nennungen von Verschlechterungen.* Im Kap. 4.1.4.3.5. (Tab. 15) sind die Angaben zu den „Einflussbereichen der Misteltherapie“ dargestellt – Hierbei fallen vor allem 7 Nennungen zu einer positiven Beeinflussung des psychischen Befindens auf sowie 4 Nennungen mit Annahme einer lebensqualitativen Verbesserung der Vitalität/Leistungsfähigkeit. Einen positiven Einfluss auf das

¹⁶⁴ Zur QoL-Verlaufsbestimmung bei einzelnen Pat. erscheinen die QoL-FB eher nicht geeignet: Eher schon zur Detektion neu auftretender Tendenzen und allfällig auch von Problembereichen.

Schmerzempfinden, das Bewusstsein sowie die körperliche Durchblutung gaben jeweils 2 PatientInnen an¹⁶⁵. Entsprechend ergaben sich für die Zuordnungen allfälliger Veränderungen durch die Misteltherapie (Tab. 16 im Kap. 4.1.4.3.6.) mehr positive bzw. weniger negative Rückmeldungen als in den Interviews – Vgl. auch Tab. 19/20. Zwei PatientInnen des Interviewkollektivs konnten keine positiven Wirkungen der MT eruieren, 2 PatientInnen konnten eine solche auf den Körper bzw. das psychische Befinden konstatieren und die restlichen PatientInnen nannten mind. 2-3 oder mehr Nennungen einer positiven Beeinflussung. Die unerwünschten Nebenwirkungen durch die Misteltherapie scheinen subjektiv nicht als problematisch wahrgenommen worden zu sein (letzte Spalte in der Tabelle 16) – In den Interviews (Tab. 19/20) wurde von 8 PatientInnen Nebenwirkungen der Misteltherapie angegeben. 3 PatientInnen kommunizierten die Beobachtung einer positiven Wirkung (Gemüt/Schmerz und Wetterfühligkeit, Stimmungskonstanz, Schmerz/Schlaf), 1 Patient vermutete eine Stärkung seiner Resistenz. An anderen Bewertungen zur Misteltherapie konnten in den Interviews eruiert werden: Widerstand gegen das Stechen und Erleben als Zumutung, Impuls zur Autonomie, Mistel könne den Krebs nicht heilen, dass der Tumor weggehe, Vertrauen, „projektive Tumorexpllosion“, besser als keine Behandlung, „Nützt’s nüt so schadt’s nüt“.

5.2.3. Ergebnisse der Interviews – Hinsichtlich der inhaltlichen Analyse zu einzelnen Fragestellungen

Kap. 4.2.4.1. / Vgl. hierzu auch Tabelle 10 (Wie kommen die Pat. zur MT? Gründe für die Wahl der MT?) sowie die Ergebnisse der Interviews in Tabelle 19/20.

5.2.3.1. Wie kommen die Pat. zur Misteltherapie?

Im Vergleich zu den Fragebögen zur Misteltherapie ergab die erste Befragung (Tab. 4, Kap. 4.1.1.1.) in den Interviews differenziertere Angaben – Insbesondere ergab sich eine starke Bedeutung der Angehörigen. Hierbei ist bei zumindest 4 PatientInnen von einem wesentlichen Einfluss auszugehen. Bei 4 PatientInnen dürfte das in die Therapie involvierte professionelle Umfeld eine wesentliche Rolle in der Entscheidungsfindung zur Misteltherapie gespielt haben. Wichtig erscheint die Anmerkung, dass zwei der involvierten Angehörigen ebenfalls im Gesundheitsbereich arbeiten (Drogistin, Pflegefachfrau mit Weiterbildung in der Homöopathie) und sich die Ehefrau eines Patienten massgeblich an dessen Pflege und Betreuung beteiligt hat, wobei sie CAM-Verfahren zu bevorzugen scheint. Der Zugangsweg via „Literatur“ wurde in den Interviews von 2 Patienten bestätigt (M56, M49) – bei 1 Patientin scheint sich die positive Antwort (Vgl. auch Tab. 10) auf den Ehemann zu beziehen (M66), der „das Buch gekauft und gelesen habe“. Es zeigte sich insofern in Bezug auf die 12 PatientInnen eine Tendenz, dass „Frauen“ über eine allgemeine subjektive Bedeutsamkeit von CAM-Methoden zur „spezifisch krebswirksamen“ Misteltherapie finden. Wohingegen männliche Patienten eher nach krebswirksamen Methoden und literarisch zu fragen bzw. vorzugehen scheinen – Vgl. auch unten.

5.2.3.2. Wieso Misteltherapie? Gründe für die Wahl der Misteltherapie?

Bei 5 PatientInnen (4 Patientinnen, 1 Patient) konnte in den Interviews eine subjektiv hohe Bedeutsamkeit der CAM-Verfahren festgestellt werden¹⁶⁶ – unter Miteinbezug wesentlich

¹⁶⁵ Vergleiche mit Forschungsergebnissen ab Kap. 2.1.3.3.

¹⁶⁶ Von drei Patienten wurden „philosophisch-modellhafte Limitierungen der Naturwissenschaften bzw. beschränkte Möglichkeiten der Schulmedizin“ angeführt (M56, M66, M49). Eine eigentliche Ablehnung der Schulmedizin trat nirgends zutage: Eine Patientin äusserte eine Präferenz der CAM-Medizin, wobei sich eine Ablehnung gewisser schulmedizinischer Behandlungsmethoden wegen der subjektiven Krankheitsdeutung ergab (F56). Eine Patientin (F63) schien gewisse Vorbehalte gegenüber der Schulmedizin zu zeigen (gekoppelt mit einer Neigung zu CAM-Therapien), bei einer anderen Patientin wurden vor allem Ängste gegenüber einer möglichen Chemotherapie angesprochen (F69). Bei einer weiteren Patientin spielte diesbezüglich eine partielle Präferenzierung von CAM eine Rolle, im Sinne einer

relevanter Angehöriger bzgl. der Wahl der Misteltherapie finden sich bei 9 PatientInnen eine direkte bzw. indirekte hohe Bedeutsamkeit der CAM-Verfahren. Diesbezüglich kann angemerkt werden, dass es sich bei den Angehörigen fast ausschliesslich um eine weiblich geprägte Unterstützung handelt.

Entsprechend dem ersten Fragebogen zur Misteltherapie (Tab. 10, Kap. 4.1.3.2.) setzten die PatientInnen die MT zur Krebsbekämpfung (10) und/oder Stärkung des Immunsystems (9), Stabilisierung des Gefühlshaushaltes (5) sowie gegen Nebenwirkungen der konventionellen Therapie (5) und Anderes (1) ein. Die entsprechenden Resultate in den Interviews (Tab.19) ergab bei 9 bzw. 8 PatientInnen „zur Stärkung des Immunsystems/Heilung“ und/oder gegen Krebs. Bei 7 PatientInnen konnten noch andere Gründe eruiert werden (Unterstützung der inneren und gefühlsmässigen Kräfte; Vertrauen zum Hausarzt; Pat. möchte, dass keine therapeutische Pause entsteht; längerfristige Therapie als „Erinnerungshilfe“; weniger toxisch als Chemotherapie; Homöopathie habe (auch) geholfen, wo der Arzt nicht helfen kann, etc.). Bei 6 PatientInnen ergaben sich im Interview Bedürfnisse in Bezug auf die Misteltherapie – das therapeutische Setting betreffend (siehe später).

Im Interviewkollektiv ergaben sich 2 Angaben für CAM-Therapien sowie 1 für Psychotherapie (Tab. 10). Im Interview selbst jedoch erwähnten 6 PatientInnen die Anwendung von CAM (4) und/oder Psychotherapie (3) – Inklusiv Heileurythmie, Familienstellen, Shiatsu, Gesprächspsychotherapie, Heiler, Homöopathie, Körperpsychotherapie (Körper-Seele-Geist-Therapie). Das heisst numerisch, dass eine entsprechende Angabe im ersten Fragebogen bei 50% der PatientInnen fehlte.

Ein zentrales Ergebnis der Interviews bzw. dieser Studie ist aus Sicht des Referenten mit einer von Hauser und Burkhard gemachten bzw. zitierten Aussage verknüpft - dass *„die desillusionierende Prognose der rationalen Medizin“ zu einem Ausweichen auf paramedizinische Heilmethoden führe; sie assoziieren diesen Vorgang mit „einem autistisch-magischen Denken, dass Hoffnung zulässt“*. Zunächst einmal möchte ich hierzu anmerken, dass aus der Perspektive der Lebensqualität eine „stabile“ Hoffnung eine wesentliche Ressource der Krebsbewältigung darstellt. Erst wenn die Hoffnung mit „illusionären“ Erwartungen an die Therapien verknüpft sein sollte bzw. zur Ablehnung von sog. rational wirksamen Therapien führt, muss das entsprechende Verhalten als problematisch angesprochen werden. Diesbezüglich haben sich in den Interviews (N=12) aber keine wesentlich relevanten Anhaltspunkte ergeben – nicht einmal bei den PatientInnen, die über keine suffiziente konventionelle Behandlung mehr verfügen (4 PatientInnen)¹⁶⁷. So scheinen vor allem komplementär-adjuvante Gründe für die Wahl der Misteltherapie eine Rolle zu spielen und/oder eine gegen die behandlungstoxischen Chemotherapie-Nebenwirkungen gerichtete Behandlungserwartung. Ein Teil der PatientInnen äussert zudem behandlungsassoziierte Bedürfnisse als vordringlich relevant, z.B. das Setting betreffend (Länge der Behandlung / Begleitung, ganzheitliche Behandlungsvorstellungen). Weiterhin scheinen in einzelnen Fällen gewisse Präferenzen gegenüber komplementären Therapieverfahren zu bestehen (insbesondere auch seitens der betroffenen Angehörigen) und/ oder Skepsis / Ablehnung einzelner konventioneller Therapien (v.a. Chemotherapie). Diesbezüglich

subjektiven Bedeutsamkeit (F39) – Wunsch nach „integrativem“ Setting. Bei einem Patienten spielten bezüglich „gegen Schulmedizin/für CAM“ gewisse modellhafte Aspekte eine vordringliche Rolle.

¹⁶⁷ Die Bedeutung der Misteltherapie für das Gesamtkonzept wird in der Tab. 4 von 1/3 der PatientInnen als zentral formuliert, ein weiteres Drittel gab an „weiss nicht (2x), teilweise und halb-halb“ und das „dritte Drittel“ verneint eine zentrale Bedeutung für das Gesamtkonzept (bei einer Enthaltung). In den Interviews fällt auf, dass bei „strenger“ Nachfrage die Misteltherapie nur bei einer Patientin „die“ zentrale Bedeutung hat – So haben zumindest 2 Patienten geäussert, dass sie sich im Rahmen einer fiktiven Wahl eher für die konventionelle Therapie entscheiden würden.

scheinen sich die PatientInnen im Einzelfall jedoch zumeist recht bewusst mit dem Stellenwert/den Erwartungen an die ihnen eingesetzten Therapien auseinander zu setzen (Vgl. oben).

5.2.4. Ergebnisse der Interviews hinsichtlich der themenbezogenen Analyse zu den subjektiven Laienkonzepten, Modellvorstellungen und Wissenskreisen (Vgl. Scharfetter)

Kap. 4.2.4.2. / Vgl. hierzu die Tab. 19 und 20): Von den 12 PatientInnen besteht bei 2 PatientInnen ein erheblicher Deutungsanteil – Bei F56 ist das subjektive Krankheitsmodell so „durchgängig“, dass es einen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung und die therapeutische Strategie (methodische Deutung) hat – Vgl. natürliche Mistel; möchte keine „Foltertherapien“, weil Krebs als Ausdruck sexueller Gewalt verstanden wird. Welt- und Menschenbild sind integraler Teil der Krankheitsdeutung sowie sinnhaft belegt und werden als Teil der Persönlichkeitsentwicklung verstanden. Bei M49 besteht eine deutliche psychosomatische Deutungskomponente (Suizid / Abwesenheit des Vaters) vor dem Hintergrund eines „nicht nur“ materialistischen Weltbildes – Die damit einhergehende subjektive Kränkung wird in den beruflichen Bereich projiziert und dort bewältigt. Die therapeutische Strategie wird insofern durch das allgemeine Welt- und Menschenbild geprägt. Die Misteltherapie wird vom Patienten als plausible Therapie verstanden (Schmarotzer gegen Schmarotzer) und er möchte damit selber etwas beitragen zu seiner Genesung. Bei 5 PatientInnen besteht eine partielle Krankheitsdeutung, die zumeist im Sinne einer sekundären/belastenden Einflusskomponente verstanden wird¹⁶⁸. Bei 5 PatientInnen besteht keine (bewusste) Krankheitsdeutung, scheint aber jeweils mit erheblichen Ängsten oder einer subjektiv erheblich aufgefassten Bedrohung verbunden zu sein¹⁶⁹. Anmerkung: Dieser Teil der Studie erscheint bezüglich Auswertung am schwierigsten, weil „am Qualitativsten“ – die Ergebnisse sind Ausdruck einer prozessualen analytischen Reflexion und zum Teil deutenden Interpretation.

¹⁶⁸ F63 versucht die Auflehnung des Körpers (Botschaft) nur soweit notwendig „hochkommen“ zu lassen und versucht die Krankheit via einen Autonomisierungsprozess zu bewältigen. Zur Mistel kommt sie via Vertrauen zum Hausarzt und wahrscheinlich stufiges Therapieschema (zuerst CAM, dann Schulmedizin). Bei M65 besteht gemäss Selbsteinschätzung ein kartesisch-rationales Weltbild. Allerdings ist diesbezüglich eine psychosomatische Einflusskomponente auszumachen, die Bewältigungs- aber nicht im Sinne einer methodischen Deutung relevant ist. Im Verlauf der Behandlung kommen zunehmend regenerative Aspekte zum Tragen (im beruflichen und familiären Handeln sowie sich selbst gegenüber und in der Bewertung der Therapien). Bei M56 besteht eine gewisse psychosomatische Einflusskomponente, die bewältigungsrelevant ist. Bezüglich der Wahl der Misteltherapie scheint aber eher das Welt- und Menschenbild (zur Erinnerung und auf die Länge) massgeblich zu sein, dass zudem eine Sinnkomponente aufweist. Bei M72 besteht eine konflikthafte Krankheitsdeutung mit zwei Komponenten (Zufall, göttliche Prüfung), die bewältigungsrelevant, aber nur indirekt („eis Paket“ / „voll druff“) methodisch relevant sind. Die Misteltherapie kommt via Tochter/ professionelles Umfeld und umfasst dabei weiterhin die persönliche Begleitung und professionelle Betreuung durch die Tochter. Bei M66 besteht eine partielle psychosomatische Einflusskomponente, die zusammen mit dem Welt- und Menschenbild einen gewissen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung hat. Der Misteltherapie wendet sich der Patient erst nach dem Scheitern einer erheblich nebenwirkungsreichen Chemotherapie und auf „Druck“ der Familie zu. Der Patient schätzt in der Folge die ganzheitliche Betreuung sowie die „ideelle“ Komplementarität der therapeutischen Begleitung am Paracelsus-Spital in Richterswil.

¹⁶⁹ Bei F69 besteht diesbezüglich ein Einfluss auf die Krankheitsbewältigung (Positives Denken gegen die Hoffnungslosigkeit). Die Misteltherapie kommt wahrscheinlich vor allem via Tochter und wird von der Pat. unter anderem wegen einer negativen Bewertung der Chemotherapie antizipiert. Bei M57 wird das „Böse“ verdrängt. Die Mistel kommt via Ehefrau (Präferenz für CAM), bei der zudem eine Deutungs-/Sinnkomponente der Erkrankung besteht. F42 deutet die Krankheit zwar nicht, sie wird jedoch als erheblich belastend aufgefasst. Die Misteltherapie ist Teil einer umfassenden therapeutischen Strategie und wird wegen der Dauer der therapeutischen Begleitung und der ganzheitlichen Betreuung (Setting) geschätzt. Der subjektive Sinn der Krankheit wird als Ultimatum/Chance für berufliche Änderung verstanden. Bei F39 besteht ein „ausbalanciertes“ therapeutisches Setting bzgl. zeitlichen, strukturellen, familiären und persönlichen Ansprüchen und Bedürfnissen. Der Glaube soll Kraft geben, der Heiler soll das Gift der Chemo an den Ort, wo es gebraucht werde, bringen und die Misteltherapie soll einerseits gegen den Krebs wirken, aber vor allem die Regeneration unterstützen. Bei F66 werden die Krankheitsbewältigung und die therapeutische Strategie wesentlich über die Angehörigen bestimmt. Die Tochter hinterfragt gewisse Zusammenhänge (Einfluss/Ursache) mit einer früheren Erkrankung/chronischen Verstopfungen. Die MT wird via Familie bzw. Tochter (mit Präferenz CAM-Therapien) eingebracht.

Insofern erschien es dem Referenten wichtig, dass der Weg der Auswertung (d.h. das Zustandekommen der Resultate) transparent nachvollziehbar ist – im Sinne einer schrittweisen und zunehmenden Verdichtung und Abstrahierung des untersuchten Materials.

Numerisch betrachtet besteht bzgl. Krankheitsdeutung wie gesagt bei 5 PatientInnen eine partielle Einflusskomponente und bei 2 PatientInnen eine wesentlich relevante, diese ist weiterhin bei 10 PatientInnen bewältigungsrelevant – die Differenz ergibt sich aus Sicht des Referenten am ehesten via Bewältigung „unbewusster“ (keine bewusste Deutung) Ängste bei weiterhin möglichem Einfluss einer Sinnkomponente bzw. des Welt- und Menschenbildes.

Bei 2 PatientInnen besteht ein wesentlicher Einfluss auf die Wahl der therapeutischen Methoden und bei 4 PatientInnen ein partieller. Inhaltlich konnten jedoch „nur“ bei 2 PatientInnen eine „methodische Funktion“ der Misteltherapie ermittelt werden, die in einem direkten Zusammenhang mit der Krankheitsdeutung und/oder dem persönlich geprägten Welt- und Menschenbild steht.

Bei jeweils 7 (davon jeweils 2 partiell) PatientInnen konnte ein bewältigungsrelevantes Welt- und Menschenbild ermittelt werden bzw. eine entsprechende Sinnkomponente. Eine Entwicklung der Persönlichkeit liess sich bei 9 PatientInnen eruieren und eine wesentliche Unterstützung durch das soziale Umfeld (insbesondere die Familie) bei 8 PatientInnen.

Bei zumindest 4 PatientInnen dürfte die Misteltherapie jedoch eine wesentliche komplementär ergänzende therapeutische Funktion haben – bei divergierenden Behandlungskonzepten im nahen familiären Umfeld.

5.3. Vergleich eines Teils der Ergebnisse mit der Literatur

In der Einleitung wurde eine Studie von Morant *et al.* (1991) angesprochen, die eine Anwendung von Misteltherapie bei 16% der PatientInnen ermittelt habe, bei angenommener Anwendung paramedizinischer Therapien bei 50% der allgemeinen PatientInnen. Im Rahmen unserer Studie konnten wir bei 50% PatientInnen nebst der „obligaten“ Misteltherapie (Studiensetting) den zusätzlichen Einsatz von CAM (Shiatsu, Akupunktur, Heiler/Gebet/ religiöse Rituale, Eurythmie) und/oder Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie, Familienstellen nach Hellinger, Körper-Seele-Geist-Therapie) feststellen. Bei diesen zusätzlichen Therapien scheint generell eine lebensqualitative Unterstützung im Vordergrund gestanden zu haben (z.B. Entspannung, Behandlung psychovegetativer Begleiterscheinungen, etc.). Vereinzelt haben die PatientInnen diesbezüglich auch eine kausal wirkende Vorstellung/ Erwartung im Sinne ihres subjektiv-ätiologischen Krankheitsmodelles (Familienstellen, Körper-Seele-Geist-Therapie) geäußert (siehe oben).

Bezüglich der im Kapitel 2.1.2 geäußerten Aspekte/Gründe für die Wahl von CAM (sowohl aus Sicht der PatientInnen, als auch aus professioneller Sicht – Vgl. Schär und Hein) konnten wir verschiedenste entsprechende Resultate generieren:

- So scheint es tatsächlich so zu sein, dass KomplementärmedizinbenutzerInnen „tendenziell“ weiblich sind – Vgl. auch Angehörige. Insofern scheinen weltanschauliche Aspekte betreffend der Art der „richtigen“ Behandlung eine wichtige Rolle zu spielen. Weiterhin scheinen „ganzheitliche Deutungsmuster von Krankheit und Gesundheit“ eine wesentliche Bedeutung zu haben – Diese orientieren sich mehr an qualitativen Dimensionen des Befindens, als an der primären „Verlängerung“ des Überlebens. Die männlichen Patienten wiederum erschienen im Rahmen unserer Befragung mehr methoden- und/oder wirkungsorientiert – auch in Bezug auf die konzeptionelle Vorstellung hinsichtlich der Misteltherapie. Zudem spielen vereinzelt auch weltanschaulich-„philosophische“ Aspekte eine Rolle.

- Die „religiöse Ebene“ bzw. subjektive Glaubensvorstellungen scheinen bei einem erheblichen Teil der PatientInnen einen wichtigen Stellenwert bzgl. der Krankheitsbewältigung zu haben: So

äusserte eine Patientin, dass sie hieraus Kraft schöpfe (Motivation) die anstehende Bewältigung der Krankheit überhaupt leisten zu können (aktive Komponente). Ein („gläubiger“) Patient vermutete neben seiner „statistisch zufälligen“ Krankheitsdeutung eine „göttliche Prüfung“ und eine Patientin verfügt über ein bewältigungsrelevantes, spirituell geprägtes Welt- und Menschenbild. Bei 4 PatientInnen ist eine allgemeine subjektive Unterstützung durch den persönlichen Glauben anzunehmen. Bei 3 Patienten scheint eine die aktive Bewältigung unterstützende Lebensphilosophie vorhanden zu sein.

An dieser Stelle erscheint die Anmerkung wichtig, dass der PEK-Bericht (Programm Evaluation Komplementärmedizin (zur Klärung der Kassenerhaltungspflicht) bzgl. der Anthroposophischen Medizin im Allgemeinen eine zufrieden stellende Indizienlage für die Wirksamkeit und den Patientennutzen ergeben habe. Gefragt sei diese Medizin insbesondere von Krebspatienten, bei denen konventionelle Methoden allein zu keinen zufrieden stellenden Behandlungsergebnissen und Verlaufsprognosen geführt hätten (Vanoni, 2005).

Gemäss dem Onkologen Nagel (Frei, 2008; Meier-Rust, 2006) hinterfrage der „kompetente Patient“ die Bedeutung seiner Erkrankung. Die krankheitszentrierte Medizin habe diese ganzheitliche, gesundheitszentrierte Sicht in die Paramedizin abgedrängt. Die Frage nach der Bedeutung seiner Erkrankung (Warum ich? Warum jetzt? Warum überhaupt? Was kann ich selbst für mich tun, was soll ich ändern?) sei für die PatientInnen wesentlich, weil sie ihnen helfen würden, auf Ressourcen zurückzugreifen, die ihnen durch andere Krisen geholfen hätten. Im Rahmen eigener Untersuchungen habe er feststellen können, dass die meisten PatientInnen an Selbstheilungskräfte glauben würden. Bei den von ihm befragten KrebsmedizinerInnen und -forscherInnen habe dieser Wert 50% betragen, ausser bei denjenigen, die selbst von einer Krebserkrankung betroffen gewesen seien – dort habe der Wert auch nahezu 100% betragen. Aus Sicht Nagels hänge das damit zusammen, dass der Mensch komplementäre Denkstile in sich trage, die je nach Situation mobilisiert werden könnten. Diese Selbsthilfekonzepte seien ernst zu nehmen, weil sie dazu führen würden, dass sich die PatientInnen besser fühlen würden. Eine wichtige diesbezügliche Ressource sei der Glaube bzw. die Religion, wegen der inhärenten Möglichkeit zur Selbstbestärkung der PatientInnen und weil Angst der grösste Kraftfresser sei. Bezüglich der Misteltherapie sei keine eindeutig positive Wirkung bewiesen (Zitat Münstedt)¹⁷⁰ – gemäss Nagel aber auch keine Schädliche. Und aus Sicht des Patienten könne bereits die Tatsache, dass man selbst etwas tue (Selbstapplikation), einen Effekt haben – auch solche Aspekte würden zählen.

5.4. Schlussfolgerungen

Im Rahmen unserer Untersuchung haben wir im Sinne eines „Vorher-Nachher-Vergleiches“ den Verlauf der Lebensqualität mittels Fragebogen gemessen. Die von uns verwendeten Fragebogen (EORTC QLQ-C30, SELT-M, HLQ) haben alle – in den Gesamtscores – eine tendenzielle Verbesserung aufzeigen können, die sich auch in den globalen Scores des EORTC QLQ-C30 gezeigt hat. Hierbei können verschiedene Einflussfaktoren vermutet werden: Wirkung der individuellen Bewältigungsstrategie/Coping, lebensqualitativ wirksame Unterstützung durch komplementäre Therapieverfahren oder einen möglichen remissiven Krankheitsverlauf (bezüglich Tumor oder begleitender reaktiver psychischer Erkrankung) sowie die Sistierung / Absetzen nebenwirkungsreicher konventioneller Therapien.

Die Fragebogen zur Misteltherapie liefern hinsichtlich der Lebensqualität und vor allem der zur Anwendung gebrachten Misteltherapie anschaulichere Antworten als die oben angesprochenen

¹⁷⁰ Anmerkung Verfasser: Die entsprechenden Studienanordnungen beziehen ihre Ergebnisse zumeist aus einem statistisch gemittelten Wert eines grösseren Kollektivs. Im Einzelfall kann eine untersuchte Therapie weniger, gleich oder wirksamer sein als die Kontrolle.

Fragebogen zur Lebensqualität. Allerdings besteht der Eindruck, dass die Misteltherapie von den PatientInnen eher „besser“ bewertet worden ist als in den Interviews. Dies könnte einerseits damit zusammenhängen, dass Listen zum Ankreuzen eine gewisse Suggestibilität haben. Andererseits könnten projektive Gründe (Erwartungen) diesbezüglich eine Rolle spielen. Andererseits hatten wir den Eindruck, dass gewisse Informationen (beispielsweise zum Einsatz komplementärer Therapien) nur im vertraulichen Rahmen des Interviews preisgegeben worden sind.

Im Vergleich zu den Interviews besteht aus Sicht des Autors allerdings das Problem, dass bei dieser Art der Befragung sowohl die Resultate, als auch deren Gewichtung durch den Fragenkatalog gesteuert werden und das tiefer liegende Zusammenhänge, wie wir sie mittels der Interviews haben aufzeigen können, ausserhalb der Reichweite solcher Fragebogen liegen. Andererseits haben gerade die Fragebogen zur Misteltherapie aufzeigen können, dass die PatientInnen, die adjuvanten Therapien auch wirklich in einem komplementär-lebensqualitativen Sinn einsetzen („regenerativ“-unterstützend).

Grundsätzlich ist auf Grund der Interviews davon auszugehen, dass bei von Krebs betroffenen PatientInnen Themenbereiche krankheits-, d.h. deutungs- und/oder bewältigungsrelevant sind, die über die mittelbare Diagnose und deren Therapie hinausgehen – diese Aussage bezieht sich auch auf allfällig involvierte Angehörige. Wir haben diesbezüglich einen möglichen Einfluss/ die Bedeutung von ideellen „Parametern“ untersucht, das heisst von subjektiven Krankheitsdeutungen sowie Sinn- und Bedeutungsgebungen und weiterhin eines allfällig relevanten individuellen Menschen- und Weltbildes (inkl. religiöser, spiritueller und philosophischer) Vorstellungen – Dies haben wir hinsichtlich möglicher Auswirkungen und Zusammenhänge auf die Krankheitsbewältigung und allfälliger Einflüsse hinsichtlich der therapeutischen Strategie (Wahl der Therapien) gemacht.

Insbesondere auch unter der Berücksichtigung der involvierten Angehörigen scheinen bei allen von uns untersuchten PatientInnen solche Aspekte relevant zu sein. Das heisst, die PatientInnen bewältigen mit ihren individuellen psychischen Massnahmen nicht nur die konkrete Krankheit (die subjektiv symptomatisch wahrgenommen wird), sondern auch die damit verbundenen subjektiven Assoziationen. Die individuellen Selbsthilfekonzepte (siehe Nagel oben) stehen insofern in einer vermuteten Beziehung zu den bewussten und unbewussten Deutungen, Bedeutungen, Vorstellungen und Erwartungen der PatientInnen und der sie unterstützenden Angehörigen. Eine „Beeinflussung“ der PatientInnen durch qualifizierte TherapeutInnen und BetreuerInnen bezüglich deren methodisch-therapeutischer Wahl müsste unbedingt auf solche Dimensionen Rücksicht nehmen, ansonsten können potentielle Impulse zur „Heilung“ verloren gehen.

„Nur“ bei zwei PatientInnen scheint die Verwendung der Misteltherapie im Sinne einer kausalätiologisch-methodischen Übersetzung bzw. vor dem Hintergrund des Welt- und Menschenbildes eine direkte methodisch-funktionale Relevanz zu haben¹⁷¹. Bei drei PatientInnen fallen bzgl. der Wahl der Misteltherapie partiell relevante Aspekte auf¹⁷².

Als wichtig erachten wir weiterhin, dass die Misteltherapie als Vertreter der CAM-Therapien eine „konfliktlösende Funktion“ haben dürfte und zwar insofern, als dass diese Therapien intra- und

¹⁷¹ Bei einer Patientin ist die „natürliche“ Misteltherapie weiterhin Teil einer Krankheitsdeutung, die bis in die methodische Deutung hinein bewältigungsrelevant ist. Bei einem anderen Patienten spielt diesbezüglich eher seine persönliche Philosophie (Welt- und Menschenbild) eine wesentliche Rolle. Zur Heilung des Krebses in der Seele scheinen die gegen den körperlichen Tumor gerichteten konventionellen Therapien nicht zu genügen.

¹⁷² Bei einem Patienten scheinen diesbezüglich familiär geprägte und beruflich gelebte Wertvorstellungen einen Einfluss auf die Wahl der Misteltherapie zu haben (M56). Eine weitere Patientin verbindet mit der Wahl der Misteltherapie einen impulsierenden Einfluss auf ihre Bedürfnisse zur Autonomie – etwas gegen den (konventionellen, väterlichen) Arzt zu tun. Und die Patientin F39 vermeidet einen Wahlkonflikt, indem sie „Beides“ verwendet – Allerdings fällt bei ihr auf, dass sie generell ein komplementär-integratives Behandlungssetting anstrebt, das verschiedene Therapien umfasst (Heiler, religiös-spirituelle Aktivitäten und Praktiken; Beten, Pilgern, Messen, etc.) und das sie dabei unterstützt, sowohl den eigenen, als auch den familiären Bedürfnissen gerecht zu werden.

interpersonell ein sowohl-als-auch bei divergierenden Behandlungskonzepten ermöglichen¹⁷³. Bezüglich der Misteltherapie kann weiterhin (auf konkreter Ebene; Interviews) angeführt werden, dass die Verträglichkeit generell zumeist (relativ) unproblematisch war/wahrgenommen wurde – Vgl. beispielsweise entsprechende Rückmeldungen von PatientInnen bzgl. subjektiver Nebenwirkungen durch die zur Anwendung gebrachten Chemotherapien. Und von drei (vier) PatientInnen wurden in Bezug auf die Misteltherapie konkret nachvollziehbare (lebensqualitativ relevante) Rückmeldungen angegeben.

Bedeutsam erscheinen bezüglich der allgemeinen Krankheitsbewältigung „partiell wirksame“ Krankheitsdeutungen zu sein. So wurden von 5 PatientInnen (siehe Tabelle 20) partielle psychosomatische Einflusskomponenten („Trigger“) angeführt, mit bewältigungswirksamer Funktion (beispielsweise in Bezug auf die berufliche Belastung sowie persönliche und zu wenig wahrgenommene Bedürfnisse). Bei 3 PatientInnen scheinen diesbezüglich „unbewusste“ Ängste relevant zu sein, d.h. die Bewältigung findet vor dem Hintergrund bewusster Ängste (die aber nicht gedeutet werden) statt oder nicht bewusster (verdrängter) existenzieller Ängste. Die Bedeutung von allfällig bewältigungsrelevanten vorhandenen Welt- und Menschenbildern (WMB; 7) bzw. Sinnkomponenten (7) dürfte mehr unterstützenden Charakter (Motivation/Hoffnung) haben – „Hilfe zur Selbsthilfe“. Bei 9 PatientInnen lässt sich eine Entwicklung der Persönlichkeit ausmachen.

Die vorliegenden Befunde sprechen dafür, dass bei der Wahl von Therapien durch die PatientInnen nicht nur direkte Heilungserwartungen (kurativ, palliativ-lebensqualitativ) berücksichtigt und befriedigt werden, sondern dass auch die Befriedigung „ideeller“ Dimensionen (Befriedigung subjektiver Vorstellungen, Erwartungen und Bedürfnisse der PatientInnen und ihrer Angehörigen im Zusammenhang mit Krankheitsdeutungen, WMB, etc.) und es können damit indirekt (lebensqualitativ) wirksame Dimensionen angenommen werden können. Die Resultate der vorliegenden Studie können aus Sicht des Referenten verständlicher machen, wieso bei verschiedenen Studien bzgl. psychotherapeutischer Nachsorgeprogramme bzw. einer komplementärmedizinischen Unterstützung eine Verbesserung der Lebensqualität generiert werden konnte. Es sei hierbei auch daran erinnert, dass sich der salutogenetische Kohärenzsinn aus den drei Komponenten „Verstehbarkeit, Handhabbarkeit sowie Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit zusammensetzt und dass unter einer guten Selbstregulation das Vermögen verstanden wird mittels Eigenaktivitäten ein subjektives Wohlbefinden, innere Zufriedenheit sowie erlebte Sicherheit zu generieren.

Auffällig erscheint an unseren Ergebnissen weiterhin, dass es eine geschlechterspezifische Tendenz zu geben scheint, die bei den männlichen Patienten eher konkret problemorientiert (Überwindung der Krankheit mittels geeigneten Methoden) zu sein scheint und die bei den PatientInnen bzw. den fast ausschliesslich weiblichen betreuenden Angehörigen ganzheitlicher anmutet – weniger auf das Überwinden der Krankheit fokussiert, mehr auf eine ganzheitliche Bewältigung ausgerichtet ist.

Die von uns generierten Befunde sprechen dafür, dass in Bezug auf die Bewältigung von Krebserkrankungen ein an der objektiven Evidenz orientiertes Behandlungsparadigma nicht genügt¹⁷⁴ – Wir erachten ein komplementäres Paradigma, das sich an der subjektiven Bedeutsamkeit der Krankheit und ihrer Bewältigung orientiert, als unbedingt notwendig; vor allem

¹⁷³ Das heisst, es lassen sich so beispielsweise allfällige familiäre Konflikte vermeiden, insofern sowohl konventionell als auch komplementär behandelt wird. Hierbei dürfen freiwerdende Synergien vermutet werden, die im Sinne der gemeinsamen Bewältigung eine lebensqualitative Relevanz haben.

¹⁷⁴ Die PatientInnen wissen im Allgemeinen nicht (bzw. fragen nicht), um wie viele Prozente ihr 5-Jahres-Überleben ansteigt, wenn sie diese oder jene Methode anwenden. Insbesondere auch deshalb nicht, weil die statistische Prognose für den Einzelfall nicht gilt.

in sogenannt lebensqualitativer Hinsicht. Um sich als Individuum angenommen, wahrgenommen und verstanden zu fühlen, muss sich ein „Betroffener“ auch in seinen Vorstellungen, Bedürfnissen und Erwartungen akzeptiert und begleitet fühlen. Dies würde möglicherweise auch zu einer Entlastung des Gesundheitswesens führen – in Bezug auf überzogene lebensquantitative Ansprüche. Im Zentrum des gemeinsamen Prozesses der Krankheitsbewältigung – von PatientIn, Angehörigen und behandelndem Fachpersonal – könnten so vermehrt auch wieder inhaltliche Dimensionen der persönlichen Begleitung, eines persönlichen Durch- und Überganges zum Tragen kommen. „Statt Überleben um jeden Preis“, annehmende Hinwendung, dessen „was ist“. Die Interviews haben aufgezeigt, dass die PatientInnen in solchen Kategorien Denken und sich organisieren, jedoch häufig abseits der laufenden Behandlung bzw. ihre Behandlungskonzepte aus ihren unterstützenden Netzwerken heraus gestalten. Ein stärkerer Miteinbezug, der von uns untersuchten Fragestellungen in die Behandlungsplanung könnte nebst dem sogenannten kompetenten Patienten kompetentere Behandlungsnetzwerke generieren, die die PatientInnen noch „bewusster“ hinsichtlich ihrer Bedürfnisse auf das subjektive Befinden (Ängste, Unsicherheiten, etc.) unterstützen könnten.

6.0. Literaturliste:

- Aaronson NK, Bullinger M & Ahmedzai S. A modular approach to quality-of-life assessment in cancer clinical trials. *Recent Results Cancer Res* 1988; 111: 231-49
- Aaronson NK et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *Journal of the National Cancer Institute* 1993; March 3, Vol.85, No 5
- Aaronson NK, Cull AM, Kaasa S, Sprangers MAG. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Modular Approach to Quality of Life Assessment in Oncology: An Update. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, Second Edition*, edited by B. Spilker, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1996, Chapter 21
- Antonovsky A. Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. DVGT, 1997
- Augustin M, Bock PR, Hanisch J, Karasmann M & Schneider B. Sicherheit und Wirksamkeit der komplementären Langzeitbehandlung von primären malignen Melanomen mit mittlerem bis hohem Risiko (UICC/AJCC-Stadium II und III) mittels fermentiertem Mistelextrakt (*Viscum Album L.*). *Arzneim.-Forsch./Drug Res.* 2005; 55, Nr. 1: 38-49
- Baumann E. Wie lange werde ich noch zu lesen haben? *Tages-Anzeiger* 2006; Sept. 13: 36
- Bahnsen U. „Krebs ist sehr viel komplexer, als wir je geahnt haben“. Nobelpreisanwärter Bert Vogelstein über Freude und Frust in der Erforschung von Krebs. *Sonntagszeitung* 2008; Juni 8: 45
- Barofsky I. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, Second Edition*, edited by B. Spilker, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1996: Chapter 104: 993-1002
- Beer A.-M., Ostermann T., Matthiessen P.-F.: Veränderungen der Lebensqualität unter akut-stationärer naturheilkundlicher Behandlung – Ergebnisse aus dem Blankensteiner-Modell. *Gesundheitswesen* 2001; 63: 242 – 247. Thieme-Verlag, 2001.
- Bernhard J. *Lebensqualität in onkologischen Therapiestudien. Konzepte, Methodik und Anwendung am Beispiel des Kleinzelligen Bronchuskarzinoms.* Peter Lang 1992
- Brandenberger S. *Befinden in Schule und Freizeit. Eine Untersuchung mit Jugendlichen mit der Experience Sampling Methode.* Lizentiatsarbeit an der Philosophischen Fakultät I der Universität Zürich 2001
- Bräutigam W, Christen P & von Rad M. *Psychosomatische Medizin – Ein kurzgefasstes Lehrbuch.* 5. Auflage. Thieme Verlag 1992
- Bock PR, Friedel WE, Hanisch J, Karasmann M, Schneider B. Wirksamkeit und Sicherheit der komplementären Langzeitbehandlung mit einem standardisierten Extrakt aus Europäischer Mistel (*Viscum album L.*) zusätzlich zur adjuvanten onkologischen Therapie bei primärem, nicht metastasierenden Mammakarzinom. *Arzneim.-Forsch./Drug Res.* 2004; 54, No.8: 456-466

- Bühr V. „Krebs ist nicht einfach ein medizinisches Problem“. Interview mit Thomas Cerny. NZZ am Sonntag 2008; Dez. 7: 78
- Campbell J. Schöpferische Mythologie. Die Masken Gottes. Sphinx 1968
- Cazacu M, Oniu T, Lungoci C, Mihailov A, Cipak A, Klinger R, Weiss T, Zarkovic N. The influence of Isorel on the advanced colorectal cancer. Cancer Biother Radiopharm 2003; 18: 27-34.
- Cella DF, Tulsky DS. Quality of Life in Cancer. Definition, Purpose, and Method of Measurement. Cancer Investigation 1993; 11(3): 327-336
- Cella DF. Quality of life outcomes: measurement and validation. Oncology 1996; 10 (suppl): 233-46
- Cooper JC. Das grosse Lexikon der traditionellen Symbole. Vma-Vertriebsgesellschaft, 2000
- Dietschi I. Die “Krebspersönlichkeit”- eine Mär hat ausgedient. NZZ am Sonntag 2003; März 2: 67
- Dinkelacker H, Kass KA. Die Mistel in der Therapie, Haug Verlag 1982
- Eberhardt J, Matthes H, Friedel WE, Bock PR. Improved Supportive Care in Pancreatic Carcinoma UICC Stages I-IV Patients Using Fermented Mistletoe (*Viscum album* L.) Extract. Poster am Berliner Kongress “The Future of Comprehensive Patient Care” 2008; Nov. 7-8
- Eggenschwiler J, Patrignani A, Wagner U, Rehrauer H, Schlapbach R, Rist L, Ramos MH, Viviani A. Gene Expression Profiles of Different Breast Cancer Cells Compared with their Responsiveness to Fermented Mistletoe (*Viscum album* L.) Extracts Iscador from Oak (*Quercus*), Pine (*Pinus*), White Fir (*Abies*) and Apple Tree (*Malus*) in vitro. *Arzneim.-Forsch. / Drug Res.* 2003; 56, No. 6a: 483-496
- Eggenschwiler J, Balthazar L von, Stritt B, Pruntsch D, Ramos M, Urech K, Rist L, Simoes-Wüst AP, Viviani A. Mistletoe lectin is not the only cytotoxic component in fermented preparations of *Viscum album* from white fir (*Abies pectinata*). *BioMed Central. Complementary and Alternative Medicine* 2007; 7:14
- Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional Medicine in the United States. Prevalence, Costs, and Patterns of Use. *The New England Journal of Medicine* 1993; Jan. 28: 246-252
- Eliade M. Die Religionen und das Heilige – Elemente der Religionsgeschichte. Kap.VIII; Die Vegetation, Symbole und Riten der Erneuerung. Insel Taschenbuch 1998
- Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of a good death. *The Lancet* 1998; May, Vol. 351
- Fintelmann V. Intuitive Medizin. Einführung in eine anthroposophisch ergänzte Medizin. Hippokrates Verlag 1986

- Fletcher AE. Measurement of Quality of Live in Clinical Trials of Therapy. Resent Result Cancer Res. 1988; 111: 216-30
- Frei M. Gegen Krebs ist kein Kraut gewachsen. Tages-Anzeiger 2008; Aug. 5: 24
- Gläser, J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 3rd ed. 2009, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 347.
- Glaser BG, Strauss AL. Grounded Theory – Strategien qualitativer Forschung. Huber 1998
- Glaus A, Jungi WF, Senn HJ. Onkologie für die Pflegeberufe. Thieme 1997
- Goodyear MDE, Fraumeni MA. Incorporating Quality of Life Assesement into Clinical Cancer Trials. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, Second Edition, edited by B. Spilker, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1996, Chapter 103: 1003-1013.
- Gorter RW. Iscador – Mistelpräparate aus der anthroposophisch erweiterten Krebsbehandlung. Verlag für Ganzheitsmedizin 1998
- Gough IR, Dalglish LI. What value is given to quality of life assessment bei health professionals considering response to palliative chemotherapy for advanced cancer. Cancer 1991; July 1, Vol. 68
- Gough IR, Furnival CM, Schilder L & Grove W. Assessment of the quality of Life of Patients with advanced Cancer. Eur J Cancer Clin Oncol 1983; Vol. 19, No. 8: 1161-65
- Greimel E. Psychosoziale Onkologie mit Schwerpunkt Lebensqualitätsforschung. Seminar zur klinischen Psychologie. www.medunigraz.at 2009
- Grmek GD. Die Geschichte des medizinischen Denkens – Antike und Mittelalter. Verlag C.H.Beck München 1996
- Grmek GD. Das Krankheitskonzept. 260-277
 - o Agrimi J. Wohltätigkeit und Beistand in der mittelalterlichen christlichen Kultur. (Insbesondere) 185-196
- Grossarth-Maticsek R, Kiene H, Baumgartner S & Ziegler R. Verlängerung der Überlebenszeit von Krebspatienten unter Misteltherapie (Iscador). Schweiz. Zschr. GanzheitsMedizin 2001; Mai, Jg. 13, Heft 4
- Grossarth-Maticsek, Kiene H, Baumgartner SM & Ziegler R. Einsatz von Iscador, ein Extrakt der europäischen Mistel (Viscum Album), zur Krebsbehandlung: Prospektive nichtrandomisierte und randomisierte Matched-Pair-Studien eingebettet in ein Kohortenstudie. Der Merkurstab 2001; Jg. 54, Heft 3
- Grossarth-Maticsek R, Stierlin H. Krebsrisiken – Überlebenschancen. Wie Körper, Seele und Umwelt zusammenwirken. Carl Auer Systeme Verlag 1998
- Grossarth-Maticsek R. Systemische Epidemiologie und präventive Verhaltensmedizin chronischer Erkrankungen. De Gruyter Verlag 1999

- Grossarth-Maticcek R & Ziegler R. Randomised and non-randomised prospective controlled cohort studies in matched-pair design for the long-term therapy of breast cancer patients with a mistletoe preparation (Iscador): a re-analysis. *Eur J Med Res* 2006; 11: 485-495
- Grossarth-Maticcek R & Ziegler R. Controlled prospective studies on long-term therapy of cervical, corpus uteri an ovarian cancer Patients with a mistletoe preparation. *Eur J Med Res* 2008; 13: 107-120
- Gudas SA, Burns LS. Quality of Life in Patients with Cancer. *Cancer Management* 1998; March/April: 6-13
- Gutzwiler F, Jeanneret O. Sozial- und Präventivmedizin – Public Health. 2. Auflage. Verlag Hans Huber 1999
- Guyatt GH, Bombardier C, Tugwell PX. Measuring disease-specific quality of life in clinical trials. Reprinted from the *Canadian Medical Association Journal* 1986; April 15, Vol. 134: 889-895
- Hajto T, Hostanska K, Saller R. Zukunft der Misteltherapie aus pharmakologischer Sicht. Übersichtsarbeit in *Forsch Komplementärmed* 1999; 6: 186 -194
- Hay LL. Gesundheit für Körper und Seele – Wie sie durch mentales Training ihre Gesundheit erhalten und Krankheiten heilen. Heyne Verlag 1998
- Heilpraxis Magazin Schweiz. Behandlung von Krebs aus Sicht der biologischen Medizin 1998; Heft 5
- Hein T. Hilft der Biosaft bei Krebs? Die Misteltherapie ist die häufigste komplementärmedizinische Massnahme bei Krebs. *NZZ am Sonntag* 2003; May 5
- Heiny BM, Albrecht V, Beuth J. Lebensqualitätsstabilisierung durch Misthellektin-1 normierten Extrakt beim fortgeschrittenen kolorektalen Karzinom. *Onkologe* 1998; 4 (Suppl. 1): 35-39
- Heusser P. Probleme von Studiendesigns mit Randomisation, Verblindung und Placebogabe. *Forsch Komplementärmed* 1999; 6: 89-102
- Hinz A, Brähler E, Schwarz R, Schuhmacher J, Stirn A. Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Wie sinnvoll ist die Zusammenfassung von Einzelskalen zu Gesamtscores? *Psychother Psych Med* 2005; 55: 221-228.
- Hürny Ch, Heusser P, Bernhard J, Castiglione M & Cerny Th. Verbessern nicht-konventionelle Zusatztherapien die Lebensqualität von Krebspatienten? Nationales Forschungsprogramm (NFP) 34, Komplementärmedizin, Projektnummer: 4034-35886. *Schweiz Med Wochenschr* 1994; 124 (Suppl. 62): 55-63
- Simoes-Wüst AP, Hunziker-Basler N, Zuzak TJ, Eggenschwiler J, Rist L, & Viviani (2007). Prolonged Cytotoxic effect of aqueous extracts from dried *Viscum album* on bladder cancer cells. *Die Pharmazie*. Accepted for Publication.

- ICD-10. Die Internationale Klassifikation der Krankheiten / International Classification of Diseases, www.dimdi.de
- ICF; International Classification of Functioning, Disability and Health. www.agogis.ch WHO 2001
- ICIDH. Internationale Klassifikation der Schädigungen, Behinderungen, Beeinträchtigungen / International Classification of Impairments, Disabilities, Handicaps. Ein Handbuch zur Klassifikation der Folgeerscheinung einer Krankheit. Hrsg. Matthesius et al. VEB Verlag Volk und Gesundheit 1997
 - o Schröck R; Kommentierung der ICIDH aus onkologisch-rehabilitativer Sicht. 240
- Jentsch G, Koch Ch. Medizin: Zählbare Fortschritte. Stern 25/99, S 146
- Joss R. Neues aus der Behandlung des Bronchuskarzinoms: die Sicht des medizinischen Onkologen. Schweiz Med Wochenschr 2000; 130: 684-90
- Kappauf H, Kaiser G. Alternative Strategien in der medikamentösen Tumorthherapie: sozialanthropologische Dimension. Onkologie 1994; 17: 624-628
- Käppeli S. Krebs als religiöse Erfahrung. Schweizerische Ärztezeitung 1999; 80, Nr. 37: 2245-2249
- Käppeli S. Pflegekonzepte – Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Bände 1-3. Verlag Hans Huber 1998
- Siegwart H. Leiden, Krise, Hilflosigkeit, Angst, Hoffnung/ Hoffnungslosigkeit, Verlust/Trauer, Einsamkeit. Band 1
- Kellenberger R, Kopsche F. Mineralstoffe nach Dr. Schüssler. AT Verlag 1999
- Keller FB. krank warum? Ausstellungskatalog, 2. durchgesehene Auflage. Cantz 1996
- Kilian R. Pro und Kontra: Ist subjektive Lebensqualität ein sinnvoller Outcome-indikator? Psych Prax 2006; 33: 312-316
- Kiene H. Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung. Springer 2001
- Kienle GS, Kiene H. Complementary cancer therapy: a sytematic review of prospective clinical trials on anthroposophic mistletoe extracts. Eur J Med Res 2007; 12: 103-119
- Kienle GS, Kiene H, Albonico HU. Anthroposophische Medizin in der klinischen Forschung. Wirksamkeit, Nutzen, Wirtschaftlichkeit, Sicherheit. Schattauer 2006
- Koch K. Der Baumzeichenversuch als psychodiagnostisches Hilfsmittel. Achte Auflage. Verlag Hans Huber 1986
- Kümmel HC, Schulte M. Entwicklung eines Fragebogens zur Lebensqualität auf der Grundlage des anthroposophischen Menschenbildes – Herdecker Fragebogen zur Lebensqualität. Der Merkurstab 1996; März/April, Jg. 49, Heft 2

- Kuno MD. Krebs in der Naturheilkunde – Eine Systematik der ganzheitlichen Krebstherapie. Pflaum Verlag, München 1998
- Kröz M., Büssing, A., Gierke M., Heckmann C. + Ostermann T.: Adaptation of the Herdecke Quality of Life Questionär towards Quality of Life of Cancerpatient. European Channel of Cancer care 17, 593 – 600, Journal Compilation 2008, Blackwell Publishing Ltd.
- Lafranconi P. „Krebsprognosen werden laufend besser“. Interview mit Thomas Cerny. Tages-Anzeiger 2007, Jan. 10: 48
- Lamprecht F et al. Salutogenese – Ein neues Konzept in der Psychosomatik? 3. neu überarbeitete Auflage. VAS-Verlag 1997
 - o Lamprecht F, Sack M. Kohärenzgefühl und Salutogenese – Einführung. 22-36
 - o Franke A. Praxisrelevante Grundgedanken des Salutogenesekonzeptes. 41-45
 - o Hellhammer DH. Psychobiologische Aspekte von Schutz- und Reparaturmechanismen. 109-119
- Lengacher CA, Bennet MP, Kip KE, Keller R, LaVance MS, Smith LS, Cox CE. Frequency of Use of Complementary and Alternative Medicine in Women with Breast Cancer. ONF 2002; Vol. 29, No. 10: 1445-1452
- Löblich M. Einführung in qualitative Methoden. <http://home.ifkw.lmu.de> 2008; Teil 1
- Matthiessen PF, Tröger W. Die Misteltherapie des Krebses Teil 1-3. www.datadiwan.de. Auszug aus Kombinierte Tumorthherapie. Hippokrates Verlag 1995
- Matthiessen PF. Anthroposophische Medizin im Überblick. In: Büring et al. Naturheilverfahren und unkonventionelle Medizinische Richtungen. Anthroposophische Medizin 1995; Sektion 16, Kapitel 16.01.
- Matthiessen PF und Selg P. Allgemeine Grundlagen der Anthroposophischen Medizin, Teil 1: Aspekte zu Gesundheit, Krankheit und Heilung. In: Büring et al; Naturheilverfahren und unkonventionelle Medizinische Richtungen. Anthroposophische Medizin 1996; Sektion 16, Kapitel 16.02
- Mayring PH. Einführung in die qualitative Sozialforschung. 3. überarbeitete Auflage. Psychologie Verlags Union, Weinheim 1996
- Mc Daniel SH, Hepworth J, Doherty WJ. Familientherapie in der Medizin. Auer 1997
- Mehnert A, Lehmann C, Cao P, Koch U. Die Erfassung psychosozialer Belastungen und Ressourcen in der Onkologie – Ein Literaturüberblick zu Screeningmethoden und Entwicklungstrends. Psychother Psych Med 2006; 56: 462-469
- Meier C. Anselm Kiefer – Die Rückkehr des Mythos in der Kunst. Verlag Die blaue Eule 1992
- Meier-Rust K. Wer krank wird denkt anders – Interview mit Gerd Nagel. NZZ am Sonntag 2006; März 3: 75

- Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, Margulies A, Browall M, Magri M, Selvekerova S, Madsen E, Milovics L, Bruyns I, Gudmundsdottir G, Hummerston S, Ahmad AM, Platin N, Kearney N, Patiraki E. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Ann Oncol* 2005; 16: 655-663
- Müller B. Subjektive Lebensqualität von Menschen mit einer psychischen Erkrankung: Von der Messung der Lebenszufriedenheit zu dynamischen Anpassungs- prozessen und Recovery. Dissertation an der philosophischen Fakultät Zürich, Herbst 2007
- Nager F. Von der Vielfalt des Heilens. *Schweizerische Ärztezeitung*. 1999; 80, Nr. 49
- Neuhauser U, Haase E. Wendepunkt Brustkrebs. *Stern* 1999; Okt. 7, Heft Nr. 41: 26
- Ostermann T., Beer A.-M., Matthiessen P.-F.: Evaluation stationärer Naturheilkunde – das Blankensteiner-Modell. Teil 2: Effekt stärken und Gesundheitsstatus der Patienten im zeitlichen Verlauf. *Forsch Komplementärmed. Klass. Naturheilkd.* 2002; 9: 269 – 276. Karger GmbH, Freiburg, 2002
- Ostermann T., Büssing A., Beer A.-M., Matthiessen P.-F. Herdecke, Questionar and Quality of Life (HLQ): Validation of factual struction and Development of a short form within a Naturopartitreated in patient collective. *Health and Quality of Life outcomes* 2005, 3: 40. <http://www.hqlo.com/contend/3/1/40>
- Piao PK, Wang YX, Xie GR, Mansmann U, Matthes H, Beuth J, Lin HS. Impact of complementary mistletoe extract treatment on quality of life in breast, ovarian and non-small cell lung cancer patients. A prospective randomized controlled clinical trial. *Anticancer Res* 2004; 24: 303-309
- Pukrop P. Pro und Kontra: Ist subjektive Lebensqualität ein sinnvoller Outcome-indikator? *Psych Prax* 2006; 33: 312-316
- Rist M et al. Beiträge zur Weltlage. Dornach. 2002; 33. JG, Nr. 140
- Witzenmann H. Die Aufgabe Mitteleuropas – Die Grundforderung unserer Zeit. 7
- Rist L. Vom Wesen der Mistel. 34
- Sauer, Gabius, Vehling-Kaiser. Krebsbehandlungsmethoden ohne nachgewiesene Wirkung. www.krebsinfo.de 1998.
- Schär A, Messerli-Rohrschach V, Schubarth P. Schulmedizin oder Komplementär-medizin: Nach welchen Kriterien entscheiden die Patientinnen und Patienten. *Schweiz Med Wochenschr* 1994; 124 (Supl.62): 18-27
- Schmoll HJ et al. *Kompodium Internistische Onkologie*. Springer-Verlag, 3.Auflage 1999
 - o Becker N. Epidemiologie von Tumoren. Kap. 3; 173.
 - o Hauser SP, Burkhard B. Paramedizinische Heilanwendungen in der Medizin. Kap. 20; 1317-1340
 - o Sellschopp A. Psychoonkologie. Kap. 32; 1837
 - o Dellbrück H. Prinzipien der Nachsorge und Rehabilitation. Kap. 33; 1924
 - o Bullinger M. Methoden zur Lebensqualitätsbewertung in der Onkologie. Kap. 34; 1963.
 - o Schmoll H-J. Kolorektales Karzinom. Kap. 41; 941.

- Schneider S. Krebspatienten: Optimismus steigert nur die Lebensqualität. Saldo 2009 April 1, Nr. 6
- Schneider W. Das durchdringende Auge des Todes. Thomas Manns Darstellungen des Sterbens und der Triumph des Menschlichen. NZZ 2000; Juni 3 / 4, Nr.128: 75
- Schreuder O. Zur Messung der Religiosität in den Niederlanden. Schweiz Zeitschr Soziol 1991; 17: 484-491
- Seel A. Einführung in die qualitative Sozialforschung. www.pze.at 2004
- Senn et al. Checkliste Onkologie. 4., völlig neubearbeitete Auflage. Thieme 1998
- Senti G. Das Phänomen Naturheilkunde – Ergebnisse einer medizinethnologischen Studie. Inauguraldissertation an der Uni Zürich 1995
- Simoes-Wüst AP, Hunziker-Basler N, Zuzak TJ, Eggeschwiler J, Rist L, Viviani A. Long-lasting cytotoxic effects of a single application of aqueous extracts from dried *Viscum Album L.* on bladder cancer cells in a in vitro system. www.sciencedirect.com, Phytomedicine 2007; 14, SVII 49
- Sprangers MAG, Cull A, Bjordal K, Groenvold M & Aaronson NK. The EORTC approach to quality of live assessment: guidelines for developing questionnaire modules. Quality of Life Research 1993; Vol. 2: 287-95
- Stauss K. Süddeutsche Akademie für Tiefenpsychologie. Seminar I, Bad Grönenbach, Vorlesungsunterlagen 2004
- Steiner R, Wegman I. Grundlegendes für eine Erweiterung der Heilkunst nach geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen. Tb701
 - o *Siehe auch S.140; weiterführende Literaturhinweise.*
- Steiner R. Geisteswissenschaften und Medizin. Tb677
 - o *Siehe auch S.391; weiterführende Literaturhinweise bzw. weitere Schriften*
- Steiner R. Anthroposophische Menschenerkenntnis und Medizin. GA 319 1924; Aug. 29
- Steiner R. Erkenntnistheorie der Goetheschen Weltanschauung. Tb629
- Universität Aachen. Quantitative und Qualitative Sozialforschung. www.ewz.rwth-aachen.de (Zusätzlich in Google Quantitative und Qualitative Sozialforschung eingeben) 2009
- Universität Kiel. Vorlesungsunterlagen (Qual Meth Thema 01). www.soziologie.uni-kiel.de, (Zusätzlich in Google Quantitative und Qualitative Sozialforschung eingeben) 2009
- Vanoni B. Vom positiven Befund der Experten zum Schroffen Nein Couchepins. Tages-Anzeiger 2005; Juni 4
- Viviani A, Rist L. Differenzierte Wirkungen von Mistelextrakten auf Krebszellen. Phytotherapie 2007; Nr. 1

- Voss Ch. Glaube der krank machen kann. Reformiert, Nr. 3.2., 13. März 2009
- Watson M, Hyviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychosociological response on survival in breast cancer: a population based cohort study. *Lancet* 1999; 354: 1331-36
- Wegberg B, Bacchi, M, Heusser P, Helwig S, Schaad R, von Rohr E, Bernhard J, Hürny C, Castiglione M, Cerny Th. The cognitive-spiritual dimension – an important addition to the assessment of quality of live: Validation of a questionnaire (SELT-M) in patients with advanced cancer. *Annals of Oncology* 1998; 9: 1091-1096
- Wegberg B, Lienhard H, Andrey M; Verändert ein psychosoziales Gruppeninterventionsprogramm die Lebensqualität von Krebspatienten? *Schweiz Med Wochenschr* 2000; 130: 177-85
- Weinreb F. Vom Sinne des Erkrankens. Origo Verlag 1978
- Weleda. Richtlinien für die Iscador-Behandlung in der Malignomtherapie. Weleda AG, Arlesheim 1999
- Wolf P, Freudenberg N, Konitzer M. Analgetische und Stimmungsaufhellende Wirkung bei Malignom-Patienten unter hochdosierter Viscum album-Infusionstherapie (Vysorel). *Dtsch. Zschr. Onkol.* 1994; 26, 2
- Zuzak TJ, Rist L, Eggenschwiler J, Grotzer M, Viviani A. Paediatric Medulloblastoma Cells are Susceptible to Viscum Album (Mistletoe) Preparations. *Anticancer Research* 2006; 26: 3485-3492

