

1. Einleitung

Jedes Jahr erkranken in Deutschland eine halbe Million Menschen an Krebs. Das Lebenszeitrisiko an Krebs zu erkranken beträgt 50 % und ist aufgrund der kostenintensiven Behandlung, der körperlichen und psychischen Nebenwirkungen der Therapie und den nicht zu unterschätzenden Risiken für Komorbiditäten und Folgeerkrankungen nicht zuletzt aus gesundheitsökonomischer Sicht ein relevantes Thema für das deutsche Gesundheitswesen.¹

Für die Betroffenen ist die Diagnose Krebs ein Schock. Sie verändert alles und bringt für Patienten und Patientinnen die Fragen mit sich: Warum? Warum ich? Halte ich die Therapie aus? Gibt es Alternativen zur empfohlenen Therapie? Werde ich wieder gesund? Was wird aus meiner Partnerschaft, der Familie? Verliere ich meine Arbeit?²

Trotz Fortschritten im Bereich der Diagnose und Behandlung von Krebs stehen onkologische Erkrankungen nach den Herz-Kreislaufkrankungen bezogen auf die Sterblichkeit der Betroffenen noch immer auf Platz zwei.³

Andererseits ist die Diagnose Krebs kein Todesurteil mehr. Die Mortalität bei Brustkrebspatientinnen hat abgenommen. Dies ist auf den medizinischen Fortschritt in den Bereichen Diagnostik und Therapie zurückzuführen. Die Zahl der Cancer Survivors, die die Erkrankung überleben, nimmt stetig zu.⁴

Die moderne Krebstherapie bietet hocheffiziente Therapien an, diese sind jedoch mit vielfältigen Nebenwirkungen verbunden: Haarausfall, Übelkeit und Erbrechen, Durchfälle oder Verstopfung, Fatigue (chronische Müdigkeit), Polyneuropathien, Sensibilitätsstörungen und Belastungen der Psyche gehen häufig mit der Behandlung einher. Viele Patientinnen fürchten nicht nur die Erkrankung und ihre Folgen, sie haben Angst vor den Nebenwirkungen der Behandlung und vor der Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität.⁵

Immer mehr Patientinnen möchten selbst einen Beitrag zur eigenen Gesundheit leisten, um Nebenwirkungen der Therapie zu reduzieren, die eigene Lebensqualität zu erhöhen und dem Auftreten von Rezidiven bestmöglich entgegenzuwirken.

¹ vgl. Graf et al., 2020, S. 312

² vgl. Thederan, 2008, S. 197

³ vgl. Hoefert, 2014a, S. 125

⁴ vgl. Spahn, 2006, S. 287

⁵ vgl. Hübner, 2011, S. 7f.

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich deshalb mit der komplexen Lebenssituation von Brustkrebspatientinnen einerseits und mit den onkologischen Versorgungsstrukturen in Deutschland andererseits. Sie untersucht, inwieweit die Angebotsstruktur innerhalb der klassischen medizinischen Versorgung von Brustkrebs Selbsthilfepotentiale berücksichtigt und in diesem Zusammenhang, welchen Beitrag Ansätze der Integrativen Onkologie und Body-Mind-Medizin zu einer verbesserten Versorgung leisten können und inwieweit diese Ansätze in der onkologischen Patientenversorgung in Deutschland bereits Berücksichtigung finden.

2. Zielsetzung der Arbeit

Ansätze der Body-Mind-Medizin, auf die der Fokus der Masterarbeit gerichtet ist, sind relativ junge Verfahren innerhalb der onkologischen Versorgung in Deutschland und innerhalb der regulären klinischen Versorgungsstrukturen für Krebspatienten und Krebspatientinnen noch die Ausnahme.⁶

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich deshalb mit dem Potential, welches supportive, ganzheitliche Angebote der Body-Mind-Medizin bezogen auf eine innovative und patientenorientierte Angebotsgestaltung für Brustkrebspatientinnen und Cancer Survivors im klinischen Setting bereithalten. Die Forschungslage sowie die Angebotsstruktur im Bereich der Onkologie an deutschen Kliniken werden in der vorliegenden Masterarbeit dargestellt und analysiert. Geleitet ist die Arbeit von der folgenden zentralen Forschungsfrage und daraus abgeleiteten Hypothesen:

Welche Potentiale birgt Body-Mind-Medizin im Rahmen der onkologischen Versorgung von Brustkrebspatientinnen?

Hypothese 1: Brustkrebspatientinnen befinden sich in einer komplexen, belastenden und herausfordernden Lebenssituation. Brustkrebs als chronische Erkrankung erfordert die Entwicklung vielfältiger Bewältigungsstrategien seitens der Patientinnen.

Hypothese 2: Vorhandene Angebote der Therapie und Beratung reichen zur Bewältigung nicht aus und müssen weiterentwickelt werden.

Hypothese 3: Body-Mind-Medizin stellt im Rahmen der onkologischen Versorgung einen geeigneten Ansatz dar, um Brustkrebspatienten zu begleiten. Sie berücksichtigt die Selbsthilfepotentiale von Patientinnen und trägt dazu bei, Nebenwirkungen der Behandlung zu lindern und die Lebensqualität zu steigern.

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit Patientenversorgung innerhalb der klinischen Onkologie. Im Speziellen wird hier die Body-Mind-Medizin in den Fokus der Betrachtung genommen und zu der Fragestellung nachgegangen, welchen Mehrwert sie innerhalb der Versorgung von Brustkrebspatientinnen generieren kann und zum anderen untersucht, welche Angebote die onkologische Versorgungslandschaft in Deutschland im Bereich der Integrativen Onkologie und Body-

⁶ vgl. Spahn, 2006, S. 299

Mind-Medizin für Brustkrebspatientinnen bereithält und welche Forschungsergebnisse es im europäischen Raum zu multimodalen Programmen der Body-Mind-Medizin für Patientinnen mit Mamma-CA bereits evident sind. Die Arbeit verfolgt das Ziel, einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität in der Arbeit mit Brustkrebspatientinnen zu leisten.

3. Diagnose Brustkrebs

3.1 Epidemiologie

Die Gesamtzahl der jährlichen Neuerkrankungen mit der Diagnose Krebs liegt in Deutschland bei insgesamt ca. 500.000 Menschen.⁷

Unter den Krebserkrankungen ist Brustkrebs bei Frauen innerhalb der industrialisierten Welt die häufigste Erkrankung, in Deutschland ist ca. jede 9. Frau von Brustkrebs betroffen. Im Jahr 2010 erhielten in Deutschland in etwa 70.000 Frauen die Diagnose Brustkrebs. 10 % der Frauen mit einer Brustkrebsdiagnose waren dabei unter 45 Jahre, 25 % der Frauen unter 55 Jahre alt.⁸

Das Robert Koch Institut identifiziert im Jahr 2014 Brustkrebs mit 71.000 Erst Diagnosen als häufigste Krebserkrankung der Frauen in Deutschland. Mit einem Anteil von mehr als 30 % bedeutet das, dass ein Drittel aller an Krebs erkrankten Frauen, die Diagnose Brustkrebs erhält. Primär metastasierte Mammakarzinome treten nur in 5-10 % der Frauen mit Brustkrebsdiagnose auf. Brustkrebs kann auch Männer betreffen, dies ist jedoch sehr selten der Fall, 620 Männer waren im Jahr 2012 von dieser Diagnose betroffen.⁹

Trotz Fortschritten im Bereich der Diagnose und Behandlung von Krebs stehen onkologische Erkrankungen nach den Herz-Kreislaufkrankungen bezogen auf die Sterblichkeit der Betroffenen noch immer auf Platz zwei, über 50 % aller Menschen versterben an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 20 % an der Erkrankung Krebs.¹⁰

Die 5-Jahres-Überlebensrate hat sich in den vergangenen Jahren deutlich gesteigert auf insgesamt 55,5 % aller an Krebs erkrankten Menschen. Bei Brustkrebspatientinnen hat die Sterblichkeit ebenfalls abgenommen, die Überlebensrate liegt im Bereich der Entität Brustkrebs bei 70 Prozent. Auch die Zahl der Patientinnen, die die Diagnose mehr als fünf Jahre überleben, hat zugenommen. Zwischen 80

⁷ vgl. Arndt, 2021b, S. 717

⁸ vgl. Spahn, 2006, S. 285 und vgl. Scholz-Kreisel & Wollschläger, 2021, S. 747 und vgl. Deutsche Krebs-hilfe, 2019, S. 12 vgl. Hoefert, 2014b, S. 248

⁹ vgl. Erickson et al., 2017, S. 190 und vgl. Overbeck & Baumann, 2019, S. 120f. und vgl. Paepke & Cavellius, 2018, S. 10 und vgl. Spahn, 2006, S. 289

¹⁰ vgl. Hoefert, 2014a, S. 125 und vgl. Schauder, 2006, S. 246 und vgl. Hoefert & Uehleke, 2014, S. 81

und 90 Prozent der erkrankten Frauen leben auch fünf Jahre nach der Diagnosestellung noch.¹¹

Im Jahr 2017 betrug die Anzahl der Menschen mit oder nach einer Krebserkrankung -sprich der Cancer Survivors - in Deutschland 4,65 Millionen. 22 % davon, nämlich 1,04 Millionen Menschen sind Brustkrebspatientinnen.¹²

Die Zahl der Krebsdiagnosen ist steigend, es ist seit den 1980er Jahren bei den Frauen eine Zunahme von 20 % und bei Männern eine Zunahme von 30 % zu verzeichnen. In den westlichen Ländern konnte im Zeitraum von 1990 und 2008 ein Rückgang der Sterblichkeit bei Patienten und Patientinnen mit einer Krebserkrankung beobachtet werden. Die Heilungschancen haben sich verbessert, es sterben folglich weniger Patienten und Patientinnen an der Diagnose Krebs. Es ist ein Anstieg bei den Überlebensraten zu verzeichnen: bei den Frauen seit Beginn der 1980er Jahre um 10 % auf insgesamt 60 % und bei den Männern um 15 % auf insgesamt 53 %.¹³

Bezogen auf Krebserkrankungen lassen sich folglich zwei zentrale Entwicklungen ausmachen: Einerseits steigt die Zahl der Neuerkrankungen mit zunehmendem Alter an und andererseits nimmt die Mortalität aufgrund der verbesserten Vorsorge und den Möglichkeiten der Behandlung ab.¹⁴

3.2 Ätiologie - Lebensstil und Risikofaktoren

Als Risikofaktoren für die Entstehung von Mamma-CA können das Lebensalter, die genetische Disposition und familiäre Vorbelastung genannt werden. Hormonersatztherapien können einen Einfluss haben.¹⁵

Neben genetischen Risiken und familiären Vorbelastungen, die das Brustkrebsrisiko erhöhen, ist vor allem der Lebensstil eine Ursache für die Entwicklung dieser Erkrankung. Die Relevanz des Lebensstils ist bezogen auf die Entstehung von Krebserkrankungen ein nicht zu unterschätzender Faktor. Besondere Bedeutung bezogen auf das Risiko der Entstehung haben der Konsum von Nikotin und Alkohol sowie der Mangel an körperlicher Aktivität und Bewegung ebenso wie Übergewicht bzw. Adipositas und Aspekte des Ernährungsverhaltens. Der Verzicht auf

¹¹ vgl. Arndt, 2021b, S. 718 und vgl. Schoenberg, 2018, S. 19 und vgl. Overbeck & Baumann, 2019, S. 120 und vgl. Petru & Petru, 2015, S. 59

¹² vgl. Arndt, 2021b, S. 719f.

¹³ vgl. Hoefert, 2014a, S. 126f.

¹⁴ vgl. Hoefert & Uehleke, 2014, S. 82

¹⁵ vgl. Overbeck & Baumann, 2019, S. 121

Alkohol und Nikotin sowie körperliche Aktivität und gesunde Ernährung können präventive Schutzfaktoren darstellen.¹⁶

„Machbare Änderungen der Ernährung und ernährungsassoziierter Lebensgewohnheiten könnten die Krebsinzidenz weltweit um 30-40 % senken.“¹⁷

60 % aller Krebserkrankungen beruhen Schätzungen zufolge, die auf großen epidemiologischen Studien fußen, auf einem ungesunden Lebensstil, der maßgeblich auf dem Faktor Stress beruht und krankheitsfördernde Verhaltensweisen wie Bewegungsmangel, schlechte Ernährungsgewohnheiten und zu wenig Schlaf nach sich zieht. Stress wirkt sich negativ auf viele Lebensbereiche aus, denn Menschen, die fortwährendem Stress ausgesetzt sind, schlafen schlechter, bewegen sich weniger, essen mehr, rauchen mehr und trinken häufiger.¹⁸

3.3 Lebenssituation und Herausforderungen von Krebspatientinnen

„Die Diagnose Krebs kann mit einem Erdbeben mit einer Stärke von 8 auf einer Richterskala verglichen werden.“¹⁹

Die Diagnose Krebs ist ein kritisches und belastendes Lebensereignis und gleicht einer biographischen Nullpunkterfahrung. Viele Patientinnen beschreiben nach der Diagnosestellung ein Gefühl, dass ihnen der Boden wegbräche oder sie mit dem Rücken zu Wand stünden. Ein Gefühl des Kontrollverlustes über das eigene Leben und der Ohnmacht stellen sich ein.²⁰

„Seitdem ist nichts mehr, wie es war“ oder „Das hat mir komplett den Boden unter den Füßen weggezogen“...“²¹

Die Diagnose und der damit verbundene Schock, die Behandlung, die damit verbundenen Nebenwirkungen und die Angst vor der Zukunft kumulieren zu einer enormen Belastungssituation auf körperlicher, seelischer und auch sozialer Ebene für die betroffenen Patientinnen.²²

¹⁶ vgl. Schauder, 2006, S. 249 und S. 252f. und Scharl et al. 2016, S. 5f. und vgl. Kommer, 2005, S. 98 und vgl. Erickson et al., 2017, S. 191f. und vgl. S. 196 und S. 198 und vgl. Deutsche Krebshilfe, 2019, S. 13

¹⁷ Schauder, 2006, S. 249

¹⁸ vgl. Altner et al. 2006a, S. 23 und vgl. Dobos, 2008, S. 41

¹⁹ Rampp, 2019, S. 225

²⁰ vgl. Herriger, 2020, S. 58f.

²¹ Thederan, 2008, S. 197

²² vgl. Uehleke, 2014, S. 170

Die Krankheit Krebs ist für die allermeisten Betroffenen eine Zäsur und unterbricht die Routine an Verantwortlichkeiten. Funktionieren funktioniert plötzlich nicht mehr, weder innerhalb der Familie und des Freundeskreises noch am Arbeitsplatz. Die folgenden Aspekte zeigen die Multidimensionalität der Lebensbereiche, die von der Krebserkrankung betroffen sein können.

3.3.1 Psychisches Belastungserleben

Die Diagnose löst bei vielen Patientinnen eine tiefe Verunsicherung und Ängste aus. Das Vertrauen in die körperliche Unversehrtheit und Leistungsfähigkeit erfährt mit Diagnosestellung eine Erschütterung, die es erst einmal zu verarbeiten gilt. Psychische Störungen wie Depressionen, Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörungen kommen bei Patientinnen mit einer Brustkrebsdiagnose verglichen mit der Allgemeinbevölkerung häufiger vor. In etwa die Hälfte aller Betroffenen leidet an depressiven Symptomen in Form einer Anpassungsstörung. Nicht selten leiden Krebspatientinnen an reaktiven Depressionen mit einem Gefühlsspektrum, das von Trauer, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit bis hin zur Resignation reichen kann.²³

3.3.2 Neurologische Einschränkungen

Die Therapieverfahren für Krebspatienten und Krebspatientinnen haben sich über die Jahre enorm verbessert, sind aber nach wie vor nicht ohne Nebenwirkungen und beeinträchtigen deren Lebensqualität. Krebspatientinnen und -patienten kämpfen häufig mit kognitiven und neurologischen Einschränkungen, die entweder aufgrund des Tumors oder einer Tumormetastasierung entstehen oder als Nebenwirkung der Behandlung auftreten können.²⁴

3.3.3 Partnerschaft und Sexualität

Innerhalb der Partnerschaft löst die Diagnose Krebs ebenso ein krisenhaftes Erleben aus. Neben der Sorge um den Partner können auch Gefühle von Hilflosigkeit, Verzweiflung und Ohnmacht den Partner treffen und die Kommunikation und Interaktion innerhalb der Partnerschaft prägen. Die Diagnose verändert das gemeinsame Beziehungsfeld, hat Einfluss auf das gemeinsame Aktivitätsniveau und die Sexualität. Die Brust als Teil der sexuellen Identität der Frau erfährt durch die Diagnose eine Beeinträchtigung, die sich auf das Körperbild, das Selbstwertgefühl und die Sexualität betroffener Frauen unmittelbar auswirkt. Scham- und Schuldgefühle und Ängste bezogen auf eine verminderte Attraktivität oder Schmerzen

²³ vgl. Kommer, 2005, S. 99f. und vgl. Beutel, 1988, S. 127f. und vgl. Rampp, 2019, S. 225

²⁴ vgl. Kommer, 2005, S. 102 und vgl. Beutel, 1988, S. 130

können die Sexualität beeinträchtigen. Nicht jeder Partnerschaft gelingt die Bewältigung dieser Herausforderungen, manche Paarbeziehungen zerbrechen daran. Der Partner kann andererseits eine große Unterstützungsquelle für die Patientin sein.²⁵

3.3.4 Familie und Kinder

Erkrankt ein Familienangehöriger an Krebs ist das eine Herausforderung für die gesamte Familie. Die Diagnose ruft auch innerhalb des Familiensystems Ängste hervor und verändert die Kommunikationsstrukturen, Rollen und Beziehungsmuster innerhalb des familiären Systems. Die Konzentration auf die Erkrankung und die damit verbundenen Belastungen kann von Kindern als Krise erlebt werden, wenn sie weniger Zuwendung erfahren oder die Eltern nicht in gewohnter Weise verfügbar sind. Nicht selten resultieren daraus für Kinder gesteigerte Verantwortlichkeiten. Darüber hinaus können Sorgen und Ängste um die Mutter das Erleben der Kinder belasten.²⁶

3.3.5 Arbeit und Berufsleben

Mangelnde Leistungsfähigkeit, Krankheitstage aufgrund der Erkrankung und negative Reaktionen bzw. die Angst vor Kündigung können sowohl antizipierte Ängste als auch tatsächliche Erfahrungen von Patientinnen sein und Themen wie Neuorientierung, Frühberentung, Berufsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und finanzielle Problemlagen nach sich ziehen.²⁷

3.3.6 Finanzielle Belastungen

Ökonomische Belastungen und finanzielle Lücken, die aufgrund einer Krebserkrankung durch krankheitsbedingte Mehrausgaben, Krankheitszeiten mit Bezug von Krankengeld oder den Verlust des Arbeitsplatzes entstehen können, resultieren nicht selten in Stress- und Belastungsfaktoren, die die Lebensqualität Betroffener zusätzlich einschränken.²⁸

3.3.7 Freizeit und Sozialkontakte

Krebspatientinnen schränken nicht selten in Folge der Erkrankung ihre Sozialkontakte und Freizeitaktivitäten ein. Neben vielen Terminen während der Therapie

²⁵ vgl. Beutel, 1988, S. 130 und S. 133 und S. 138

²⁶ vgl. Beutel, 1988, S. 130 und S. 132

²⁷ vgl. Beutel, 1988, S. 137 und vgl. Petru und Petru, 2015, S. 74f.

²⁸ vgl. Lueckmann et al., 2021, S. 759f.

fehlt ihnen häufig schlichtweg die Energie dafür. Zudem befürchten Patientinnen bisweilen Vorurteile und negative Stigmatisierung aufgrund der Erkrankung.²⁹

„Wechselwirkungen und die sich gegenseitige Beeinflussung körperlicher, psychischer und sozialer Belastung dürfen bei der Betrachtung der Lebenssituation von Krebsüberlebenden nicht unterschätzt werden. Komplexe Lebenslagen entstehen aus einer Kumulation aus körperlichen Einschränkungen, psychischen Belastungen und sozialen Problemen. Schmerzen, Einschränkungen des Körpers und der Kognition, Ängste, Depression, Probleme in Ehe, Partnerschaft und Familie, finanzielle Belastungen, Probleme beim Wiedereinstieg in Beruf, Beeinträchtigung der Sexualität sind nur einige Aspekte, die hier für das Gesamterleben von Relevanz sein können.“³⁰

Dies zeigt eine Vielzahl an Folgeproblematiken, die sich sowohl auf den Körper, die Psyche und das soziale Leben erstrecken. Das Repertoire an vorhandenen Bewältigungsstrategien reicht regelmäßig nicht aus, Verhaltensadaption und enorme Anpassungsleistungen seitens der Patientinnen sind erforderlich, um die Krankheit besser zu bewältigen und die Lebensqualität zu erhalten. Um dieser Tatsache gerecht zu werden, bedarf es eines Begleit- und Nachsorgeangebotes, dass Patientinnen befähigt, ihr Leben mit dem Fokus auf Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebensqualität aktiv zu beeinflussen und zu gestalten.³¹

Der Versorgungsbedarf geht folglich über die reine medizinische Versorgung hinaus. Patientinnen müssen ins Leben und in den Beruf zurückfinden, sie sind herausgefordert mit der Erkrankung und möglichen Ängsten umzugehen. Sie müssen mit körperlichen Folgen der Erkrankung und Therapie zurechtkommen. Die Krankheit hat Auswirkungen auf die Partnerschaft und die Familie - auch diese Aspekte gilt es zu bewältigen. Zudem spielt die Gesunderhaltung bei vielen Patientinnen eine zentrale Rolle, um die Leistungsfähigkeit wiederherzustellen und das Wiederauftreten der Erkrankung zu verhindern. Gesunde Ernährung und Bewegung können hier einen wertvollen Beitrag leisten.³²

Viele Patientinnen haben den Wunsch, selbst einen Beitrag zur Bewältigung der Erkrankung bzw. zur Verbesserung ihrer Lebensqualität zu leisten und aktiv zu werden.³³

„Die erlebte Erfahrung der eigenen Endlichkeit und die damit einhergehende große Verunsicherung rufen ein Bedürfnis nach selbstbestimmter, aktiver Unterstützung der Erkrankung und der Therapie bei vielen Patienten hervor.“³⁴

²⁹ vgl. Beutel, 1988, S. 137

³⁰ Götze, 2021, S. 755

³¹ vgl. Mehnert & Johansen, 2019, S. 165f.

³² vgl. Petru & Petru, S. 59

³³ vgl. Dreves, 2020b, S. 108

³⁴ Thederan, 2008, S. 197