

Masterarbeit

Informationsbedarf von onkologischen Patienten zu komplementären und alternativen Verfahren

eingereicht von

Dr. Petra Meidlinger MSc

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Public Health

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt im Rahmen des

Universitätslehrgangs Master of Public Health

Betreuer: Dr. Martin Sprenger MPH

Mödling, Dezember 2018

Kurzfassung

Hintergrund

Die höhere Lebenserwartung führt zu einem Anstieg der Inzidenz und Prävalenz von Krebserkrankungen. Heutzutage stehen evidenzbasierte Behandlungsmethoden im Vordergrund. Dabei wird ausgeblendet, dass viele onkologische Patienten komplementäre und alternative Methoden einsetzen, mit oder ohne Wissen der sogenannten Schulmedizin beziehungsweise der behandelnden Ärzte. Ziel dieser Arbeit ist es, den Informationsbedarf von und das Informationsangebot für onkologische Patienten in Bezug auf komplementäre und alternative Behandlungsmethoden näher zu betrachten.

Methodik

Eine umfangreiche Literaturrecherche zum aktuellen Stand von schriftlichen und mündlichen Informationen von Tumorpatienten bezüglich Nutzen und Risiken komplementärer und alternativer Behandlungsmethoden. Zusätzlich erfolgte eine webbasierte Analyse des Informationsangebots der onkologischen Abteilungen der österreichischen Universitätskliniken und es wurde ein Konzept für eine empirische Erhebung entwickelt.

Ergebnisse

Ein großer Anteil von Krebspatienten möchte, neben den ärztlicherseits empfohlenen, wissenschaftlich fundierten Therapien, „selbst etwas tun“ und einen aktiven Beitrag zur Unterstützung des Therapieerfolges leisten. Auf der Suche nach weiteren Behandlungsmöglichkeiten wenden viele onkologische Patienten komplementäre und alternative Behandlungsmethoden an. Oft geschieht dies in Form einer Selbstbehandlung, wobei etwaige Risiken, wie Wechselwirkungen mit der onkologischen Standardtherapie, nicht ausschließbar sind. Damit Krebserkrankte komplementäre und alternative Behandlungsmethoden hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit adäquat beurteilen können, wären verbesserte und zuverlässige Informationen, begleitet von einer qualitativ hochwertigen Beratung, wesentliche Grundvoraussetzungen.

Schlussfolgerung

Patientenzentrierte verständliche und korrekte Information und eine qualitativ hochwertige Patientenkommunikation zu komplementären und alternativen Behandlungsmethoden sind in der onkologischen Versorgung maßgebliche Voraussetzungen für eine gemeinsame partizipative Entscheidungsfindung.

Abstract

Background

The increase in life expectancy leads to an increase in cancer incidence and prevalence. Nowadays oncological therapies are evidence based. However most of oncological patients also adopt complementary and alternative treatments often without knowledge of the healthcare team. The aim of this work is to focus on the information needs of and the existing information for oncological patients in regard to complementary and alternative treatment options.

Methodology

A literature search was carried out to get a better insight into the written and verbal information of tumor patients about the risks and benefits of complementary and alternative treatment options. Furthermore, an analysis of web-based information has been conducted and a concept for an empirical survey has been developed.

Results

A great proportion of cancer patients want to "do something for themselves" beside the recommended, scientifically sound oncological therapies, and such make an active contribution to their healing process. Therefore many oncological patients are applying complementary and alternative treatments. Often as self-treatment, whereby any risks, such as interactions with standard oncological therapies, cannot be ruled out. To enable cancer patients to adequately assess complementary and alternative treatments in regard to efficacy and safety, improved and reliable information, accompanied by an informative advice, would be essential.

Discussion

A patient-oriented approach by providing understandable and correct information about complementary and alternative treatment options is a crucial prerequisites in oncology. The healthcare system should support patients to ensure a participative decision-making process.

Eidesstaatliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Mödling, am 05.12.2018

Dr. Petra Meidlinger MSc

Danksagung

Ich bedanke mich sehr herzlich bei allen, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben, insbesondere bei Dr. Martin Sprenger MPH und Dr. Brigitte Piso MPH. Weiters gilt ein besonderer Dank Mag. Maria Sendlhofer MPH und meiner Familie.

Mödling, am 05.12.2018

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	I
Abstract	II
Eidesstaatliche Erklärung	III
Danksagung	IV
Inhaltsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
Vorwort	IX
1 Einleitung	1
1.1 Problemdarstellung	1
1.2 Zielsetzung	2
1.3 Forschungsfragen/Aufbau der Arbeit	2
2 Methodik	3
3 Komplementärmedizin	4
3.1 Begriffe	4
3.1.1 Alternativmedizin	4
3.1.2 Komplementärmedizin	5
3.1.3 Traditionelle Medizin	6
3.1.4 Schulmedizin	6
3.1.5 Evidenzbasierte Medizin	8
3.2 Historischer Abriss	9
3.3 Komplementärmedizinische Strategie	14
3.4 Einteilung komplementärer Verfahren	16
3.5 Modelle unkonventioneller Methoden	17

3.5.1 Traditionelle Europäische Naturheilkunde/Medizin	17
3.5.2 Traditionelle Chinesische Medizin	18
3.5.3 Traditionelle Indische Medizin	20
3.5.4 Homöopathie	22
3.5.5 Anthroposophische Medizin	23
3.5.6 Weitere komplementärmedizinische Techniken	25
4 Onkologie	27
4.1 Epidemiologie	27
4.2 Behandlungsformen	28
4.3 Anmerkung zu onkologischer Therapie	29
4.4 Komplementäre Behandlung	29
4.5 Komplementärmedizin in Österreich	32
5 Maßnahmen zum Treffen fundierter Entscheidungen	34
5.1 Gesundheitskompetenz	34
5.2 Information	37
5.3 Kommunikation	41
5.4 Partizipative Entscheidungsfindung	45
6 Informationsgebung zu Komplementärmedizin	49
6.1 Internetseiten onkologischer Versorgungskliniken	49
6.2 Konzept für eine empirische Befragung	52
7 Diskussion	56
8 Literaturverzeichnis	59

Abkürzungsverzeichnis

ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität
AGO	Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BÄK	Bundesärztekammer
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
CAM	Complementary and Alternative Medicine
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
Dkfz.	Deutsches Krebsforschungszentrum Krebsinformationszentrum
DNEbM	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
EbM	Evidenzbasierte Medizin
etc.	et cetera
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IKI	Institut für Komplementäre und Integrative Medizin
IOM	Institute of Medicine
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KOKON	Kompetenznetz Komplementärmedizin
LBIHPR	Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research
LKH-Univ. Klinikum	Landeskrankenhaus Universitätsklinikum
MedUni	Medizinische Universität
MUW	Medizinische Universität Wien

NCCIH	National Center for Complementary and Integrative Health
NHS	National Health Service
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖEGGG	Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
ÖGbK	Österreichische Gesellschaft für begleitende Krebstherapie
ÖPGK	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
TEM	Traditionelle Europäische Medizin
TIM	Traditionelle Indische Medizin
USA	United States of America
WHO	World Health Organization
Win On	Working Conditions in Oncology
z.B.	zum Beispiel
zit.	zitiert

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prognose der Krebsprävalenz

Abbildung 2: Rationales Konzept von Gesundheitskompetenz

Abbildung 3: Komponenten evidenzbasierter Information

Abbildung 4: Vier zentrale Aspekte von Gesprächsqualität

Tabelle 1: Internetseiten onkologischer Universitätskliniken in Bezug auf Information zu Komplementärmedizin

Vorwort

Aufgrund der leichteren Lesbarkeit wird von einer Genderung Abstand genommen und alle Zusammenhänge beziehen sich daher gleichermaßen auf beide Geschlechter.

Die in dieser Arbeit verwendeten Abbildungen dienen der Verdeutlichung des Textes sowie ausschließlich zu wissenschaftlichem Zweck.

In der vorliegenden Arbeit erfolgt bezüglich alternativer und komplementärer Heilverfahren die vorwiegende Nutzung des in Österreich bevorzugten Begriffes „Komplementärmedizin“.

„Es macht überhaupt keinen Sinn, sich solchen Wünschen der Patienten in den Weg zu stellen. Damit riskiert man nur, dass sie sich von der Schulmedizin verabschieden und in den alternativmedizinischen Sog gezogen werden.“

(Dr. Bartsch zit. in Der Standard 2018)

1 Einleitung

Demographischer Wandel und medizinischer Fortschritt bedingen eine zunehmende Veränderung des Krankheitsspektrums mit Verschiebung von akuten hin zu chronischen Erkrankungen inklusive onkologischer Krankheiten. Dies ergibt sowohl für Akteure in der Gesundheitsversorgung als auch für Patienten vielfältige Herausforderungen (Schaeffer/Haslbeck 2016, S. 244; Statistik Austria 2018g, S. 6). In Österreich wurde mit einem Maßnahmenbedarf reagiert und im Gesundheitswesen ein Reformprozess mit handlungsleitenden Zielen veranlasst. Um chronisch Erkrankte zum selbstbestimmten Handeln und Treffen gesundheitsrelevanter Entscheidungen zu befähigen, wurde im Rahmengesundheitsziel 3 die Steigerung der Gesundheitskompetenz als wesentliche Aktion definiert. Dabei soll in Form von Bereitstellung qualitätsgesicherter, angemessener Informationen und Gestaltung zielgruppenorientierter Kommunikation zukünftig Patientenkompetenz gefördert und eine patientenzentrierte Versorgung gewährleistet werden (BMG 2013, S. 16; Dietscher/Lorenc/Pelikan 2015, S. 7; Kickbusch et al. 2016, S. 13).

1.1 Problemdarstellung

Über ein ausreichendes Gesundheitswissen zu verfügen, spielt vor allem für onkologische Patienten eine bedeutsame Rolle. Sie sind im Rahmen der Diagnostik häufig überfordert, vielen Unsicherheiten ausgesetzt und benötigen umfangreiche Erklärungen, um die Erkrankungssituation und therapeutischen Methoden zu erfassen und aktiv am Behandlungsgeschehen teilnehmen zu können (Irmey/Weis 2006, S. 12; Dobos/Kümmel 2011, S. 52; Koay/Schofield/Jefford 2012, S. 19). Allerdings zeigt sich, dass Krebspatienten oft nicht zufriedenstellend informiert werden und zahlreiche Informationswünsche sowie Kommunikationsbedürfnisse unerfüllt bleiben (Doak et al. 1998, S. 157; Sparks/Nussbaum 2008, S.

345–346; Hahn et al. 2010, S. 24; Ellegaard et al. 2017, S. 317; Fletcher et al. 2017, S. 390–391; Loeb et al. 2018, S. 242–243). Da viele Krebserkrankte eine Nutzung von Komplementärmedizin in Erwägung ziehen, sind zudem Aufklärungen zu komplementären Therapiestrategien entweder fehlend oder lediglich mangelhaft vorhanden (Krukemeyer 2014, S. 72; Akpunar/Bebis/Yavan 2015, S. 7850; Hegyi et al. 2015, S. 321; Smith et al. 2016, S. 271; Park et al. 2018, S. 4). So gebrauchen Tumorpatienten nicht selten komplementäre Behandlungsansätze in einer Art „Eigenbehandlung“, wobei Wirksamkeit und Sicherheit dieser Verfahren mitunter unerforscht und etwaige, damit verbundene Risiken für Betroffene nicht vorhersehbar sind (Penson et al. 2001, S. 469; Verhoef et al. 2008, S. S104; McLay et al. 2012, S. 814; Stub et al. 2018, S. 7).

1.2 Zielsetzung

Diese Arbeit setzt sich zum Ziel, auf den patientenseitigen Bedarf nach Information und Kommunikation zu komplementärmedizinischen Therapieoptionen im onkologischen Versorgungssystem hinzuweisen. Da in Österreich - aufgrund leistungsrechtlicher Abgeltung - der komplementäre vom wissenschaftlich fundierten Medizinbereich abgegrenzt wird, sind Krebskranke bezüglich Wahl einer zusätzlichen Therapieoption überwiegend auf sich gestellt. So sollen Handlungsfelder aufgezeigt werden, damit Krebspatienten, die einen Einschluss von Komplementärmedizin wünschen, eine bedürfnisgerechte Versorgung geboten wird.

1.3 Forschungsfragen/Aufbau der Arbeit

Die der Arbeit zugrundeliegenden Forschungsfragen lauten:

- Welche Bedeutung haben komplementärmedizinische Methoden in der Onkologie?
- Welche Informationen zu komplementärmedizinischen Verfahren werden für onkologische Patienten an den medizinischen Universitäten Österreichs zur Verfügung gestellt?

Um die Fragestellungen zu beantworten wird ein theoretischer Ansatz gewählt. Kapitel 3 widmet sich dem komplementärmedizinischen Themengebiet und stellt zusammenhängende Begriffe gegenüber. Für das Verständnis komplementärer

Strategien wird ein Überblick über deren Entstehung und zugrundeliegenden Modelle gegeben sowie einzelne komplementärmedizinische Methoden dargestellt. Kapitel 4 befasst sich mit der Epidemiologie von onkologischen Erkrankungen und dem Feld der komplementären Onkologie und beschreibt optionale Behandlungsformen. Kapitel 5 erläutert die Relevanz von gesundheitskompetenten Fähigkeiten bei onkologischen Patienten, umfasst konkrete Maßnahmen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz und erörtert diese im Hinblick auf Krebserkrankte. Kapitel 6 liefert eine Einschätzung des versorgungstechnischen Umganges hinsichtlich Information zu Komplementärmedizin. Ferner wird ein Interviewleitfaden konzipiert, der zur Befragung onkologischer Experten anregen soll. In einem abschließenden Überblick werden in Kapitel 7 die Ergebnisse dieser Arbeit zusammengefasst.

2 Methodik

Die Literaturrecherche erfolgte unter Nutzung einer selektiven Handsuche in der Datenbank PubMed sowie in den Suchmaschinen Google und Google Scholar. Als Suchbegriffe wurden Cancer, Complementary and Alternative Medicine, Health Literacy, Information, Communication und Shared decision-making in unterschiedlichen Kombinationen eingegeben. Ergänzt wurde die Literatur durch relevante Fachbücher. Der Erscheinungszeitraum verwendeter Publikationen wurde nicht eingegrenzt. Von der Recherche ausgeschlossen waren Literaturstellen, die sich auf Kinderonkologie bezogen. Obwohl mittlerweile viele Studien zu diesem Themenfeld existieren, erhob der Theorieteil keinen Anspruch auf Vollständigkeit (Selection bias). Einbezogene Arbeiten sollten jedoch einen wesentlichen Einblick wie auch Anhaltspunkt zu diesem thematischen Gebiet geben.

Zur Eruierung der Informationsgestaltung in Bezug auf Komplementärmedizin wurden Internetseiten von onkologischen Versorgungseinrichtungen österreichischer Universitätskliniken durchgesehen. Hierfür wurden auf Basis definierter Kriterien Daten herausgefiltert und Ergebnisse tabellarisch dargestellt. Aufbauend auf diesen Ergebnissen wurde ein Entwurf für einen Interviewleitfaden erstellt, der als Anleitung zur Befragung fachspezifischer Experten dienen soll.

3 Komplementärmedizin

3.1 Begriffe

3.1.1 Alternativmedizin

Die Bezeichnung Alternativmedizin ist noch nicht lange Zeit in Verwendung und wird beginnend mit den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts gebräuchlich (Melzer/Saller 2005, S. 32). Dieser Terminus repräsentiert einen strittigen und ungenauen Sammelbegriff für mannigfaltige diagnostische und therapeutische Methoden, die außerhalb und somit anstelle der etablierten Medizin angewendet werden (Pschyrembel 2011, S. 16). Für die Umschreibung dieses Themenfeldes sind vielzählige Begriffe in Verwendung wie zum Beispiel

- Außenseitermedizin
- Paramedizin
- Scharlatanerie
- Quacksalberei
- Erfahrungsheilkunde
- Ganzheitsmedizin
- Sanfte Medizin
- Nicht anerkannte Behandlungsmethoden
- Complementary and Alternative Medicine
- Komplementärmedizin
- Naturheilverfahren
- Biologische Medizin
- Traditionelle Medizin
- Volksmedizin

(Marstedt/Moebus 2002, S. 5).

Neben der Benennungsvielfalt konnte bisher auch keine vollständig eindeutige, beziehungsweise einheitliche Definition gefunden werden (Horneber 2013, S. 20; Michalsen 2014c, S.65). Dies beruht einerseits auf historischen Entwicklungen, andererseits aber auch auf differenten länderspezifischen Traditionen (Pittler 2001, S. 464). Im angloamerikanischen Raum setzte sich der Oberbegriff Comple-

mentary and Alternative Medicine (CAM) durch, wogegen in Österreich bevorzugt die Bezeichnung Komplementärmedizin genutzt wird (Eisenberg 2001, S. 448; BMASGK 2018b).

3.1.2 Komplementärmedizin

In den 1980er Jahren wurde im Rahmen der internationalen Diskussion hinsichtlich nichtkonventioneller Behandlungsverfahren der Ausdruck Komplementärmedizin gebildet und ab 1990 im deutschsprachigen Raum verwendet (Stange 2010, S. 36). Unter diesem Begriff wird eine inhomogene Gruppe von Therapiekonzepten und Methoden subsummiert, deren gemeinsames Merkmal ist, dass sie zumeist nicht in die medizinische Standardbehandlung eingegliedert sind und als zusätzliche Maßnahmen eingesetzt werden (Lackner 2004, S. 22; CAM-Cancer 2016). Der Terminus selbst lässt sich von dem aus der Physik stammenden Begriff Komplementarität ableiten und kann als „Ergänzung in der Gegensätzlichkeit“ im Sinne von „sowohl als auch“ verstanden werden (Bühning 1999, S. 126; Linde/Melchart/Jonas 1994, S. 3; Reiter 2009, S. 5). Definitionsgemäß dienen die - durch Theorien und Erfahrungen untermauerten - komplementärmedizinischen Techniken in ihrem Wissen und Ausübungsmodus zur Unterstützung medizinischer Behandlungen sowie zur Verbesserung von krankheitsbedingten Zuständen (Falkenberg et al. 2012, S. 7). Sofern komplementäre und konventionelle Medizinsysteme koordiniert und in vereinter Weise angewendet werden, wird auch der Ausdruck „Integrative Medizin“ oder in Bezug auf onkologische Erkrankungen „Integrative Onkologie“ verwendet (Witt et al. 2017a, S. 7; NCCIH 2018a).

Beanstandet wird die Komplementärmedizin vor allem darin, dass für deren Praxis- und Therapieansätze oftmals der wissenschaftliche Nachweis einer Wirksamkeit fehlt oder nur unzureichend geprüfte Daten aus wissenschaftlichen Untersuchungen einschließlich klinischer Prüfungen vorliegen (Unger/Pfeifer 2006, S. 173). Ferner wird bemängelt, dass Komplementärverfahren bisweilen ausschließlich auf Erfahrungen beziehungsweise unsachlichen, subjektiven Bewertungen von Behandlern und Patienten beruhen sowie auf naturwissenschaftlich schwierig nachweisbaren Konstrukten basieren (Hoefert 2011, S. 218; BMG 2012, S. 2). Somit werden jenen Methoden mit fraglicher Wirkung und mangelnder rationaler Erklärung stellenweise sogenannte Placebo-Effekte im Sinne einer Wahrneh-

mungstäuschung zugeschrieben (Dold 2005, S. 58). Komplementären Handlungen, die sich an überlieferte oder suspekte Annahmen stützen, wird aber auch eine Pseudowissenschaftlichkeit vorgehalten, da nicht nur seriöse Prüfungen fehlen, sondern diese häufig einer wissenschaftsbasierten Kritik nicht zugänglich sind (Windeler 1993, S. 92; Hoefert/Uehleke 2009, S. 13; Jeserich 2010, S. 213).

3.1.3 Traditionelle Medizin

Die Bezeichnung Traditionelle Medizin umfasst verschiedenartige, in unterschiedlichen Ländern übliche Medizinpraktiken, wie beispielsweise Traditionelle Europäische Medizin (TEM), Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) und Traditionelle Indische Medizin (TIM) (Noseck 2007, S. 10). Bei diesen traditionellen Systemen handelt es sich vorwiegend um mündlich oder schriftlich gesammelte medizinische Erkenntnisse beziehungsweise überlieferte Heilweisen, die in bestimmten Kulturen praktiziert werden. Da in manchen Ländern die traditionelle Medizin eine wesentliche und fallweise nur alleinige medizinische Versorgungsform für die Bevölkerung darstellt, setzt sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen definierter Strategien für deren Erhalt ein. Laut WHO sollen durch Anwendung traditioneller Verfahren, die neben Pflanzen, Mineralien und tierischen Arzneiprodukten auch spirituelle oder manuelle Methoden beinhalten, Gesundheit gefördert und Krankheiten verhindert werden (Hoefert/Uehleke 2009, S. 17; WHO 2013, S. 15).

3.1.4 Schulmedizin

Unter Schulmedizin wird eine an Medizinischen Hochschulen, Fakultäten beziehungsweise Universitäten nach wissenschaftlichen Grundsätzen erforschte und gelehrte Medizin verstanden, welche in der jeweiligen vorherrschenden medikalen Kultur anerkannt ist (Willich et al. 2004, S. A1316; Staber 2010, S. 230). Geprägt wurde diese Bezeichnung im 19. Jahrhundert vermutlich von dem homöopathischen Arzt Franz Fischer und wurde ursprünglich als Kampfbegriff gegen die wissenschaftliche Medizin eingesetzt (Rothschuh 1983, S.101; Lucae 1998, S. 22). Vor allem im Nationalsozialismus erlebte der Ausdruck Schulmedizin eine Art Konjunktur, wurde aber nach 1945, bedingt durch die ideologisch stark vorbelastete Benennung, zunehmend durch andere Termini, wie beispielsweise „Universitäts-

medizin“ oder „wissenschaftlich fundierte Medizin“, ersetzt (Jütte 1996, S. 36; Schott 1996, S.32; Eckart/Jütte 2014, S. 376). Der heute noch, vor allem umgangssprachlich verwendete Begriff impliziert jedenfalls eine wissenschaftlich belegte Medizin, wodurch eine Abwendung von der - lange gebräuchlichen - deduktiv-logisch basierenden und autoritätshörigen eminenzbasierten Medizin gelang (Blöchl-Daum 2004, S. 48; Eckart 2017, S. 103).

Kennzeichnend für die moderne Medizin ist, dass das Instrument der Wissenschaft als Handlungswissenschaft eingesetzt und die daraus gewonnene empirische Expertise als Ausgangspunkt wie auch Begründung für die ärztliche Tätigkeit genutzt wird. Die Forschungsergebnisse dienen somit als Zweckmittel zur bestmöglichen Aufgabenerfüllung, wobei ein entsprechender Spielraum bleibt, damit die Medizin letztlich als Heilkunst fungieren kann (Kiene 1994, S. 141; Wiesing 2004, S. 23). Unter der Prämisse, dass die wissenschaftlichen Erhebungen möglichst nahe an der Wahrheit liegen, unterliegen medizinische Theorien einem stetigen Falsifizierungsprozess, indem geltende Lehren und Methoden - sofern sich diese als obsolet oder in ihrem Einsatz als unbrauchbar erweisen beziehungsweise nicht dem neuesten Wissensstand entsprechen - revidiert oder verworfen werden (Much 2013, S. 83).

Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die wissenschaftlichen Daten nur für die experimentellen Versuchsbedingungen aussagekräftig und für andersartige sowie komplexe Situationen oder für unkontrollierbare Gegebenheiten zuweilen unzureichend übertragbar sind. Ebenso ist das Leben beziehungsweise das Lebendige, welches einen Menschen ausmacht, weder naturwissenschaftlich zufriedenstellend festlegbar noch reproduzierbar und kann nur in der jeweiligen Individualität durch ein „offenes System“ erfasst werden. Obwohl durch das Vorherrschen eines methodischen Ansatzes bezüglich therapeutischer Möglichkeiten große Erfolge aufzuweisen sind, wird die heutige Medizin in ihrer mechanistischen Vorstellung von Funktion und Dysfunktion des menschlichen Organismus kritisiert (Marktl 2004, S. 17; Albonico zit. in Bouhafis 2011, S. 37). Ferner wird der jetzig angewandten Medizin eine Entmenschlichung beziehungsweise Entseelung vorgeworfen, einerseits wegen zunehmender Technisierung, Spezialisierung und Dominanz von wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie andererseits aufgrund von Ökonomisierung (Bock 1993, S. 31; Jütte 1996, S. 43; Jeserich 2010, S. 203). Da

bei Erfassen von Krankheitszuständen eine oft nur rein reduktionistische, körperorientierte Vorgehensweise erfolgt, bleiben viele Aspekte des menschlichen Lebens unberücksichtigt (Frank 2015, S. 12). So ist in einer naturwissenschaftlich geprägten Medizin vor allem eine Orientierung an Objektivität und Befunden anstelle Subjektivität und Befinden und eine Verallgemeinerung statt Individualität vorherrschend (Kratky 2003, S. 23).

3.1.5 Evidenzbasierte Medizin

Der seit den 1990er Jahren verwendete Terminus Evidenzbasierte Medizin (EbM) stammt von der nordamerikanisch entwickelten Bezeichnung Evidence-based medicine (Guyatt et al. 1992, S. 2420; Raspe 2007, S. 22). Während sich der deutsche Begriff Evidenz vom lateinischen Wort Evidentia (Augenscheinlichkeit) ableitet und „völlige Klarheit ohne Bedarf an Hinterfragung“ meint, bedeutet Evidence im Englischen „Beweis, Aussage, Beleg“ und stützt sich dabei auf - aus Studien und klinischen Erfahrungen gewonnene - Informationen, die in Bezug auf einen Sachverhalt entweder für richtig erklärt oder widerlegt werden können. EbM, bezeichnet auch als „beweigestützte Medizin“, definiert sich somit als der *„gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“* (DNEbM 2011).

Für die praktische Umsetzung von EbM bedeutet dies, dass evidenzbasierte Medizin einerseits auf der Grundlage der gegenwärtig bestverfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnis (externe Evidenz) und der Integration von klinisch individueller Erfahrungsexpertise (interne Evidenz) beruht. Andererseits sind im Kontext medizinischer Vorgänge aber auch das Einbeziehen jeweiliger Patientenpräferenzen sowie das Berücksichtigen situativer Umstände wesentliche Erfordernisse, um für Betroffene nicht nur eine individualisierte Betreuung zu bieten, sondern daraus folgend deren Lebenszeit wie auch Lebensqualität zu verlängern beziehungsweise zu verbessern (Sackett 1996, S. 72; Perleth/Jakubowski/Busse 2000, S. 742).

Die Ausübung von EbM erfolgt dabei in einem mehrstufigen Verfahren:

- Formulierung einer Fragestellung zu einem klinischen Fall, welche anhand wissenschaftlicher Untersuchungen beantwortet werden soll

- Systematische Literaturrecherche von relevanten Studien
- Kritische Evidenzbewertung der Daten hinsichtlich Gültigkeit und Brauchbarkeit
- Anwendung der gewonnenen Empirie auf die individuelle klinische Situation unter Berücksichtigung der klinischen Erfahrung und Patientenbedürfnisse
- Selbstkritische Bewertung eigener Handlungen mit Anpassungsoption bisheriger Vorgehensweisen

(Cochrane Deutschland 2018).

Vordergründig soll evidenzbasierte Medizin in Form einer empirischen Grundlage medizinische Entscheidungsprozesse unterstützen, dennoch ist dieses pragmatische Vorgehen mehrfacher Kritik ausgesetzt. Beispielsweise wird befürchtet, dass bei Anwendung von EbM eine „Kochbuchmedizin“ wie auch eine instrumentale Kontrolle mit Einschränkung ärztlicher Autonomie geschaffen wird (Becker/Kochen 2001, S. 298; Eichler et al. 2015, S. A2190; Eckart 2017, S. 326). Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Methodik klinischer Studien, deren Anforderung ohne Widerspiegelung des mehrheitlichen Patientenguts gestellt wird (von Wichert 2005, S. A1569). Aber auch eine gewinnorientierte Pharmakonzernsteuerung suggeriert, dass bezüglich EbM-Einsatzes lediglich wirtschaftliche Gründe im Vordergrund stehen (Raspe 2003, S. 690; Greenhalgh/Howick/Maskrey 2014, S. 1).

3.2 Historischer Abriss

Geschichtlich betrachtet waren die meisten heute als komplementär eingestuften Heilverfahren altbewährt und spielten in bestimmten Entwicklungsphasen der Medizin eine bedeutende Rolle. Um die etwaigen Ursprünge und Entstehungsmechanismen dieser Methoden zu ergründen, wird im Folgenden ein historischer Überblick gegeben.

Anfänglich war die Medizin weitgehend intuitiv und durch magisch-religiöse Erfahrungen geprägt, eine in unberührt lebenden Naturvölkern noch immer ausgeübte Medizinweise (Schweiger 2005, S. 6; Wintgen/Webersberger 2015, S. 6). Krankheiten wurden als eine Strafe der Götter beziehungsweise Naturgeister interpretiert und durch Schamanen sowie Priesterärzte in Form von rituellen Beschwö-

rungen und Zaubereien vertrieben (Unger 2007, S. 74). Diese Ansätze einer urtümlichen Medizin finden sich im unkonventionellen Bereich nach wie vor, wie beispielsweise als Geistheilung, Gesundbeten, Exorzismus oder als schamanische Medizin in Teilen Asiens (Auerbach et al. 2002, S. 74; Schweiger 2005, S. 8). Ferner wurde innerhalb der Bevölkerung bereits ein Erfahrungswissen zu Heilpflanzen, tierischen sowie mineralischen Heilmitteln gesammelt und durch mündliche Weitergabe bewahrt, wodurch sich Berührungspunkte zur heutigen Naturheilkunde erahnen lassen (Schweiger 2005, S. 7; Der Brockhaus 2008, S. 482). Die heiltherapeutische Anwendung von Pflanzen, gegenwärtig subsummiert unter der Bezeichnung Phytotherapie, ist somit seit Jahrtausenden bekannt und wird in den traditionellen Medizinsystemen in China oder Indien und in vielen komplementären Verfahren, wie zum Beispiel in der Anthroposophischen Medizin und Homöopathie, genutzt (Ullmann 2006, S. 27).

Während die Medizin der alten Hochkulturen, wie Sumerer, Ägypter, Babylonier, durch kognitive Inhalte und Naturbeobachtungen gekennzeichnet war, erweiterte sich das medizinische Handeln in der Antike durch bestimmende rationale Überlegungen. Nach der damaligen Auffassung wurde die Krankheitsentstehung durch äußere Störfaktoren (z.B. Umwelt, kosmische Einflüsse) beziehungsweise durch Beeinträchtigungen von inneren Gleichgewichten - hervorgerufen durch gestörte Verhältnisse von Körpersäften - ausgelöst (Porter 2007, S. 56; Unger 2007, S. 75). Dabei entwickelte sich auf dem Boden der griechischen Philosophie zunächst die Lehre von den vier Elementen Wasser, Erde, Luft und Feuer (Qualitätenpathologie) und anschließend die darauf aufbauende, von Hippokrates sowie Galen schriftlich festgehaltene Vier-Säfte-Lehre (Humoralpathologie). Bei dieser Krankheitslehre waren vier Kardinalsäfte (Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle), denen analoge Gemütszustände zugeordnet wurden, maßgebende Elemente, welche bei einem disharmonischen Mischungsverhältnis (Dyskrasie) ursächlich für alle Krankheitserscheinungen verantwortlich gemacht wurden (Melzer/Saller 2005, S. 26; Schweiger 2005, S. 27; Eckart 2017, S. 29). Zur Wiederherstellung eines eukratischen Zustandes waren therapeutische Maßnahmen wie Aderlass, Abführen, Erbrechen oder Schröpfen typische medizinische Verfahren. Aber auch die Diätetik, das heißt eine maßvolle Form hinsichtlich Lebensgestaltung, oder die zur Römerzeit eingesetzten Behandlungsmaßnahmen wie Bäder, Umschläge und

Massagen wurden als wichtige therapeutische Mittel erachtet (Schweiger 2005, S. 35; Eckart 2017, S. 29–30). Viele aus dieser Zeit stammende Handlungen werden zuweilen in der Komplementärmedizin aber auch in der heutigen Medizin genutzt. Beispielsweise werden in traditionellen Medizinsystemen die auf dem Konzept der Humoralpathologie beruhenden ausleitenden Methoden angewendet, die Bäderheilkunde im Rahmen von physikalischen Therapien benutzt, Aderlass bei bestimmten Blutkrankheiten eingesetzt, und Aspekte der Astromedizin im nichtkonventionell angesiedelten Bereich betrieben (Schweiger 2005, S. 54; Michalsen 2014a, S. 85).

In der Antike bildeten sich auch erstmals medizinische Lehrgebäude, wie beispielsweise die Medizinschule von Kos, mit scholastischer, richtunggebender Methodik, und die Humoralpathologie blieb bis in die frühe Neuzeit das leitgebende Medizinmodell (Schweiger 2005, S. 28; Ullmann 2006, S. 98; Eckart 2017, S. 33). Allerdings wurden in den verschiedenen Medizinschulen oft differierende medizinische Konzepte gelehrt und von Eklektikern, die von diesen Schulen das am besten Erscheinende auswählten, in kombinierter Weise angewandt. Auch in der modernen Medizin finden sich eklektische Ärzte, die durch den Erwerb von komplementären Zusatzausbildungen sowohl anerkannte als auch unkonventionelle Praktiken einsetzen, obwohl sich diese Verfahren bezüglich ihrer Ansätze mitunter gänzlich konträr gegenüberstehen (Schweiger 2005, S. 33).

Mit Untergang des römischen Reiches wurde die während der Antike vorherrschende, auf Vernunft beruhende Medizin zunächst durch eine irrationale magische Medizin ersetzt. Diese mit Dämonen und Geistern behaftete Medizin war mit einer Art Volksmedizin vermengt, welche zumeist von weisen Frauen praktiziert wurde. Als therapeutische Mittel gelangten diverse Heilkräuter, aber auch tierische und mineralische Bestandteile zum Einsatz. Abgelöst wurde diese als „Jahrtausend der Dunkelheit“ bezeichnete Epoche von der im frühen Mittelalter ausgeübten Mönchs- und Klostermedizin. Diese wurde zum Beispiel durch die Verschriftlichung einer eigenständigen Krankheitslehre durch Hildegard von Bingen oder durch die von Maria Treben niedergeschriebenen Heilkräuteranwendungen bekannt gemacht und verfügt bis heute in der Komplementärmedizin über eine große Anhängerschaft (Glowatzki 1990, S. 240; Schweiger 2005, S. 39–40). Während aus diversen Klöstern auch Medizinschulen entstanden, wie beispiels-

weise die Medizinschule von Salerno, wurden beginnend im 12. Jahrhundert durch Rückzug der kirchlichen Medizin die ersten Universitäten gegründet (z.B. Paris, Bologna, Montpellier). In Folge etablierte sich die Medizin zu einem Hochschulfach sowie zu einer zunehmend wissenschaftlich orientierten Disziplin (Schweiger 2005, S. 50; Eckart 2017, S. 56).

Mit Gründung medizinischer Universitäten und Institutionalisierung eines wissenschaftlichen Rationalismus formierte sich jedoch ein „Nährboden“ für ein Emporkommen nichtetablierter Methoden. Dabei entwickelten sich komplementäre Heilformen oftmals in Abgrenzung und teilweise kritischem Gegensatz zur vorherrschenden Medizin und wurden von dieser mehr oder weniger stark abgelehnt. Solche Kontroversen zwischen orthodoxer Medizin und Paramedizin existierten bereits im 13. Jahrhundert. Zum Beispiel postulierte der Predigermönch Nikolaus von Polen eine Abschaffung der Ärzteschaft sowie der ganzen Medizin. Als Wegbereiter eines naturheilkundlichen Ansatzes, deren Strömungen sich bis in die Neuzeit fortsetzten, forderte er einen Strukturwandel mit Ersatz des Arztes durch einen Heiler, Austausch der Medizin durch die Natur und Ablösung der rationalen Wissenschaft durch intuitive Erfahrung (Nagel/Tröhler 1990, S. 132; Jütte 1996, S. 13; Münstedt 2005, S.17). Eine weitere Auflehnung gegen die dogmatische, autoritär gelehrte Medizin ergab sich im 16. Jahrhundert durch Paracelsus, dem Erfinder einer auf Alchemie beruhenden Krankheitslehre, der Drei-Prinzipien-Lehre (Leven 2008, S. 45; Hilber 2015, S. 167). Durch Aufnahme und Modifizierung der antiken Signaturenlehre - die auf der Vorstellung beruht, dass Pflanzen bestimmte heilwirkende Eigenschaften besitzen - bevorzugte Paracelsus in der Natur vorkommende Heilmittel oder auch magnetische Impulse zur Behandlung von Krankheiten und lehnte damit die dominierenden Therapiearten, wie Aderlass oder Purgieren, ab. Sowohl die Signaturenlehre als auch die Magnetfeldtherapie sind bis in die heutige Zeit in der Komplementärmedizin eingesetzte Methoden (Lackner 2004, S. 24; Kullmer 2005b, S. 531; Schweiger 2005, S. 55; Eckart 2017, S. 58).

Im 18. und 19. Jahrhundert entwickelte sich durch Aufkommen der Naturwissenschaften (z.B. Physik, Chemie) ein Vorherrschen des induktiven Erkenntnisgewinns, welcher von Einzelergebnissen auf allgemeingültige Gesetzmäßigkeiten schlussfolgerte. Damit wurde eine experimentelle Medizin eingeleitet und es er-

folgte, ausgehend von Virchows Zellulärpathologie, eine Abkehr vom humoral-pathologischen Krankheitsverständnis zum zellulären Kausalitätsmodell. Dadurch kam es auch zum Bruch mit allen vorangegangenen Medizinmodellen, die immer den ganzen Menschen (holistisches Prinzip) als Betroffenen einer Krankheit in den Mittelpunkt stellten, währenddessen die Schulmedizin durch ihr statisches Krankheitsmodell und ihrem didaktischen Ansatz erprobte Aussagen ermittelt und diese auf alle Menschen überträgt (Dold 2005, S. 54; Eckart 2017, S. 103). In diesem Zeitabschnitt kam es aber aufgrund medizinischer Neuerungen, wie Etablierung einer wissenschaftlich beeinflussten Medizin, der Professionalisierung der Ärzteschaft und der staatlich regulierten Medikalisierung der Bevölkerung, zu einem erneuten Angriff auf die Medizin und daraus folgend zu einer Entwicklung von konträren Medizinsystemen mit unterschiedlichen Theoriekonzepten bezüglich Krankheit und Behandlungspraktiken. Ausgehend von der gebildeten Mittelschicht entstand wegen Misstrauen gegenüber Ärzten sowie verstärktem Bestreben nach Entscheidungsfreiheit hinsichtlich medizinischer Anliegen als Reaktion eine Naturheilbewegung und Propagierung nichtkonventioneller Therapieverfahren (Rothschuh 1983, S. 19; Uehleke/Kerckhoff 2014, S. 25). Das Aufblühen naturheilkundlicher Verfahren, wie zum Beispiel die unter Ärzten umstrittenen Wasserkuren, bildete sich vorerst als Gegenströmung zur herkömmlichen Medizin, und die heilsame Wirkung von Wasser wurde in späterer Folge zu Rehabilitationszwecken in der modernen Medizin eingesetzt (Jütte 1996, S. 120; Schweiger 2005, S. 119). Eine andersartige gegensätzliche Bewegung erfolgte durch Hahnemann, der die damaligen Ärzte als Allopathen diskreditierte. Die Bezeichnung Allopathie, ein aus dem Griechischen entnommener Begriff („allos“ anders sowie „páthos“ Krankheit) wurde hierbei für die Kontrahenten der Hahnemannschen Lehre verwendet. Durch Ablehnung des schulmedizinischen Heilsystems begründete Hahnemann als therapeutische Gegensatzmethode die Homöopathie, ein unter Medizinern bis dato umstrittenes, jedoch in der Komplementärmedizin häufig eingesetztes Verfahren (Jütte 1996, S. 25; Hahnemann 2006, S. 79; Hoefert/Uehleke 2009, S. 11). Anzumerken ist, dass sowohl die Naturheilkunde als auch die Homöopathie als Volksmedizin - versetzt mit den Schlagwörtern „Biologische Medizin“ oder „Neue Deutsche Heilkunde“ - während des Nationalsozialismus eine breite Unterstützung erhielt. Obwohl der Nationalsozialismus die vorherrschende Medizin als jüdisch-marxistisch und therapielastig

kritisierte, wurde eine Synthese von Schulmedizin und Naturheilkunde angestrebt, die allerdings auf therapeutischer Ebene nur vereinzelt gelang (Jütte 1996, S. 45; Melzer/Saller 2005, S. 31; Schweiger 2005, S. 120).

Als Folge der 1968er Bewegung kam es im Zuge gesellschaftspolitischer Proteste, wie zum Beispiel Studenten-, Jugendaufstände und Atomkraftablehnungen, zu einem abermaligen Aufbegehren gegen die konventionelle Medizin; auf Basis psychosozialer wie auch transzendent-religiöser Betrachtungsweisen bishin zu weltverbesserischen Denksystemen wurde nicht nur eine vermehrte Selbstbestimmung und Mitsprache bei Erkrankung und Behandlungsentscheidung gefordert, sondern es steigerte sich auch das Interesse an komplementären Heilsystemen und deren Therapiemethoden, eine Entwicklung, die bis zum jetzigen Zeitpunkt ihre Popularität erhalten hat (Jütte 1996, S. 15; Wolff 2010, S. 180; Eckart/Jütte 2014, S. 377).

Somit besteht in der Medizingeschichte ein bis heute herrschender Konflikt zwischen wissenschaftlicher Medizin und komplementärmedizinischen Therapiestrategien (Jütte 1996, S. 18). Eine standardmäßige Zusammenführung von anerkannter und komplementärer Medizin ist bislang nur stellenweise erfolgt. Allerdings lässt sich in den letzten Jahren eine zunehmende Tendenz zur diesbezüglichen Vereinigung und zu einem Vorhandensein von nutzbaren Angeboten sowie Einsatzoptionen komplementärer Therapiemethoden bei verschiedenen Krankheitsindikationen feststellen (Seely/Weeks/Young 2012, S. e438; Dobos 2014, S. 214–215; Huber 2014b, S. 243–244; Michalsen 2014b, S. 208–209; Rossi et al. 2015, S. 1799; IKI 2018).

3.3 Komplementärmedizinische Strategie

Obwohl die verschiedenartigen komplementärmedizinischen Therapieverfahren auf heterogenen Weltanschauungen und zum Teil komplexen Modellen basieren, ist diesen Behandlungsansätzen eine allumfassende Wahrnehmung des Patienten unter Einbeziehen seines Umfeldes, wie zum Beispiel psychosoziale Situation, Ressourcen, Konstitution und kulturelle Dimension, gemein (Harsieber 1993, S. 96; Unger 2007, S. 26; Michalsen/Huber 2014, S. 53). In der Sichtweise komplementärer Konzepte stellen Körper, Geist und Seele eine zusammenhängende Einheit dar und auf ein alleiniges Auffinden von Symptomen sowie

pathologischen Organbefunden oder ausschließliches Betrachten der Krankheit als isoliertes Phänomen wird verzichtet (Bouhafs 2011, S. 40). Demzufolge ist in den umfangreichen Behandlungskonzepten die jeweilige Gesamtsituation des Menschen ausschlaggebend und die Patienten werden, unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Wünsche, aktiv in das Behandlungskonzept eingebunden (Hoefert/Uehleke 2009, S. 12; Jeserich 2010, S. 206; Frank 2015, S. 2).

Basierend auf der Vorstellung, dass dem Leben eine bedeutsame Kraft zugrunde liegt, wird bei komplementärmedizinischen Methoden mittels Aktivierung eigener Heilkräfte - im Sinne des von Antonovsky begründeten salutogenetischen Ansatzes - ein Selbstheilungsprozess angeregt, gefördert und unterstützt (Antonovsky 1997, S. 201; Turnheim 2004, S. 45; Frank 2015, S. 2). Hierbei werden Patienten durch ihre Mitarbeit und bewusst übernommene Eigenverantwortlichkeit gestärkt, wodurch sich sowohl die Krankheitssituation als auch die Lebensqualität verbessern lassen (Noack 1997, S. 96; Vigelius-Rauch 2005, S. 144).

Da die wissenschaftliche, nach rationalen Gesichtspunkten ausgerichtete Medizin viele Aspekte, welche für Patienten hinsichtlich Umgang und Bewältigung von Erkrankungszuständen als wesentlich erachtet werden, nicht in Erwägung zieht, fühlen sich kranke Personen durch das in der Komplementärmedizin dominierende Ermitteln ihrer individuellen Beschaffenheit in einer bestärkenden Weise angesprochen (Jeserich 2010, S. 204). Dabei spielt für Patienten oft die Frage nach dem „Sinn“ der Erkrankung eine wichtige Rolle und Betroffene empfinden durch die besondere Zuwendung sowie das aufgebrachte Verständnis, indem zum Beispiel Spiritualität und Religiosität als wesentliche Anschauungswerte geschätzt werden, eine bessere Erfassung ihres Gesamtwesens und eine höhere Unterstützung für ihre Situation (Pfeifer 1990, S. 270; Büssing/Ostermann/Matthiessen 2005, S. 84; White et al. 2008, S. 7; Peteet/Balboni 2013, S. 284; Hoefert/Uehleke 2014, S. 90). Obwohl die fundierte Medizin mit ihrem zugrundeliegenden biopsychosozialen Krankheitsmodell ein Aufnehmen der individuellen Lage der Erkrankten als eine wesentliche Maßnahme erachtet, bleibt diese, beispielsweise aufgrund von Zeitmangel, oftmals auf ihr lediglich pathogenetisches und reparativ orientiertes Krankheitsmodell beschränkt (Engel 1970, S. 323; Kratky 2003, S. 29; Albonico zit. in Bouhafs 2011, S. 37).

3.4 Einteilung komplementärer Verfahren

Eine international akzeptierte Einteilung von komplementären Strategien ist bis zum heutigen Zeitpunkt nicht gelungen (Michalsen 2014c, S. 65). Dies ist bezüglich der Annahmen, welche Verfahren dem nichtkonventionellen Bereich zuzurechnen sind, einerseits auf länderspezifisch unterschiedliche Auffassungen und damit einhergehende differente kontinentale Eingliederungen zurückzuführen, aber auch aufgrund kultureller Konstellationen oder mangelnder Akzeptanz bestimmter Methoden verursacht (Hoefert/Uehleke 2009, S. 8; Dobos 2013, S. 4). Erschwerend kommt das Phänomen eines permanent wachsenden und nahezu unüberschaubar werdenden Angebotes an komplementärmedizinischen Methoden hinzu; unter anderem werden Zahlen von über 400 unterschiedlichen Heilweisen genannt, sodass eine systematische Ordnung dieses Feldes ein problematisches Unterfangen bleibt (Jütte 2010, S. 28; Thanner 2010, S. 188).

Eine in den USA vorgeschlagene Klassifizierung komplementärer Gesundheitskonzepte unterscheidet zwischen den folgenden Untergruppen:

- Natürliche Produkte: Kräuter, Vitamine, Mineralstoffe, Probiotika
- Körper-/Geistpraktiken: Chiropraktik, Osteopathie, Entspannungsverfahren (Yoga, Meditation, Hypnose, Progressive Muskelrelaxation), Qigong, Tai Chi, Akupunktur, Pilates, Alexander-Technik, Feldenkrais-Methode, Atemtherapie

Abgegrenzt werden diese Methoden von den traditionellen Verfahren, wie Ayurveda und TCM, sowie von Homöopathie und Naturheilkunde, da sich diese Strategien nicht exakt einer von den beiden Gruppen zuordnen lassen (NCCIH 2018b). In Österreich wird die Komplementärmedizin je nach methodischen Ansätzen in

- Mind-/Body-Techniken (z.B. Entspannungstechniken, Meditation)
- Manuelle Verfahren (z.B. Massage, Shiatsu, Therapeutic-Touch)
- Bewegungskonzepte (z.B. Feldenkrais-Methode)
- Energetische Strategien (z.B. Bioresonanz)
- Phytotherapie und
- Naturheilkunde

unterteilt und die Medizinsysteme Anthroposophische Medizin, Homöopathie, TCM und TEM als weitere Beispiele aufgezählt (BMASGK 2018a).

Bedingt durch die vielzähligen und teilweise sehr inhomogen konzipierten Heilformen wird demnach eine zweckmäßige Einordnung allein nach dem ausschlaggebenden Kriterium des Patientennutzens befürwortet (Klemperer 2015, S. 87). Diesbezüglich wurde auch eine Themenliste von komplementärmedizinischen Praktiken erstellt, um die Erforschung des Anwendungsbereiches dieser Verfahren in unterstützender Weise zu ermöglichen (Wieland/Manheimer/Berman 2011, S. 50).

3.5 Modelle unkonventioneller Methoden

3.5.1 Traditionelle Europäische Naturheilkunde/Medizin

Die Bezeichnung Traditionelle Europäische Naturheilkunde wurde in den 1990er Jahren ursprünglich von Heilpraktikern geschaffen, während mittlerweile der Terminus Traditionelle Europäische Medizin als geeigneter erachtet wird. Unter diesem Begriff werden Verfahren der Naturheilkunde zusammengefasst, wobei die historischen Wurzeln dieser traditionellen Medizin im europäischen Raum liegen (Raimann et al. 2013, S. 28; Uehleke 2013, S. 201).

Zugrunde liegt der TEM eine antike Naturphilosophie und vitalistische Sichtweise, die jeder Lebenserscheinung eine Einmaligkeit zuschreibt (Dold 2005, S. 56; Mayer 2015, S. 13). Hierbei bildet der Mensch, welcher als Mikrokosmos sämtliche in der Natur vorkommende Elemente beinhaltet, einen integralen Bestandteil beziehungsweise ein Produkt des Makrokosmos und wird demzufolge als untrennbarer Teil der Gesamtnatur betrachtet. Repräsentiert werden die natürlichen Elemente Luft, Wasser, Feuer und Erde im menschlichen Körper durch vier humorale Kardinalsäfte, welche durch bestimmende Qualitäten - wie warm/kalt sowie feucht/trocken - spezifischen Wirkprinzipien unterliegen (Raimann et al. 2013, S. 60).

Bezüglich Theoriekonzeptes finden gemäß naturheilkundlicher Vorstellungen im menschlichen Organismus korrektive, instinktiv geleitete Abläufe statt, die für einen homöostatischen Zustand, das heißt einen selbstregulierenden Gleichge-

wichtszustand und somit für eine Erhaltung der Gesundheit sorgen (Frank 2015, S. 14). Dadurch sind Individuen im Krankheitsfall zu eigenständigen Regulationsmechanismen im Sinne von Selbstheilungsprozessen befähigt, welche durch den Einsatz natürlicher Kräfte beziehungsweise mittels Anwendung von der Natur nachempfundenen Reizen - in Form von stimulierenden Reiz-Reaktionstherapien - in heilstärkender Weise unterstützt werden (Beer/Adler 2012, S. 19; Schmiedel/Augustin 2012, S. 4).

Ausgehend von der auf fünf Säulen beruhenden Gesundheitslehre nach Kneipp wird die als Naturinstinktlehre, Naturdiätetik beziehungsweise Naturheilverfahren zusammengefasste Lehre der Naturheilkunde in die folgenden, von Gleich klassifizierten Therapiemethoden, eingeteilt:

- Hydrotherapie: Nutzung von Wasser in unterschiedlichen Temperaturen und Formen (Bäder, Wickel, Kompressen)
- Bewegungstherapie: Aktive und passive Bewegungsmaßnahmen, Massagen, Manuelle Medizin
- Ernährungstherapie: Naturbelassene, gesunde und ausgewogene Ernährung
- Phytotherapie: Heilende, zur inneren und äußeren Anwendung aufbereitete, Arzneipflanzen
- Ordnungstherapie: Verhaltenstherapeutische Handlungsweisen für eine geordnete Lebensgestaltung und eine gesundheitsfördernde Lebensführung

Diese als klassische Naturheilverfahren bezeichneten Strategien werden durch die erweiterten Naturheilverfahren, wie zum Beispiel ausleitende Methoden (Aderlass, Blutegeltherapie, Schröpfen etc.), Neuraltherapie, Elektro-/Ultraschalltherapie, Akupunktur, komplettiert (Jütte 1996, S. 31; Beer/Adler 2012, S. 17–18; Volger/Brinkhaus 2017, S. 5).

3.5.2 Traditionelle Chinesische Medizin

Die Traditionelle Chinesische Medizin ist entwicklungsgeschichtlich ungefähr so alt wie die antike Humoralpathologie, entspricht aber in ihrer jetzigen Form nur mehr ansatzweise dem ursprünglichen Medizinsystem (Kratky 2003, S. 114; Hoefert/Uehleke 2009, S. 17). Mit Einzug der westlichen Medizin in China wurden tradi-

tionelle Heilweisen immer mehr in den Hintergrund gedrängt, was zu heftigem Widerstand in der Bevölkerung führte. Ausgehend von Maos Gesundheitspolitik und der Initiierung des pragmatischen Programmes „Lasst Hundert Blumen blühen“ in den 1950er Jahren wurden die ursprünglichen Heilmethoden jedoch wiederbelebt, um letztlich der gesamten, vor allem ländlichen Bevölkerung eine medizinische Versorgung mit sowohl tradierten als auch westlichen medizinischen Angeboten zur Verfügung zu stellen (Ullmann 2006, S. 50; Greten 2010, S. 96).

Die TCM basiert unter anderem auf dem naturphilosophischen Gedankengebäude des Daoismus mit den gegensätzlichen, sich ergänzenden Polen Yin und Yang. Symbolisiert wird Yin zum Beispiel durch Erde, Bergschattenseite, Mond, Wasser, Ruhe beziehungsweise Yang durch Himmel, Bergsonnenseite, Sonne, Feuer, Bewegung. In einem aufeinander abgestimmten Zusammenspiel zwischen Yin und Yang entspringt das Lebendige, welches vom Energiefluss Qi beeinflusst wird (Frank 2015, S. 60; Focks 2018, S. 35–36). Das Dao, das Prinzip des Seins, wird durch die Lebensenergie Qi als materielle sowie spirituelle Basis des menschlichen Lebens hervorgebracht und Qi wiederum, als die Lebenskraft der Natur und fließend auf bestimmten stimulierbaren Leitbahnen, den Meridianen, durch das Wechselspiel von Yin und Yang verursacht. Je nachdem, ob ein Gleichgewicht oder Ungleichgewicht zwischen diesen Polen und regelrechtes oder gestörtes fließendes Qi vorherrschend sind, wird entweder ein harmonischer oder disharmonischer Fluss aller Lebensvorgänge beziehungsweise ein Zustand von Gesundheit oder Krankheit hervorgerufen (Frank 2015, S. 77).

Weitere Merkmale dieses Medizinsystems sind fünf Grundelemente (Holz, Feuer, Erde, Metall, Wasser) mit zugeschriebenen Yin- und Yang-Eigenschaften, welche alle bestehenden Erscheinungen der Welt repräsentieren und für die Lebendigkeit des menschlichen Organismus verantwortlich sind. Durch verschiedenartige Zusammensetzung sowie dynamisch wechselwirkende Muster dieser Elemente, bezeichnet auch als die fünf Wandlungsphasen, ergibt sich durch Zuordnung zu bestimmten Organen ein charakteristisches Ordnungssystem (Bachmann 2012, S. 306; Völkel 2012, S. 36; Frank 2015, S. 61; Imich 2017, S. 300). Innerhalb dieser, zwischen den Elementen fungierender, Funktionskreisläufe stehen alle Organe und Beschwerden miteinander in Verbindung, sodass bei verschiedenartig ausgeprägten Gesundheitseinschränkungen eine Krankheitsursache festgemacht und

diese, anstelle einer symptomlastigen Vorgangsweise, individuell behandelt wird (Bouhafs 2011, S. 72).

Die vielgestaltigen diagnostischen und therapeutischen Verfahren zielen durch eine vollständige Betrachtungsweise des Menschen, indem Körper, Geist und Seele als eine Einheit aufgefasst werden, auf eine Wiederherstellung von ausgeglichenen Gleichgewichten und auf ein Zurückführen zu einem naturbezogenen Einklang (Frank 2015, S. 77). Geläufige Techniken, die eingesetzt werden, sind:

- Akupunktur (Setzen von Nadeln an bestimmten Stellen zur Beeinflussung des Qi)
- Moxibustion (Variante der Akupunktur durch Erwärmen von Akupunkturpunkten)
- Akupressur (Massagetechnik an Akupunkturpunkten)
- Tuina-Massage (Druckmassage)
- Komplexe Arzneimitteltherapie (Pflanzen, tierische Produkte, Mineralien, Heilpilze)
- Bewegungsformen mit meditativen Elementen (Qigong, Tai Chi)
- Ernährungslehre und Diätetik (Anleitung zur gesunden Lebensweise)
- Diagnostische Methoden: Pulsdiagnostik, Zungendiagnostik, Olfaktion, Gesichtsdagnostik

(Hoefert/Uehleke 2009, S. 82–83; Hübner 2012, S. 414).

3.5.3 Traditionelle Indische Medizin

Die Traditionelle Indische Medizin ist eine mehrtausendjährige Heilkunst und ebenso alt wie die chinesische Medizin. Das breite Spektrum indischer Heilweisen umfasst unter anderem Ayurveda, Yoga oder eine auf arabisch-persischer sowie griechischer Entwicklung fußende Unani-Medizin und wird gegenwärtig im indischen Gesundheitswesen sowohl als Volksmedizin unterschiedlicher Ethnien praktiziert, als auch gleichberechtigt neben der westlichen Medizin eingesetzt (Schweiger 2005, S. 18; Hoefert/Uehleke 2009, S. 136; Unani Institut 2016).

Als zentrale Lehre der indischen Heilkunde gilt Ayurveda („ayur“ das Leben, „veda“ das Wissen), die sich als „Wissenschaft vom Leben“ versteht und nicht nur strukturiertes Wissen bedeutet, sondern auch die Weisheit für das Gelingen einer

guten Lebensführung meint. Bei dieser Heilweise wird das allumfassende Kosmische Bewusstsein, welches sich mittels Energie äußert, als Ursprung jeglicher Existenz in den Vordergrund gestellt (Chopra/Doiphode 2002, S. 75; Lad 2010, S. 19). Beruhend auf schriftlichen Überlieferungen, den Veden (Bücher der Weisheit), wird der Mensch als Teil des Universums angesehen, wobei alles auf der Welt - das Individuum eingeschlossen - aus fünf allegorischen Elementen (Erde, Wasser, Feuer, Luft, Raum/Äther) besteht (Hoefert/Uehleke 2009, S. 139–140; Frank 2015, S. 76). Diese Elemente verbinden sich zu den drei lebensenergetischen Doshas Vata (Bewegung), Pitta (Stoffwechsel) und Kapha (Körperstruktur), die alle körperlichen und seelischen Vorgänge sowie den Geist und das Bewusstsein eines Menschen beeinflussen und steuern. Obwohl der Mensch über alle drei Doshas in Form eines bestimmten Energiemusters verfügt, dominiert zumeist ein Dosha und bedingt die jeweilige Konstitution einer Person (Lad 2010, S. 25–26; Bouhafs 2011, S. 132). Sofern hinsichtlich Doshas ein harmonisierendes Gleichgewicht beziehungsweise ein bewusstes Wiederherstellen ungeordneter Verhältnisse gelingt, wird ein Einklang mit der Natur und damit ein Zustand von Gesundheit hervorgebracht (Frank 2015, S. 77). Werden allerdings diese Energieflüsse gestört, wie beispielsweise durch Lebensstil, Ernährung, Emotionen, Klima oder Jahreszeiten, kommt es zu körperlichen Signalen und reaktiv ausgelöst zu Krankheit (Bouhafs 2011, S. 133).

Die Bestimmung von Konstitutionstypen beziehungsweise Erkrankungen erfolgt durch Klassifizierung von bestimmenden Milieuverhältnissen und vorherrschenden Symptomkonstellationen. Hierfür dienen zur Beschreibung der Kategorisierungen charakterisierende Dosha-Eigenschaften, wie kalt/heiß, weich/hart, wolkig/klar, schwer/leicht, stabil/beweglich und Ausgleiche von beeinträchtigten Mischungsverhältnissen erfolgen durch Handlungsmaßnahmen mit jeweils entgegengesetzter Dosha-Qualität (Lad 2010, S. 27; Keßler/Stapelfeldt 2014, S. 116). Im Falle einer Erkrankung wird aber nicht nur eine Symptombekämpfung angestrebt, sondern auch eine aktive Patientenmitarbeit, ein selbstverantwortliches Handeln und eine Steigerung der Eigenkompetenz als ausschlaggebende Momente für einen Heilungsprozess angenommen (Harsieber 1993, S. 144; Hübner 2012, S. 402).

Neben diagnostischen Methoden wie Pulsfühlen, Begutachtung von Urin, Zunge, Augen und Haut werden folgende Strategien angewendet:

- Ursachenvermeidung: Aufklärung von nicht gemäßen Ernährungs-/Verhaltens-/Denkgepflogenheiten
- Ausgleichende Anwendungen: Ernährungstherapie, Ordnungstherapie, Meditation, Yoga, Atemübungen, Heilpflanzen, tierische, mineralische, metallische Substanzen
- Ausleitende Verfahren: Einlauf, Purgieren, Erbrechen, Aderlass
- Manuelle Techniken, Massage

(Hoefert/Uehleke 2009, S. 144; Bouhafs 2011, S. 138; Keßler/Stapelfeldt 2014, S. 121–122; Frank 2015, S. 78).

3.5.4 Homöopathie

Bei der Homöopathie handelt es sich um ein über 200 Jahre altes medizinisches System, welches auf zwei, von Samuel Hahnemann formulierten Annahmen, beruht. Mit „*similia similibus curentur*“ wird eine Heilweise beschrieben, die besagt, dass Substanzen im Rahmen von erkenntnisgewinnenden homöopathischen Arzneimittelprüfungen beim gesunden Menschen bestimmte Symptome auslösen, die, wenn derartige Symptome bei kranken Menschen auftreten, kuriert werden (Hoefert/Uehleke 2009, S. 170; Linke-Cordes 2014, S. 174–175). Durch diese Ähnlichkeitsregel (*Similia-similibus-Prinzip*) wurde der damals gültige medizinische Grundsatz „*contraria contrariis*“, bei welchem die therapeutische Maßnahme gegen krank machende Reize gelenkt war und der Patient durch gleichgerichtete Gegenmittel behandelt wurde, nicht nur kritisch in Frage gestellt, sondern auch abgelehnt (Ullmann 2006, S. 137; Eckart 2017, S. 228–229). Das zweite Prinzip, das Gesetz der Potenzierung (*Kräfteentfaltung*), bedeutet, dass die aus Urtinkturen gewonnenen Arzneistoffe in Form eines prozessartigen Ablaufes mittels mehrmaliger Verdünnungsschritte und Verreibung beziehungsweise Verschütteln hergestellt werden (Genneper/Wegener 2017, S. 3). Die auf diese Weise entwickelten homöopathischen Mittel übertragen die vom ursprünglichen Präparat ausgehende energetische Information auf die Trägersubstanz und sollen selbst bei hohen Verdünnungen eine verstärkende und damit heilsame Wirkung hervorrufen (Hübner 2012, S. 405; Klemperer 2015, S. 89).

Das der Homöopathie zugrundeliegende Krankheitsmodell geht von einer vitalistischen Ansicht aus, indem bei jedem Menschen eine bedeutsame Lebenskraft

als gegeben angenommen wird (Lucae 1998, S. 24). Dabei wird bei Kranksein einer Person durch Einsatz dynamisch wirkender Substanzen eine Umstimmung der individuellen Vitalkräfte ausgelöst und das Ziel einer Anregung zur Selbstheilung verfolgt (Bullemer 2012, S. 320–321). Bei der zeitaufwendigen homöopathischen Anamnese, die alle Lebenszusammenhänge eines Individuums einbezieht, liegt der Schwerpunkt nicht nur auf körperlichen Symptomen, sondern auch auf geistigen und seelischen Befindlichkeiten, auf Erfassen prägender Lebenssituationen, auf Informationsgewinn hinsichtlich persönlicher Charaktereigenschaften, Ängsten, Neigungen und typischer Verhaltensweisen sowie auf ein Verstehen der menschlichen Einzigartigkeit. In Abhängigkeit der individuellen Symptomkonstellation der erkrankten Person erfolgt eine Auswahl eines Behandlungsmittels, das an die Beschwerden des Patienten präzise angepasst ist und dem individuellen Gesamtbild am besten entspricht (Auerbach et al. 2002, S. 156; Uecker 2005, S. 445; Bouhafs 2011, S. 82–83). Als therapeutische Ausgangssubstanzen dienen vor allem Pflanzen, aber auch tierische beziehungsweise mineralische Produkte, und die homöopathischen Mittel werden entweder als Einzelsubstanzen (Klassische Homöopathie) oder in Form von kombinierten Präparaten (Komplexmittelhomöopathie) angewendet (Hoefert/Uehleke 2009, S. 172).

3.5.5 Anthroposophische Medizin

Die anthroposophische Medizin wurde Anfang des 20. Jahrhunderts von Rudolf Steiner und Ita Wegmann begründet und versteht sich als eine Weltanschauungslehre, die die naturwissenschaftliche Medizin um geistige Erkenntnisse erweitert. Bei dieser Medizintheorie stehen der Mensch und sein Wesen im Zentrum der Begutachtung, wobei geistige und seelische Seinsbereiche miteinbezogen werden (Zerm 2012, S. 336; Frank 2015, S. 47). Dabei wird der Mensch in seiner Existenz auf den vier folgenden Ebenen betrachtet:

- Physischer Leib (Körper) ist der sichtbare und mit naturwissenschaftlichen Methoden messbare Teil des Menschen, der als stoffliche Basis den Menschen räumlich gestaltet und durch Gegebenheiten des Lebendigen durchströmt wird

- Ätherleib (Leben) stellt die Gesetzmäßigkeiten des Lebendigen dar und beinhaltet Lebensvorgänge wie Atmung, Wachstum, Erhaltungstoffwechsel, Ernährung, Ausscheidung
- Astralleib (Seele) wird als Teil des gesamten Kosmos aufgefasst und ist der Träger des Bewusstseins, welches durch Empfindungen, wie zum Beispiel Anspannung und Schmerz, sowie durch Gefühle (z.B. Freude, Lust, Ärger, Trauer) ausgedrückt wird
- Ich des Menschen (Geist) ist der individuelle Wesenskern des Menschen, der die Persönlichkeit und geistige Präsenz beziehungsweise das Selbstbewusstsein und die Ausstrahlung eines Menschen widerspiegelt. Die Ich-Organisation steuert die anderen Wesensglieder, wodurch der physische Leib zum Abbild seines seelisch-geistigen Lebens wird und eine gelungene Entfaltung aller Ebenen gebildet wird

Sofern alle vier Wesensglieder in lebendiger und harmonischer Weise zusammenwirken, besteht ein Zustand von Gesundheit, währenddessen sich je nach Dominanz einer ungleichgewichtigen und in ihrer Wechselwirkung gestörten Ebene verschiedenartige Krankheiten bilden (Bouhafs 2011, S. 98–99; Huber 2014a, S. 73–74).

Nach Vorstellung der anthroposophischen Medizin werden bezüglich Erkrankungsursachen mitunter einflussgebende Kräfte aus dem Vorleben der Patienten verantwortlich gemacht, wodurch das Kranksein eine Art schicksalhafte Eigenschaft erhält. Somit wird die Entwicklung einer Krankheit nicht nur als ein negatives Ereignis angesehen, sondern diese stellt auch einen zu erkennenden Sinn dar und bietet während des Heilungsvorganges eine Möglichkeit zum Erschließen von neuen Stärken sowie von ungewohnten Fertigkeiten. Als Behandlungsmaßnahmen, die eine Aktivierung der Selbstheilungskräfte anstreben, werden neben oftmals homöopathisierten pflanzlichen, tierischen, mineralischen Präparaten und Misteltherapeutika auch nicht pharmakologische Techniken wie Heileurythmie (Bewegungstherapie), rhythmische Massagen, Kunsttherapie (Mal-/Musiktherapie) und Gesprächstherapien angewendet (Hübner 2012, S. 398–399; Huber 2014a, S. 82–83).

3.5.6 Weitere komplementärmedizinische Techniken

- Phytotherapie: Phytotherapeutika sind aus der Natur stammende Stoffe oder Stoffgemische mit arzneitherapeutischen Wirkungen (Bock 1993, S. 47; Frank 2015, S. 28). Bei inhaltlich nicht deklarierten und somit unkontrollierbaren Produkten sind indessen toxische oder allergische Reaktionen beziehungsweise Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln nicht auszuschließen (Kalder 2005, S. 139; Fouladbakhsh/Balneaves/Jenuwine 2013, S. 8; Lopes/Dourado/Oliveira 2017, S. 18). Die Phytotherapie nutzt Heilpflanzen oder Teile von Pflanzen (Wurzeln, Blätter, Blüten), die entweder in unbearbeitetem Zustand oder in industriell aufbereiteten Formen (Kapseln, Dragees) verwendet werden (Bouhafs 2011, S. 60). Gebräuchliche Anwendungsformen sind zum Beispiel Tees, Tinkturen, Flüssigextrakte und Salben (Huber 2014d, S. 325).
- Körper-/Geistpraktiken: Körper-/Geisttechniken umfassen Verfahren zur direkten oder indirekten Beeinflussung von psychischen und motorischen Funktionen. Typische Methoden sind Entspannungsübungen, wie autogenes Training, progressive Muskelentspannung, Yoga, Qigong, sowie Tai Chi, Meditation, Hypnose oder Biofeedback (Auerbach et al. 2002, S. 85; Kullmer 2005a, S. 595; Hoefert/Uehleke 2009, S. 193–194; Bouhafs 2011, S. 138).
- Manuelle und körperorientierte Strategien: Hierzu zählen Techniken, die von außen auf den Körper stimulierend beziehungsweise manipulierend einwirken wie Massagen (Atem-/Bindegewebs-/Fußreflexzonenmassage, Akupressur, Shiatsu, Tuina-Massage), Chiropraktik, Osteopathie und die Neuraltherapie (Auerbach et al. 2002, S. 99; Ullmann 2006, S. 174; Hoefert/Uehleke 2009, S. 248).
- Bewegungsorientierte Therapien: Diese Behandlungsformen (z.B. Alexander-Technik, Feldenkrais-Methode) zielen auf eine Korrektur von falschen Körperhaltungen beziehungsweise unkoordinierten Bewegungsvorgängen (Hoefert/Uehleke 2009, S. 283).
- Energetische Verfahren: Energetische Strategien, wie Bioresonanz, Magnetfeldtherapie, Kinesiologie oder Therapeutic-Touch (therapeutische Berührung), sind auf eine Wiederherstellung von energetischer Harmonie beziehungsweise auf eine Auflösung von Blockaden ausgerichtet (Ullmann 2006, S. 127; Hoefert/Uehleke 2009, S. 300; Bouhafs 2011, S. 159).

- Homöopathie-ähnliche Methoden: Diese Verfahren, beispielsweise homöopathisch aufbereitete Mineralsalze (Schüßler-Salze) oder Pflanzen (Bach-Blüten-therapie), steuern auf einen Ausgleich gestörter Zellfunktionen beziehungsweise auf eine Verbesserung von Gemütszuständen (Hoefert/Uehleke 2009, S. 187; Hübner 2012, S. 429).
- Orthomolekulare Therapie: Orthomolekulare Therapeutika wie Vitamine, Elektrolyte, Spurenelemente, ungesättigte Fettsäuren, Aminosäuren, Peptide oder Enzyme werden vielfach als Nahrungsergänzungsmittel kommerziell angeboten und einerseits zur Vorbeugung von Mangelkrankheiten beziehungsweise zum Ausgleich von Defiziten, sowie andererseits zur Auslösung einer heilenden Wirkung genutzt (Ullmann 2006, S. 190).
- Spirituelle Methoden: Spirituelle Praktiken wie Geistheilung, (Gesund)Beten werden zum Erlangen von geistigen Erfahrungen beziehungsweise zur Glaubensbeeinflussung bezüglich Genesung eingesetzt (von Georgi 2005, S. 598; Ullmann 2006, S. 122).
- Weitere Strategien, die keiner der vorangegangenen Gruppen zuordenbar sind, sind zum Beispiel: Aromatherapie, die die Anwendung von Ölen zur Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität nutzt (Auerbach et al. 2002, S. 67); Hyperthermie, eine passive Überwärmung des Körpers oder Teilen des Körpers, welche zu einer möglichen Stimulierung des Immunsystems eingesetzt wird (Ullmann 2006, S. 216; Hübner 2012, S. 437); mikrobiologische Therapie (Probiotika), die Bakterienpräparate zur Förderung eines gesunden Darmhaushaltes und der Immunabwehr verwendet (Huber 2014c, S. 248).

4 Onkologie

4.1 Epidemiologie

Im Jahr 2015 erkrankten in Österreich 39.906 Menschen an Krebs, wobei Männer (21.252) etwas häufiger betroffen waren als Frauen (18.654); 10.865 Männer und 9.344 Frauen verstarben an einem Tumor und bösartige Erkrankungen waren für etwa ein Viertel der jährlichen Todesfälle verantwortlich (Statistik Austria 2018b, S. 10). Als häufigste Krebslokalisationen galten beim Mann die Prostata, der Darm und die Harnblase beziehungsweise bei der Frau die Brust, ebenfalls der Darm und der Gebärmutterkörper (Statistik Austria 2018d). Rund ein Drittel (32,8 %) aller Tumore wurden im lokalisierten Tumorstadium, ein Fünftel (20,7 %) im regionalisierten Tumorstadium und 12,7 % im disseminierten Tumorstadium diagnostiziert (Statistik Austria 2018b, S. 15).

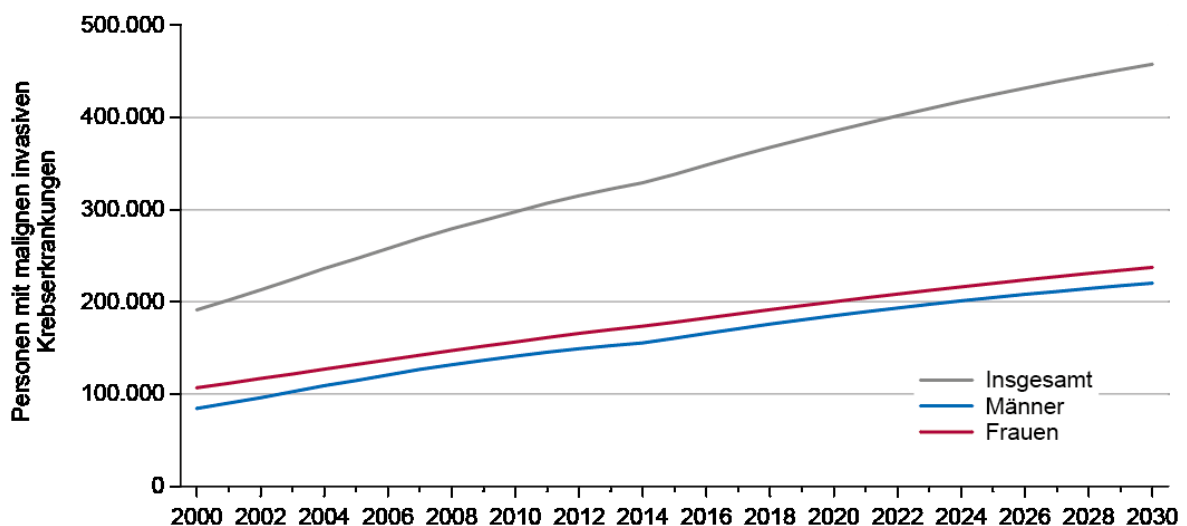


Abbildung 1: Prognose der Krebsprävalenz (Statistik Austria 2018f)

Generell liegt das Risiko vor dem 75. Lebensjahr an einem bösartigen Tumor zu erkranken, bei 28 %; für Männer ist das Risiko 1,3 mal so hoch wie für Frauen (Statistik Austria 2018c). Allerdings sind tendenziell sowohl das Risiko einer Neuerkrankung als auch das Sterblichkeitsrisiko rückläufig (Statistik Austria 2018e). Langfristig wird jedoch mit einem erheblichen Anstieg der Prävalenz von Krebserkrankungen gerechnet. Entsprechend prognostischer Berechnungen wird bis 2030 die Zahl der krebserkrankten Personen gegenüber 2014 um 39 % steigen (Statistik Austria 2018f). Dies beruht einerseits auf demographischen Ent-

wicklungen wie steigende Lebenserwartung der Bevölkerung, Lebensstil und Migration; andererseits auf früheren Diagnosestellungen und neuen Therapiemethoden, die zu verbesserten Überlebensaussichten betroffener Personen führen (Ullrich et al. 2004, S. iv250; Statistik Austria 2017, S. 15; BMASGK 2018c, S. 6). Dabei stiegen die relativen 5-Jahres Überlebensraten von 50 % in den Diagnosejahren 1988–1992 auf 61 % in der Periode 2008–2012 (Statistik Austria 2018b, S. 19). Zu berücksichtigen ist, dass einige Tumorarten, wie zum Beispiel Bauchspeicheldrüsen- und Speiseröhrenkrebs, nach wie vor unzureichend behandelt werden können und mit verkürztem Überleben einhergehen (Statistik Austria 2018a).

4.2 Behandlungsformen

Innerhalb der onkologischen Versorgung inkludieren Therapieoptionen konventionelle Verfahren mit primär kurativem, auf Heilung ausgerichtetem Ansatz sowie lebensverlängernde und palliative Vorgehensweisen (Leischner 2010, S. 94). Zu den klassischen Behandlungsformen zählen chirurgische Maßnahmen, Chemotherapie und Strahlentherapie (Aigner et al. 2016, S. 79).

Im Zuge des technischen Fortschritts entwickelt sich jedoch die Krebstherapie immer mehr in Richtung „Präzisionsmedizin“ beziehungsweise „Personalisierte Medizin“. Hierbei werden auf Grundlage von genetischer Sequenzierung und Analyse sowie molekularbiologischer Testung Therapieformen gewählt, wie zum Beispiel Antikörper oder spezifische Enzymhemmer, welche - maßgeschneidert und angepasst an die Eigenschaften einzelner Krebspatienten (Patients´ tailored) - in gezielter Weise zum Einsatz kommen (Ciardiello et al. 2014, S. 1674; Horak/-Fröhling/Glimm 2016, S. 1; Helgadottir/Rocha Trocoli Drakensjö/Girnita 2018, S. 3; Onko-Internetportal 2018). Diese neuen Behandlungsmethoden, bezeichnet als Targeted therapies (zielgerichtete Therapien), werden dabei entweder allein oder in Kombination mit Zytostatika oder Strahlentherapie genutzt (Dkfz. 2018). Aber auch die - noch teilweise in Studien eingesetzten - Verfahren wie Immuntherapien (Checkpoint-inhibitors) werden zukünftig vermehrt als therapeutische Option zur Anwendung gelangen (Berger 2017, S. 576; Duan/Wang/Jiao 2018, S. 2).

4.3 Anmerkung zu onkologischer Therapie

In den letzten Jahren stieg die Anzahl neuer hochpreisiger Onkologika (Ludwig/Schildmann 2015, S. 713). Allerdings zeigte sich, dass trotz pharmazeutischer Innovationen im Zeitraum von 2009 bis 2013 nur in wenigen Fällen ein Überlebensvorteil oder eine verbesserte Lebensqualität erzielt werden konnte. Ein Drittel (35 %) der neu zugelassenen Arzneimittel führte zu einer signifikanten Verlängerung des Überlebens. Der Nutzen für die Gesamtlebensdauer betrug zwischen 1,0 und 5,8 Monaten (Median 2,7 Monate), und die Verbesserung der Lebensqualität lag bei 10 % (Davis et al. 2017, S. 1). Eine Evaluierung von onkologischen Marktzulassungen ab 2009 bis 2016 identifizierte hinsichtlich geprüfter Indikationen ebenfalls einen eher geringen Überlebensvorteil: nur 16 % der neuen Therapien induzierten eine Verlängerung des Gesamtüberlebens von mehr als 3 Monaten (Grössmann/Wild 2017, S. 5).

Ferner gilt zu berücksichtigen, dass im Rahmen von chemotherapeutischen und radioonkologischen Behandlungen beziehungsweise Immuntherapien zahlreiche unerwünschte Wirkungen mit akutem und teils chronischem Charakter auftreten (Leischner 2010, S. 97; Aigner 2016, S. 84; Haanen et al. 2017, S. iv139). Diesbezüglich sind Beschwerden wie Schmerzen, Müdigkeit, Depression, Alopezie, Durchfall, Übelkeit, Appetitlosigkeit beziehungsweise dermatologische, pulmonale oder endokrine unerwünschte Ereignisse relevant sowie eine daraus resultierende negative Beeinflussung von Wohlbefinden und Lebensqualität (Chang et al. 2000, S. 1175; National Institutes of Health State-of-the-Science Panel 2004, S. 9; Daste et al. 2016, S. 208–209; Dua et al. 2017, S. 438; Puzanov et al. 2017, S. 6; Winer/Bodor/Borghaei 2018, S. S480). Obwohl derartige Nebenwirkungen häufig vorkommen und einen Leidensdruck bei onkologischen Patienten hervorrufen, werden diese nicht selten nur ungenügend diagnostiziert beziehungsweise insuffizient behandelt (Pachman et al. 2012, S. 3694; Glare et al. 2014, S. 1740).

4.4 Komplementäre Behandlung

Studien weisen darauf hin, dass onkologische Patienten zunehmend (1970/1980: 25 %, 1990: >32 %, ab 2000: 49 %) komplementäre Therapieansätze in Anspruch nehmen (Horneber et al. 2012, S. 187). Als Beweggründe gelten unter anderem

der Wunsch nach verbessertem Symptommanagement und Linderung therapieassoziiertes Nebenwirkungen (Smith et al. 2014, S. 2). Aber auch patientenseits angenommene Wirkungen wie Auslösung von positiven Effekten auf den Behandlungserfolg, Hervorrufen einer stärkenden Unterstützung des Immunsystems und Risikoreduzierung von Tumorrezidiven spielen bei der Erwägung von komplementärmedizinischer Nutzung eine Rolle (Gerber et al. 2006, S. 201; Balneaves et al. 2007, S. 975; Wanchai/Armer/Stewart 2010, S. E52; Wortmann et al. 2016, S. 9). Weitere ausschlaggebende Motive sind das Bedürfnis nach aktiver Kontrolle über das Krankheitsgeschehen, Mitentscheidung bei der Therapiewahl und Erlangen einer Coping-Strategie bezüglich Krankheitsumgang und -bewältigung; ferner auch das Verlangen nach selbstbestimmter Einflussnahme auf das eigene Leben sowie auf emotionales Wohlbefinden und Lebensqualität, nach eigenverantwortlicher Leistung eines Beitrages hinsichtlich Behandlung und Genesung wie auch der Wunsch, jegliche therapeutische Option zu versuchen (Söllner et al. 1999, S. 877; Richardson et al. 2004, S. 799; Pedersen et al. 2009, S. 3178; Tariman et al. 2010, S. 1149; Hübner 2014a, S. 134; Sohl et al. 2014, S. 932; Ebel et al. 2015, S. 1453; Loquai et al. 2017, S. 74).

Eine Bevorzugung von bestimmten komplementärmedizinischen Strategien lässt sich angesichts des vielgestaltigen Spektrums an verfügbaren Optionen nicht festmachen (Ernst/Cassileth 1998, S. 780). Die Verwendung von einem oder mehreren, während dem Anwendungsgebrauch auch modifizierbaren, komplementären Verfahren ist individuell verschieden und wird zumeist von persönlichen Werten und Meinungen, wählbaren Angeboten wie auch Art und Weise der jeweils begleitenden Methode bestimmt (Singh/Maskarinec/Shumay 2005, S. 192; Perlman et al. 2013, S. 39; Poonthananiwatkul/Howard/Williamson 2015, S. 62; Strizich et al. 2015, S. 5; Mücke et al. 2016, S. 13). Ebenso finden sich in Bezug auf Prädiktoren für den Gebrauch von Komplementärmedizin keine voraussagbaren Neigungen. Einerseits wird die Nutzung nichtkonventioneller Methoden in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und sozioökonomischen Merkmalen beschrieben. So wird beispielsweise eine Präferenz zur Inanspruchnahme zusätzlicher Therapien mit Frauen jüngeren beziehungsweise mittleren Alters, höherem Bildungsstand und besserem Einkommen assoziiert (Chang et al. 2011, S. 3; Klafke et al. 2012, S. 1573; Luo/Asher 2017, S. 105). Andererseits belegen andere Ergebnisse, dass

es keinen typischen Nutzer gibt und komplementärmedizinische Techniken gleichermaßen von Frauen wie auch Männern und unabhängig vom sozioökonomischen Status beziehungsweise vom Tumorstadium sowie von der Tumorentität angewendet werden (Molassiotis et al. 2006, S. 265; Arthur et al. 2012, S. 234; Paul et al. 2013, S. 1517; Hübner et al. 2014c, S. 945; Lopez et al. 2017b, S. 401; Egger et al. 2018, S. 5).

Publikationen zeigen jedoch, dass sich in den Fällen, in welchen komplementäre Verfahren in den onkologischen Versorgungsprozess einbezogen werden, für Patienten eine hilfreiche Unterstützung zur Verbesserung der psychischen, häufig auch physischen Krankheitssituation ergibt und die Betroffenen fühlen sich aufgrund der holistischen Behandlungsweise insgesamt zufriedener (Hamilton et al. 2012, S. 229; Ramsey et al. 2012, S. 1038; Furzer et al. 2014, S. 3; Bahall 2017, S. 5; Lopez et al. 2017a, S. 1644; Hunter et al. 2018, S. 8). Allerdings gestaltet sich die Entscheidung für oder gegen Komplementärmedizin für Patienten als schwierig. Dies zum einen wegen der nahezu undurchschaubaren Palette an verfügbaren nichtetablierten Methoden und damit verbunden vielförmigen Auswahloptionen, zum anderen aufgrund ungenügender, teilweise missverständlicher Informationen zu Komplementärmedizin und daraus folgend wegen Unsicherheiten bei der Unterscheidung zwischen wirksamen von unwirksamen Angeboten (Beuth 2007, S. 11; Evans et al. 2007, S. 3; Hoefert 2011, S. 223; Kessel et al. 2016, S. 7; Delgado-López/Corrales-Garcia 2018, S. 8–9).

Studien machen aber aufmerksam, dass die Anwendung von komplementären Verfahren mit den behandelnden Ärzten oft nicht besprochen wird (20 %–77 %), da Patienten befürchten, entweder keine Unterstützung zu erhalten oder möglicherweise Missbilligung zu erfahren (Saxe et al. 2008, S. 125–126; Davis et al. 2012, S. 1475). Auch erfolgt selten eine Nachfrage seitens Onkologen zum Gebrauch von Komplementärmedizin, und aufschlussreiche Gespräche zu dieser Thematik sind aufgrund von ärztlicherseits bedingtem Wissensmangel, vorliegender Skepsis oder begrenzter Zeitressource weitgehend fehlend oder nur mangelhaft umgesetzt (Verhoef/Boon/Page 2008, S. S88; Trimborn et al. 2013, S. 2643; Hübner et al. 2014b, S. 305; Salamonsen 2015, S. 226; Stub et al. 2017, S. 9). Somit fühlen sich Krebskranke nicht ausreichend über unkonventionelle Behandlungsoptionen informiert beziehungsweise beraten, und ein entsprechen-

des Vorhandensein einer für dieses Themenfeld erforderlichen offenen, an die kommunikativen Bedürfnisse der Patienten angepassten Gesprächskultur fehlt (Tautz et al. 2012, S. 3136–3137; Ge et al. 2013, S. e1; King 2015, S. 519). Tumorpatienten erhalten stattdessen von Familie, Freunden oder anderen Betroffenen Auskünfte zu komplementärmedizinischen Techniken und nutzen weitere informationsgebende Quellen, wie zum Beispiel Internet, Broschüren, Fernsehen, Ratgeber oder Zeitschriften (Gaisser 2004, S. 31; Hann et al. 2005, S. 297; Molassiotis et al. 2005, S. 659; Gaisser 2010, S. 367).

Komplementäre Strategien (z.B. Phytotherapeutika, Nahrungsergänzungsmittel etc.) werden somit häufig im Rahmen einer Selbstmedikation genutzt, wobei deren Wirksamkeit und Sicherheit mitunter unbewiesen sind und Risiken, Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen weder ausgeschlossen noch abschätzbar sind (Eschiti 2007, S. 313; Sweet et al. 2013, S. 510–511; Zeller et al. 2013, S. 359; Greenlee et al. 2016, S. 6; Stub et al. 2016, S. 5).

4.5 Komplementärmedizin in Österreich

Dem Curriculum für das Diplomstudium Medizin zufolge sind in Österreich keine obligatorischen Lehrveranstaltungen hinsichtlich des Themenbereiches „Komplementärmedizin“ vorgesehen (MUW 2017, S. 43). Ärzte haben allerdings die Möglichkeit sich durch postgraduelle Fort- und Weiterbildungen betreffend komplementärmedizinischer Strategien (z.B. Akupunktur, Anthroposophische Medizin, Homöopathie etc.) spezifisches Wissen anzueignen und dieses im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit anzuwenden (Wiesener et al. 2012, S. 33; ÖÄK 2017, S. 41). Ferner wird im Zusammenhang mit Onkologie eine Weiterbildungsoption zur Erweiterung der Krebsbehandlung angeboten, mit dem Ziel, qualitätsgesicherte Standards bezüglich komplementärer Maßnahmen zu vermitteln (ÖGbk 2018).

Im österreichischen Gesundheitssystem bietet sich somit für onkologische Patienten prinzipiell die Möglichkeit, in einem breitgefächerten Angebot an nichtkonventionellen Techniken eine für sie geeignete Therapiemethode auszuwählen. Hierbei können komplementäre Strategien entweder von gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen wie Ärzte oder Apotheker ausgeübt beziehungsweise dargeboten werden oder in Form eines gesundheitsbezogenen Gewerbes (z.B. Mas-

sage) betrieben werden (BMGF 2017a, S. 3; BMASGK 2018d). Zu berücksichtigen gilt jedoch, dass bislang lediglich wissenschaftlich anerkannte Therapieverfahren leistungsmäßig abgegolten werden und Patienten die Kosten einer Nutzung von komplementärmedizinischen Methoden überwiegend selbst zu tragen haben (BMASGK 2018e).

Anzumerken ist, dass mit angestrebter Novellierung des Ärztegesetzes eine Neuausrichtung des medizinischen Tätigkeitsbereiches erfolgt, indem komplementäre Heilverfahren dem ärztlichen Berufsbild zugesprochen und als einzusetzende Maßnahmen explizit aufgenommen werden (Parlament 2018). Durch die gesetzlich verankerte Integration und Anerkennung komplementärmedizinischer Handlungen im österreichischen Gesundheitswesen ergibt sich somit die Möglichkeit die bislang bestehende Abgrenzung des komplementären vom wissenschaftlich fundierten Medizinbereiches aufzuheben und das onkologische Behandlungsspektrum um komplementäre Strategien zu ergänzen. Ob künftig auch eine Kostenübernahme komplementärmedizinischer Leistungen vorgesehen ist, bleibt allerdings nach wie vor unklar.

5 Maßnahmen zum Treffen fundierter Entscheidungen

Damit Patienten im Rahmen medizinischer Behandlungsprozesse zum Treffen adäquater Entscheidungen befähigt werden, gilt es patientenseitige Kompetenzen zu stärken. Nachfolgend wird die gesundheitspolitische Zielsetzung - Förderung der Gesundheitskompetenz - erläutert sowie daraus resultierende wesentliche Handlungsfelder dargestellt.

5.1 Gesundheitskompetenz

Health Literacy ist ein aus dem angloamerikanischen Raum stammender Begriff und wurde 1974 im Zusammenhang mit schulischer Gesundheitsbildung beschrieben (Simonds zit. in Abel/Sommerhalder 2015, S. 923). Wörtlich übersetzt bedeutet Health Literacy „gesundheitliche Literalität“ und meint damit den kompetenten Umgang mit Schrift und Sprache als grundlegende Voraussetzung zur gesellschaftlichen Teilhabe. Im deutschsprachigen Raum wird Health Literacy dem Terminus Gesundheitskompetenz gleichgesetzt (Schaeffer/Pelikan 2017, S. 11).

Bislang existieren zahlreiche Definitionen hinsichtlich Gesundheitskompetenz, allen gemeinsam ist jedoch, dass diese eine Vielfalt an Fähigkeiten und Fertigkeiten - wie Lese-/Schreib-/Rechenkompetenzen, Wissen, Motivation - beinhalten, um Gesundheitsinformationen

- zu finden
- zu verstehen
- zu bewerten sowie
- anzuwenden

und daraus resultierend sowohl im Alltag als auch im Krankheitsfall

- ein Umsetzen von Kenntnissen
- ein Empowerment (Selbstbestimmung/Selbstwirksamkeit)
- eine Kommunikationskompetenz
- eine partizipative Teilhabe
- ein Treffen von gesundheits-/krankheitsrelevanten Entscheidungen
- ein gesundheitsunterstützendes, risikominimierendes präventives Handeln
- ein Zurechtfinden im Gesundheitssystem und

- eine situationsgerechte Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen

zu ermöglichen (WHO 1998, S. 10; IOM 2004, S. 2; Kickbusch 2005, S. 152; Kickbusch/Hartung 2014, S. 96; Malloy-Weir/Cooper 2017, S. 323; Schmidt-Kaehler et al. 2017, S. 12; ÖPGK 2018). Letztlich sollen durch eine gesundheitskompetente Bevölkerung Ziele wie Förderung und Stärkung der Gesundheit, Befähigung zu Umgang mit Krankheiten und Erhaltung wie auch Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden (Lenartz 2012, S. 70; Sørensen et al. 2012, S. 3; Miron-Shatz et al. 2013, S. 210).

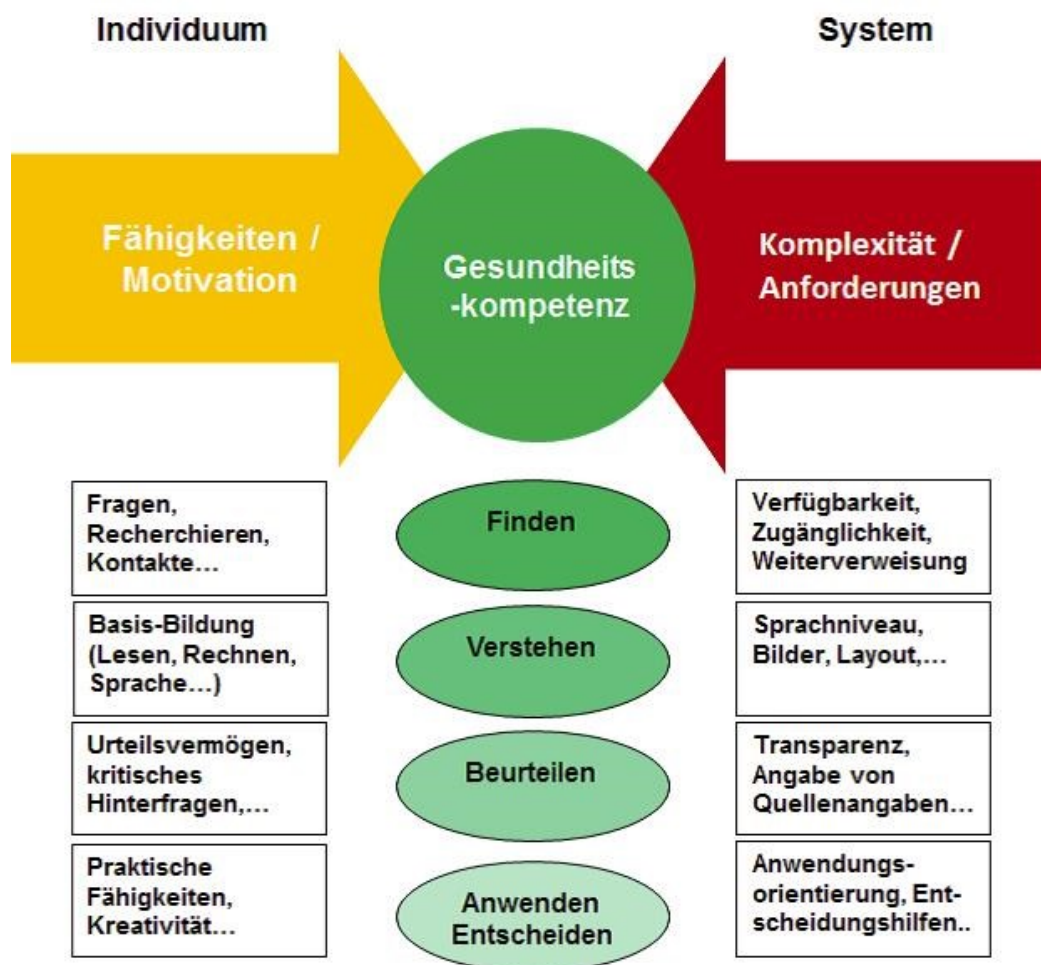


Abbildung 2: Rationales Konzept von Gesundheitskompetenz (Kraus-Füreder/Soffried 2017, S. 10)

Um gesundheitskompetent zu agieren, sind individuelle Eignungen und Ansätze erforderlich, welche sich in einer abgestuften Ordnung in drei Dimensionen differenzieren lassen:

- Funktionale Gesundheitskompetenz: umfasst das Vorhandensein ausreichender Basisqualifikationen, wie Lesen und Schreiben, um in effektiver Weise im Leben handeln zu können
- Interaktive Gesundheitskompetenz: beschreibt fortgeschrittene kognitive und soziale Kompetenzen, um eine aktive Rolle bezüglich alltäglicher Belange einzunehmen, brauchbare Informationen auszuwählen und diese in Kommunikationsprozessen zu nutzen beziehungsweise bei geänderten Verhältnissen anzuwenden
- Kritische Gesundheitskompetenz: bezieht sich auf weiterentwickelte Fähigkeiten, die Individuen eine kompetente/fachkompetente Interpretation von Informationen unterschiedlicher Herkunft sowie eine Selbstkontrolle hinsichtlich Ereignissen und Situationen ermöglichen

(Nutbeam 2000, S. 263–264).

Gemäß einer internationalen Vergleichsstudie verfügt jedoch die Mehrheit der österreichischen Bevölkerung (51,6 %) über eine limitierte Gesundheitskompetenz (inadäquat: 16,7 %, problematisch: 34,9 %); international liegt der Durchschnitt bei 47,6 % mit begrenzter Gesundheitskompetenz (Pelikan/Röthlin/Ganahl 2013a, S. 15). Vor allem Personen mit allgemeinem Bildungsmangel, niedrigem sozioökonomischen Status, Migrationshintergrund, ältere Menschen und chronisch Erkrankte haben ein höheres Risiko hinsichtlich eines unzureichenden Gesundheitswissens (Sørensen et al. 2015, S. 1053; Schaeffer 2017, S. 55). Dabei wird eine ungenügende Gesundheitsbildung mit Schwierigkeiten bezüglich Verstehen und Beurteilen von schriftlichen wie auch mündlichen Informationen sowie mit negativen Auswirkungen auf Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Krankheitsbewältigung und Therapietreue assoziiert (Andrus/Roth 2002, S. 291; Davis et al. 2002, S. 134; Miller 2016, S. 1083). Weiters haben Personen mit mangelnder Health Literacy nicht nur Schwierigkeiten im Gesundheitssystem zurechtzukommen, sondern verursachen auch nachteilige Effekte für die Volkswirtschaft (Howard/Gazmararian/Parker 2005, S. 373–374; Kickbusch/Hartung 2014, S. 98).

Gerade Krebspatienten sind mit komplexen krankheitsbezogenen Informationen und facettenreichen Therapiemöglichkeiten konfrontiert, für deren Verständnis sowie korrektes Einschätzen ein hohes Wissen erforderlich ist (Manning/Dickens 2006, S. 448; Diviani/Schulz 2011, S. 489–490). Obzwar Gesundheitsbildung für den Einzelnen eine entscheidende Voraussetzung hinsichtlich adäquatem Handeln im Gesundheitssystem bildet, muss diese in vielen Fällen durch ergänzende Handlungen sowohl gestärkt als auch gefördert werden (Kickbusch/Hartung S. 2014, S. 100). So wurde, um Patienten im therapeutischen Prozess zur Mitentscheidung zu befähigen, im Rahmen der 2013 beschlossenen bundesweiten Gesundheitsreform „Zielsteuerung Gesundheit“ die Steigerung der Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung als prioritäres Ziel (Rahmengesundheitsziel 3) festgelegt (Fousek/Domittner/Nowak 2012, S. 21; BMGF 2017b, S. 12). Darauf basierend leiten sich Umsetzungsmaßnahmen beziehungsweise Interventionsstrategien ab, wie Etablierung von unterstützenden Rahmenbedingungen innerhalb der Gesundheits- und Krankenversorgungsorganisation, Verwirklichung erleichterter Zugänge zu angemessenen Informationen und Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation (BMG 2014, S. 24; Sator/Nowak/Menz 2015b, S. 3; BMGF 2016, S. 14; BMGF 2017c, S. 19).

5.2 Information

Entsprechend nationalem wie auch internationalem Patientenrecht (Patientencharta) sollen den Patienten zu möglichst vielen die Gesundheit und Krankheit betreffenden Bereichen wissenschaftlich fundierte Informationen in allgemeinverständlicher Form zur Verfügung gestellt werden (European Consultation on the rights of patients 1994, S. 10; BGBl. I Nr. 89 2001, S. 1361; Lühnen et al. 2017, S. 1). Diese Gesundheits-/Patienteninformationen, welche in unterschiedlichen Gestaltungsarten präsentiert sein können - zum Beispiel in Form von Broschüren, Leitlinien, Checklisten, Video, Web-Seiten - bezwecken einen patientenseitigen Wissenszuwachs und eine Vorbereitungshilfe für einen verbesserten Informationsaustausch zwischen Ärzten und Erkrankten (Hamann/Hein/Kissling 2005, S. 47; Gysels/Higginson 2007, S. 17; Sängler 2010, S. 64; Forster et al. 2012, S. 274; Langer/Follmann 2015, S. 438; Hayward et al. 2017, S. 954).

Aus der Literatur geht hervor, dass sich onkologische Patienten häufig aufgrund fachterminologischer, informationsüberladener Auskünfte zu ihrem Krankheitsgeschehen verunsichert, oft auch ratlos fühlen und Betroffene verständnisweiternde Informationen zum richtigen Bewerten ihrer Situation und als Basis für ihre Behandlungsentscheidung benötigen (Irmey 2007, S. 11; Seelos 2008, S. 120; IOM 2011, S. 6; Eichenberg/Malberg 2012, S. 61; Schaeffer/Dewe 2012, S. 66; Uehleke 2014, S. 172). Indem aussagekräftige und objektive Informationen zu Diagnose, Untersuchungs- und Therapieoptionen, Handlungen zu Gesunderhaltung beziehungsweise Krankheitsumgang angeboten werden, kann den Erkrankten nicht nur Wissen vermittelt, sondern auch Klarheit verschafft werden. So können Aussagen zu den Abläufen im Versorgungssystem, zu Prognose, Symptomen, Nebenwirkungen, zu Vor- und Nachteilen von Behandlungsmöglichkeiten beziehungsweise Nichtbehandlung, zu komplementärmedizinischen Methoden und zu Wahrscheinlichkeiten für einen Therapieerfolg patientenseitige Wissensdefizite verringern (Rutten et al. 2005, S. 252; Harrison et al. 2009, S. 1122; Buchholz/Seebauer/Simon 2011, S. 140; Baumann/Hastall 2014, S. 451; Löffner 2016, S. 121; NCCIH 2017; American Cancer Society 2018; AWMF online 2018; KOKONinfo 2018).

Sofern unter der Voraussetzung eines wissenschaftsbasierten methodischen Vorgehens aufschlussreiche, an Patientenbedürfnisse angepasste Informationen zur Verfügung gestellt werden, erwerben Betroffene eine essenzielle Grundlage für ein besseres Verstehen sowohl von Gesundheit und Krankheit, als auch der teilweise sehr komplexen Abläufe im Gesundheitswesen (Sänger et al. 2006, S. 12; HVB 2015, S. 9; IQWiG 2018). Weiters können die ermittelten Erkenntnisse zu kritischem Nutzerverhalten bezüglich gesundheitsbezogener Dienstleistungen anregen und als Entscheidungshilfen (Decision aids) bei Gesundheitsfragen und beim Abwägen von Therapieoptionen eingesetzt werden (Bastian/Bühler/Sawicki 2009, S. 185; Stacey et al. 2017, S. 2). Schließlich kann mittels Anbieten von verlässlichen Informationen im Sinne eines patientenzentrierten Vorgehens das selbstbestimmte Handeln gefördert sowie auch mehr Mitsprache im Rahmen medizinischer Behandlungen erreicht werden (Sänger et al. 2006, S. 7; Sommerhalder/Abel 2007, S. 17).



Abbildung 3: Komponenten evidenzbasierter Information (modifiziert übernommen: Sänger/Lang 2011, S. 102)

Um die Ansprüche von qualitätsgesicherten Informationen zu erfüllen, sollen diese - wie folgend aufgezählt - bestimmten inhaltlichen und formalen Kriterien entsprechen:

- Identifizieren der Zielgruppe und deren besonderer Informationsbedarf: Bei Erstellen von Informationen ist die anzusprechende Zielgruppe einzubeziehen und in den Informationen - zum Beispiel hinsichtlich Alter, Geschlecht, kultureller Aspekte, Begleitumständen, Risikogruppen - zu beschreiben; zielgruppenspezifische Präferenzen, persönliche Wertvorstellungen und Erfahrungen aber auch psychosoziale Gegebenheiten beziehungsweise spezielle Anliegen, wie Aussagen zu Lebenserwartung und Lebensqualität, sind dabei zu berücksichtigen (Charnock 1998, S. 18; Bunge/Mühlhauser/Steckelberg 2010, S. 325; Sänger/Lang 2011, S. 103–104; Kraus-Füreder/Soffried 2017, S. 36).
- Adaption an die Zielgruppe: Die Informationen sind an individuell vorhandene Fähigkeiten und Kenntnisse anzupassen (Lenartz 2012, S. 32). Hierbei sollen die Inhalte durch eine einfache, verständliche Sprache vermittelt und gegebenenfalls durch bildliche Darstellungen (z.B. Piktogramm, Diagramm) ergänzt werden (Hawley et al. 2008, S. 451–452; CDC 2010, S. 6–7).

- Evidenzbasierung: Je nach Fragestellung werden auf Basis einer systematischen Literaturrecherche aktuelle Daten ausgewählt und die für die Zielgruppe relevanten Endpunkte (z.B. Nutzen/Risiko von Behandlung, Nichtbehandlung und komplementären Therapien, Beschwerden, Komplikationen, Sterblichkeit, Lebensqualität) beurteilt (Wyatt/Sullivan 2005, S. 568; Hübner et al. 2013a, S. 22; Groth 2017, S. 3). Hierfür können sowohl qualitative als auch quantitative Studien verwendet werden (Craig et al. 2012, S. 589). Eine vollständige Literaturanalyse ist, soweit realisierbar, anzustreben (Sänger et al. 2006, S. 13). Wenn bezüglich patientenrelevanter Endpunkte keine Studienergebnisse vorhanden sind, oder unverlässliche Forschungsergebnisse beziehungsweise ungeklärte Sachverhalte evaluiert werden, sind diese durch neutrale Hinweise zu erörtern (ÄZQ/BÄK/KBV 2016, S. 13; IQWiG 2017, S. 137). Direkte Empfehlungen sind zu vermeiden oder deutlich von wissenschaftlichen Ergebnissen abzugrenzen. Sofern Empfehlungen für oder gegen eine Maßnahme abgegeben werden, können diese mittels Aussagen zur Qualität der Evidenz als Empfehlungsstärken dargelegt werden (Steckelberg et al. 2011, S. 13; Schmidt-Kaehler et al. 2017, S. 40).
- Genauigkeit: Auf Grundlage der wissenschaftlichen Daten haben die Angaben in den veröffentlichten Informationen den Anforderungen der Validität (Gültigkeit) und Reliabilität (Zuverlässigkeit) zu entsprechen (Sänger et al. 2006, S. 13).
- Darstellung von Zahlen und Risikoangaben: Zum leichteren Verstehen von statistischen Daten und besseren Einschätzen der Vor- und Nachteile von gesundheitsbezogenen beziehungsweise medizinischen Maßnahmen sollen numerische Maße, wie zum Beispiel absolute Risiken anstelle relativer Risiken und natürliche Häufigkeiten statt bedingter Wahrscheinlichkeiten, verwendet werden. Darüber hinaus sollen patientenrelevante Informationen Angaben zum Basisrisiko, das heißt, zum natürlichen Krankheitsverlauf ohne therapeutische Intervention, beinhalten. Die Effekte einer Maßnahme sind im Vergleich zu Placebo oder zu einer anderen Behandlungsoption darzustellen; Veränderungen der Ergebniswahrscheinlichkeiten sind als absolute Risikoänderung anzugeben (Gaissmaier/Gigerenzer 2013, S. 43; DNEbM 2016, S. 11–12).

- **Optische Gestaltung:** Um eine gute Lesbarkeit von informationsgebenden Materialien zu erreichen, ist bezüglich Layout und Typographie auf bestimmte Aspekte, wie Schriftgröße, Schrifttyp, Formatierung, Kontrast, zu achten (Albrecht/Steckelberg 2014, S. 55).
- **Transparenz:** Bezüglich Gewährleistung vertrauenswürdiger Informationen ist einerseits der Prozess der verwendeten Methoden in einer nachvollziehbaren Weise zu beschreiben; andererseits sind aber auch Metainformationen wie Verfasser/Herausgeber, Datum der Erstellung/Aktualisierung, Finanzierung, Interessenskonflikte, verwendete Informationsquellen, weiterführende Literatur sowie Hinweise auf Unterstützungsangebote, Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen anzuführen (Steckelberg et al. 2005, S. 344; Gallé et al. 2017, S. 7; Kraus-Füreder/Soffried 2017, S. 44).

5.3 Kommunikation

Die Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal, wie Ärzte und Pflegekräfte, wird von Patienten nicht nur als eine vertrauensvolle, sondern auch als eine der wichtigsten informationsgebenden Quellen eingeschätzt (Braun/Marstedt 2011, S. 55; Rood et al. 2014, S. 363; Schmidt/Wesselmann/Kowalski 2015, S. 221). Dabei fungieren diese kommunikativen Prozesse als Vermittlung von Information und Wissenstransfer zwischen Professionist und Patient, wodurch ein Austausch von einerseits medizinsystematischem Wissen, sowie andererseits beschwerdebezogenem Wissen und krankheitsspezifischem Vorwissen stattfindet. Zusätzlich dienen diese Interaktionen den Patienten der Aufklärung wie auch Beratung und zur Thematisierung persönlicher Anliegen und psychosozialer Belange (Hurrelmann-/Leppin 2001, S. 13; Menz 2015, S. 84; Spranz-Fogasy/Becker 2015, S. 94; Röhner/Schütz 2016, S. 98). Arzt-Patienten-Gespräche sind aber auch als ein wesentliches Element der medizinischen Behandlung anzusehen. Jene bieten besonders für Krebskranke, welche sich aufgrund ihrer Erkrankungssituation in einem emotional belastenden Zustand erleben, eine zentrale Unterstützungsquelle, um den zahlreichen an sie gestellten Anforderungen, wie Verarbeitung, Bewältigung, Adaption an krankheits- und therapiebedingte Gegebenheiten, gerecht zu werden (Weis/Giesler 2004, S. 132; Bechmann 2014, S. 2; Lindemann 2015, S. 155).

Allerdings hat jeder vierte österreichische Bürger Schwierigkeiten beim Verstehen von mündlichen medizinischen Informationen (Pelikan/Ganahl/Röthlin 2013b, S. 44). So führt misslungene Informationsweitergabe an den Patienten zu unzureichendem Erinnern, zu mangelhafter Compliance und letztlich zu einer Unzufriedenheit der Betroffenen (Ley 1979, S. 245; Kessels 2003, S. 221; Cousin et al. 2012, S. 196; McCarthy et al. 2012, S. 5). Darüber hinaus verursacht das mangelnde Verstehen der vom Arzt weitergegebenen Information eine Unsicherheit beim Interpretieren von medizinischen Erläuterungen und Probleme beim Treffen von Entscheidungen in Bezug auf verschiedene Behandlungsarten (De Morgan et al. 2002, S. 313–314; O'Brien et al. 2008, S. 433–434; Kripalani et al. 2010, S. 272). Vor allem Personen mit ungenügender Gesundheitsbildung sind öfters unbefriedigenden oder unklar bleibenden Kommunikationsverhältnissen ausgesetzt (Baker et al. 1996, S. 331; Sudore et al. 2009, S. 400–401; Halbach et al. 2016, S. 1513). Aber auch chronisch Kranke, ältere Menschen beziehungsweise Personen, die durch körperliche sowie psychische Beschwerden - wie Schmerzen, Ängste, Sorgen, Stress - beeinträchtigt sind, haben mit den zahlreichen Informationen ihre Verständnisschwierigkeiten (Jansen et al. 2008, S. 5455; Jordan/Buchbinder/Osborne 2010, S. 39; Finset 2012, S. 218; Abrams et al. 2014, S. 24). Häufig geht der Arzt auch nicht auf das Bedürfnis der Patienten nach speziellen Informationen ein, wodurch individuell relevante Themen unbesprochen und situationsabhängige Fragen unbeantwortet bleiben (Schmeling-Kludas 2006, S. 1119; Menz/Sator 2011, S. 424; Recio-Saucedo et al. 2016, S. 4; Ishikawa et al. 2017, S. 4).

Um effektive Arzt-Patienten-Dialoge zu realisieren, ist die Anwendung eines patientenorientierten Gesprächsstils und der Aufbau einer emotional tragfähigen Beziehung zum Patienten wesentlich. Dabei sind grundsätzlich unterschiedliche Aspekte zu beachten (Lang et al. 2009, S. 240; Egger 2017, S. 216). Zum einen zählt hierzu ein adäquates Gesprächssetting, welches Kommunikationsprozesse in zeitlicher, räumlicher und technischer Ausgestaltung unterstützt (Nowak/Sator/Menz 2016, S. 452); zum anderen sind variable Kommunikationsstile wie verbale (z.B. Langsamkeit/Schnelligkeit des Sprechens, Lachen), non-verbale (z.B. Mimik, Gestik, Körperhaltung) und para-verbale (z.B. Veränderung der Stimmhöhe, Pausen) Gesprächsformen in förderlicher Weise heranzuziehen

(Seelos 2008, S. 117; Bechmann 2014, S. 36). Ferner dienen zur Erzielung konstruktiver Gespräche verschiedenste Techniken wie Verwendung einer angemessenen, klaren und verständlichen Sprache, Spiegeln, Wiederholen, Zusammenfassen, offene/zirkuläre Fragen, Anregen zu aktivem Nachfragen, Anpassen des Umfangs bezüglich informativer Inhalte, positive Konnotation, unterstützender Einsatz von Bildern oder graphischen Darstellungen und Checklisten mit möglichen Fragestellungen (Klippel 2002, S. 160–161; Wössmer/Kiss 2004, S. 98; Seelos 2008, S. 119; Pelikan/Ganahl/Röthlin 2013b, S. 42; Bechmann 2014, S. 205; Kraus-Füreder/Soffried 2017, S. 70; Schmidt-Kaehler et al. 2017, S. 25; NHS Scotland 2018; UnityPoint Health 2018).

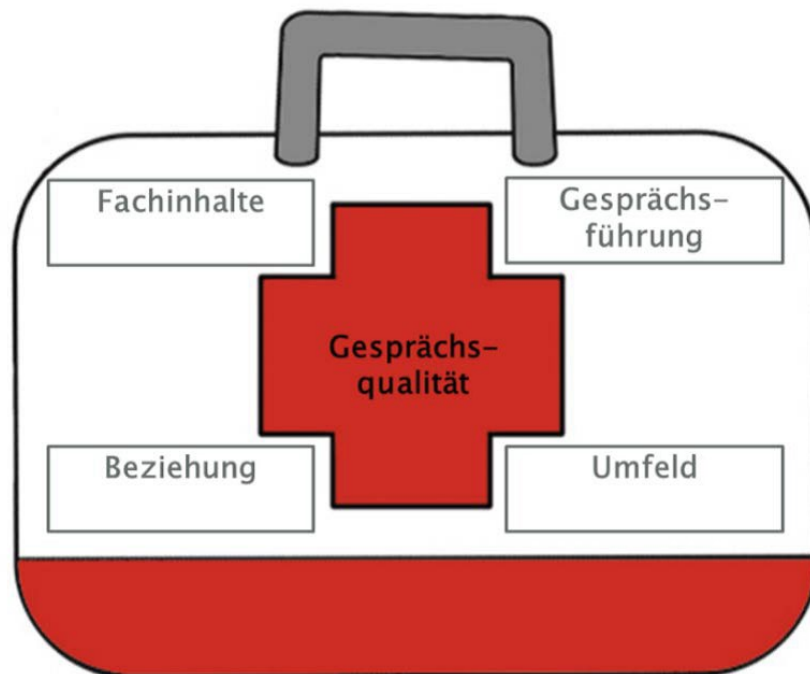


Abbildung 4: Vier zentrale Aspekte von Gesprächsqualität (Nowak/Sator/Menz 2016, S. 451)

Ein weiterer Aspekt beinhaltet das Besprechen aller wesentlichen Themenkreise, welche sowohl medizinische - das heißt ärztliche und pflegerische - Aufklärungen umfasst, als auch patientenseits subjektive Meinungen, Einstellungen, Präferenzen sowie persönliche Lebenswerte miteinbezieht (Koerfer/Albus 2015, S. 118; Nowak/Sator/Menz 2016, S. 451). Zu berücksichtigen ist allerdings, dass je nach Art der Information und je nach situativen Umständen der patientenpräferierte Wunsch nach Gesprächsinhalten unterschiedlich gewichtet sein kann (General

Medical Council 2008, S. 9). Aber auch die different gearteten Gesprächskonstellationen (z.B. Erstanamnese, Beschwerdenexploration, Befund-/Entlassungsgespräch) erfordern von Seiten der Ärzte immer wieder Anpassungen bezüglich gewünschter Informationen (Kiessling 2014, S. 98; Menz 2015, S. 76). In Abhängigkeit von Krankheitsstadium, sozioökonomischen Faktoren (Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen) oder etwaigen Komorbiditäten können Erkrankte somit verschiedenartige Erläuterungen als für sie bedeutsam erachten. So werden zum Beispiel Äußerungen zu Krankheit, wissenschaftlich fundierten Therapien, Unsicherheit betreffend klinischer Evidenz beziehungsweise Heilungschance, komplementären Behandlungsoptionen und Coping-Strategien von Patienten als relevante, verständnisbewirkende Unterrichtungen betrachtet (Mills/Sullivan 1999, S. 640; Fallowfield/Jenkins 2004, S. 316; Willems et al. 2005, S. 143–144; Williams/Haskard/DiMatteo 2007, S. 462; Frenkel/Ben-Arye/Cohen 2010, S. 179; Puts et al. 2012, S. 1383; Frenkel/Cohen 2014, S. 16; Pieper et al. 2015, S. 4).

Weiters liefert das Herstellen eines vertrauensvollen wie auch fürsorglichen Arzt-Patienten-Verhältnisses einen entscheidenden Beitrag zum Erfolg einer bevorstehenden Behandlung (Rosentreter/Pundt 2016, S. 237). Hierfür sind nicht nur spezifische Fertigkeiten (z.B. Empathie, Aufbringen von Verständnis, Zuhören, Wertschätzung, Respekt, Achtsamkeit, Authentizität), sondern auch Kompetenzen hinsichtlich Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten, Erarbeiten eines Konsens bezüglich medizinischer Maßnahmen sowie Konsistenz bezüglich mitgeteilter und non-verbaler Botschaften als nützliche kommunikative Methoden einsetzbar (Klippel 2002, S. 163; Siegrist 2005, S. 259–260; Politi/Street 2011, S. 583; Menz 2015, S. 87; Kee et al. 2018, S. 101–102). Abgesehen von Arzt-Patienten-Gesprächen ist aber auch eine gelungene Kommunikation zwischen den Behandlern verschiedener Fachgebiete wesentlich. Indem patientenrelevante Informationen ausgetauscht und patientenseitige Präferenzen wie auch Erwartungen in Bezug auf therapeutische Optionen abgestimmt werden, lässt sich ein patientenzentriertes Vorgehen gewährleisten (Körner 2010, S. 34).

Studien geben Hinweise, dass durch bedarfsgerechte Kommunikation und Vermittlung zielgerichteter Informationen positive Effekte hervorrufbar sind (Sator/Nowak/Menz 2015a, S. 14). So bieten qualitativ gelungene Gespräche wichtige Voraussetzungen, um

- den physischen, emotionalen und kognitiven Gesundheitszustand, die sozialen Verhältnisse und das Gesundheitsverhalten zu verbessern (Little et al. 2001, S. 910; Ernstmann et al. 2017a, S. 400),
- die Patientensicherheit zu erhöhen (Klemperer 2003, S. 38; Schofield et al. 2010, S. 149),
- im Rahmen von Krankheitsmanagement wie auch Krankheitsbewältigung Empowerment zu fördern und individuelle Einflussnahme zu begünstigen (Kvåle/Bondevik 2008, S. 586; Lehmann/Koch/Mehnert 2009, S. e5; Street et al. 2009, S. 298; Barnes et al. 2012, S. 875; van Osch et al. 2017, S. 1486),
- das Verständnis von medizinischen Informationen zu steigern und dadurch eine Beteiligung bei Behandlungsentscheidungen zu ermöglichen (Ong et al. 1995, S. 905; O'Brien et al. 2011, S. 378),
- die Lebensqualität zu verbessern (Vogel/Leonhart/Helmes 2009, S. 393–394; Ernstmann et al. 2017b, S. 575),
- Angst beziehungsweise Stress zu reduzieren (Arora 2003, S. 798–799; Win On 2014),
- die Patientenzufriedenheit zu vergrößern (Fine et al. 2010, S. 601; Sanders/Curtis/Tulsky 2018, S. S-18) sowie
- die Kosten im Gesundheitssystem zu senken (Thorne/Bultz/Baile 2005, S. 879; Felder-Puig et al. 2006, S. 24).

5.4 Partizipative Entscheidungsfindung

In den letzten Jahren hat sich das Rollenverständnis von Ärzten gegenüber Patienten in seiner ursprünglichen Gestaltungsart geändert. War bis in die 1960er Jahre das Arztverhalten durch einen benevolenten Paternalismus geprägt, gekennzeichnet durch professionelle wohlwollende Bevormundung, Wissens- und Beziehungsasymmetrie sowie ärztliche Dominanz hinsichtlich medizinischer Entscheidungen, kam es im Laufe der Zeit schrittweise zu geänderten Arzt-Patienten-Interaktionen. Ausgehend vom Modell des informierten Patienten in den 1970er Jahren zu Konzepten des mündigen (1980er Jahre) sowie autonomen Patienten (1990er Jahre) entwickelte sich ab 2000 ein Wandel hin zum kompetenten Patienten (Dierks et al. 2001, S. 7; Seelos 2008, S. 81). Dieser letztgenannte Paradigmenwechsel zielt auf die Ausrichtung eines patientenorientierten Versorgungs-

systems und wird zum einen aus gesundheitspolitischen Gründen angestrebt (Zucca et al. 2014, S. 1992; BMGF 2016, S. 3); zum anderen fühlt sich der Patient zusehends nicht mehr lediglich als Empfänger von Gesundheitsdienstleistungen beziehungsweise Therapieinstruktionen und der Betreffende möchte häufig selbst einen Beitrag zur Gesunderhaltung wie auch Krankheitsbewältigung leisten (Koerfer/Albus 2015, S. 116; Löffner 2016, S. 117). Aber auch der von Patienten vielfach geäußerte Wunsch nach aktiver und mitverantwortlicher Teilhabe bei Entscheidungen betreffend Diagnose- und Therapiemaßnahmen erfordert ein Umdenken in der Beziehungsgestaltung zwischen Ärzten und Betroffenen (Kleeberg et al. 2005, S. 306; Illhardt 2009, S. 27; Chewning et al. 2012, 13).

Maßnahmen zur Ermöglichung einer größeren Patientenbeteiligung basieren auf einem Konzept, welches hinsichtlich ärztlicher oder patientenseits liegender Entscheidungsmacht eine Mittelstellung zwischen paternalistischer und informativer Vorgehensweise einnimmt (Simon/Härter 2010, S. 229; Plein 2016, S. 2). Dieses partnerschaftlich orientierte Modell, das den Ansatz des Shared decision-making (Partizipative Entscheidungsfindung) verfolgt, wurde ursprünglich für chronische Erkrankungen sowie für Behandlungssituationen, in denen bezüglich Entscheidungen mehrere evidenzbasierte Optionen zur Wahl stehen, entwickelt (Heckl 2004, S. 103; Loh et al. 2005, S. 552). Gemäß einer von Härter vorgeschlagenen Definition versteht sich dieses Konzept als *„Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen“* (Härter zit. in Körner/Zimmermann 2013, S. 339).

Ausgehend von der Tatsache, dass Patienten „Experten ihrer eigenen Sache“ sind und über grundlegende Fähigkeiten zur Lebensgestaltung wie auch Lebensdurchführung verfügen, ist es im Rahmen von Versorgungsprozessen nicht nur hilfreich, sondern auch zweckmäßig, individuell vorhandene Kompetenzen zu fördern und persönliche Handlungsfähigkeit zu unterstützen sowie jeweilige Lebenswelten, Bedürfnisse und Erwartungen zu berücksichtigen (Dierks/Seidel 2005, S. 43; Schaeffer/Dewe 2012, S. 76). Die Anwendung von Partizipation ermöglicht den Patienten jedenfalls selbstwirksame und einflussgebende Befähigungen hinsichtlich Erkrankungsumgang und Bekämpfung von Krankheit (Simon/Härter 2010, S. 236; Hartung 2016, S. 175). Beispielsweise kann ein Kohärenzgefühl - im Sinne

von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit - ausgelöst und subjektive Kontrollüberzeugung begünstigt werden (Hartung 2012, S. 68; Schmidt 2012, S. 261). Aber die Teilhabe bietet auch eine Option zur Stärkung von existenten - dem salutogenetischem Prinzip zu Grunde liegenden - gesundheitsförderlichen Ressourcen, wodurch die Aufrechterhaltung beziehungsweise Wiederherstellung von Gesundheit wie auch Lebensqualität förderbar ist (Scheibler/Pfaff 2003, S. 19; Hartung 2016, S. 174). Zudem erhalten Individuen nicht nur geeignete Voraussetzungen zur Wahrnehmung eigener Gesundheitschancen, sondern auch Grundlagen für eine Zunahme an Wissen, womit sich Kommunikationsverhältnisse wie auch Betreuungsqualität verbessern lassen (Fischbeck 2003, S. 53; Loh et al. 2007, S. A1485; Hartung 2012, S. 58). Weiters ergeben sich durch ein partnerschaftliches Vorgehen gute Bedingungen, um besprochene Informationen und therapeutische Optionen einschließlich deren Unsicherheiten besser zu verstehen beziehungsweise Entscheidungskonflikte zu verhindern und damit einhergehend eine größere Zufriedenheit sowie ein höheres Vertrauen bei Abläufen innerhalb des Gesundheitssystems zu erreichen (Hölzel/Kriston/Härter 2013, S. 6; Berger 2014, S. 677; Kane et al. 2014, S. 381; Plein 2016, S. 186; Spatz/Krumholz/Moulton 2016, S. 2063).

Die partizipative Teilhabe, welche patientenseits je nach Bedarf bezüglich Beteiligung und Information, je nach Art der Erkrankung beziehungsweise dessen Stadium, aber ebenso je nach sozioökonomischen Hintergründen variieren kann, erfolgt in bestimmten Schritten (Hamann et al. 2007, S. 362; Simon/Härter 2010, S. 231; Luketina et al. 2012, S. 4088). Hierzu werden für eine möglichst gut gelingende Beteiligung der Betroffenen und für eine gemeinsame Entscheidungsfindung folgende Empfehlungen gegeben:

- Mitteilung, dass eine Entscheidung anfällt
- Formulierung der Gleichberechtigung der Partner
- Information über Wahlmöglichkeiten (Equipoise)
- Darstellung von Vor- und Nachteilen der Optionen
- Erfragen von Verständnis, Erwartungen und Gedanken
- Ermitteln von Präferenzen
- Aushandeln von geeigneten Entscheidungsmöglichkeiten
- Herbeiführen einer gemeinsamen Entscheidung

➤ Treffen von konsensualen Vereinbarungen zur Entscheidungsumsetzung

(Charles/Gafni/Whelan 1999, S. 656; Loh/Simon 2007, S. 6; Buchholz/Seebauer/Simon 2011, S. 137; Kraus-Füreder/Soffried 2017, S. 71).

Der Intention zur Mitbeteiligung von Patienten folgt gerade bei Tumorerkrankten, welche komplexen Therapieoptionen mit unterschiedlichem Nutzen beziehungsweise Schaden einschließlich vielfältigen physischen sowie psychischen Beeinträchtigungen ausgesetzt sind, eine besondere Beachtung in Form eines individualisierten bedürfnisgerechten Behandlungsstils (Charles/Gafni/Whelan 1997, S. 682; Siegrist 2005, S. 264; Reuter/Loh/Härter 2009, S. 132). Aber auch der von vielen Tumorkranken geforderte Wunsch nach Information beziehungsweise Einbeziehen hinsichtlich komplementärer Behandlungsverfahren lässt sich mit Hilfe dieser, auf individuelle Wünsche rücksichtnehmenden Vorgehensweise bewerkstelligen (Balneaves/Weeks/Seely 2008, S. S27–S28; Weeks et al. 2014, S. e64).

6 Informationsgebung zu Komplementärmedizin

Aufgrund vielgestaltiger Möglichkeiten, etwa in Form von Internet oder diversen Beratungseinrichtungen, wurden für Patienten Voraussetzungen zum Informationsgewinn geschaffen (Schmidt-Kaehler/Knatz 2012, S. 129). Beispielsweise werden in Österreich Erläuterungen zu einzelnen komplementären Verfahren webbasiert oder in Beratungsstellen angeboten (GAMED 2018; Gesundheitv.at. 2018; Österreichische Krebshilfe 2018). Somit verfügen Betroffene im Rahmen von Arzt-Patienten-Kontakten grundsätzlich über nutzbare Quellen zum gegenseitigen Wissens- und Informationsaustausch (Elwyn/Edwards/Kinnersley 2003, S. 55; Eichenberg/Malberg 2013, S. 73). Ob eine für onkologische Patienten hinreichende Information zu komplementären Strategien an den medizinischen Universitäten erfolgt ist Gegenstand nachfolgender Untersuchung.

6.1 Internetseiten onkologischer Versorgungskliniken

In Deutschland wurde eine Analyse zu Online-Informationen betreffend komplementärer Therapiemethoden für Krebspatienten durchgeführt (Hübner et al. 2013b, S. 275). In Anlehnung an diese Studie und auf Grundlage der beschriebenen Aspekte bezüglich angemessener Informationsgebung wurden Internetseiten der medizinischen Universitätskliniken Wien, Graz und Innsbruck am 13./14.09.2018 auf folgende Kriterien geprüft:

- Erstellungsdatum der Information
- Verfasser der informativen Inhalte
- Kontaktstelle
- Ansprechen der Zielgruppe
- Komplementärmedizinische Information (Definition von Komplementärmedizin, Theorien komplementärer Strategien, Beschreibung komplementärmedizinischer Verfahren, Darstellung von Nutzen und Risiko, Abgabe von Empfehlungen zu komplementären Verfahren)
- Literaturangaben
- Weiterführende Informationsquellen
- Layout (Verständlichkeit, Gliederung, Verwendung von Bildmaterial)

Unter Nutzung von Google wurden zum Auffinden der Informationen die Schlagwörter „Universität“, „Wien“, „Graz“, „Innsbruck“, „Onkologie“ und „Komplementärmedizin“ verwendet. Allgemeingehaltene Erläuterungen zu onkologische Erkrankungen blieben in der Auswertung der erhobenen Daten unberücksichtigt. Die Beurteilung der festgelegten Kriterien, die in einer Tabelle angeführt ist, wurde mit „√“ (vorhanden), „-“ (nicht vorhanden) oder „√/-“ (teilweise vorhanden) angegeben.

<u>Kriterium</u>	<u>Wien</u>	<u>Graz</u>	<u>Innsbruck</u>
Datum	-	-	-
Verfasser	-	-	-
Kontakt	√	-	-
Zielgruppe	√	-	-
CAM-Definition	√	-	-
Theorie	-	-	-
CAM-Verfahren	√/-	-	-
Nutzen	√	-	-
Risiko	√/-	-	-
Empfehlung	-	-	-
Literatur	-	-	-
Weiterführende Quellen	√/-	-	-
Verständlichkeit	√	-	-
Gliederung	-	-	-
Bildmaterial	√	-	-

Tabelle 1: Internetseiten onkologischer Universitätskliniken in Bezug auf Information zu Komplementärmedizin

Die Ergebnisse dieser Untersuchung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Medizinische Universität Wien: Eine Erwähnung von Komplementärmedizin findet sich auf drei Webseiten. Die „Klinik für Innere Medizin I Klinische Abteilung für Onkologie“ wird in der Begutachtung ausgeschlossen, da der Terminus Komplementärmedizin lediglich angeführt wird aber jegliche Informationen zu dieser Thematik fehlen (MedUni 2018a). Die Webseite des „Comprehensive Cancer Center

Vienna Brustgesundheitszentrum“ verweist auf die „Ambulanz für komplementäre Onkologie“ und wird aufgrund mangelnder weiterführender Information in die Beurteilung ebenfalls nicht einbezogen (MedUni Wien 2018b). Eingeschlossen in die Bewertung wird die - auf gynäkologische Tumorentitäten ausgerichtete - Online-Seite der „Klinik für Frauenheilkunde Klinische Abteilung für Gynäkologie und gynäkologische Onkologie“, welche die Rubriken „Komplementärmedizin“ und „Allgemeine Information zu Komplementärmedizin“ enthält (MedUni Wien 2018c). Bei den aufgefundenen Informationen fehlt das Erstellungsdatum und der Verfasser dieser Informationen ist nicht dezidiert angegeben. Als Kontaktperson ist der Leiter der „Ambulanz für komplementäre Therapie bei Krebserkrankungen in der Frauenheilkunde“ angeführt. Die Zielgruppe, Krebspatienten mit dem Wunsch nach einem therapeutischen Selbstbeitrag, wird angesprochen. Der Inhalt ist in verständlicher Sprache verfasst, auf eine Gliederung des Textes wird verzichtet. Der Begriff Komplementärmedizin wird als ergänzende und die konventionelle Tumorthherapie unterstützende Maßnahme erklärt und der komplementäre vom alternativmedizinischen Bereich unterschieden. Einzelne komplementäre Methoden (z.B. Misteltherapie, Vitamine, fernöstliche/pflanzliche Behandlung etc.) werden in einer Graphik aufgezählt, jedoch wird auf diese Verfahren respektive auf deren zugrundeliegenden Theorien nicht näher eingegangen. Der postulierte Nutzen einer komplementären Krebsbehandlung wird als „Verbesserung der Lebensqualität, Verringerung der Nebenwirkungen der Chemo- und Strahlentherapie und Förderung der Rehabilitation“ beschrieben. Auf Kontraindikationen einer begleitenden Methode wird verwiesen, mögliche Risiken werden aber nicht weiter erläutert. Empfehlungen für bestimmte komplementärmedizinische Verfahren werden nicht abgegeben und es erfolgt auch keine Angabe von Literaturstellen. Bezüglich nützlicher Quellen findet sich in Form einer Navigationsleiste der Hinweis zu Selbsthilfegruppen sowie eine Auflistung diverser Abkürzungen, wie beispielsweise „ÖEGGG“ (Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) oder „AGO“ (Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie). Auf deren Seiten wird man zu informationsgebenden Leitlinien verlinkt beziehungsweise zum Patientenratgeber „Brustkrebs“ verwiesen (AGO 2018; ÖEGGG 2018). An dieser Stelle ist festzuhalten, dass sich die Navigation bis zu diesen Informationen mitunter kompliziert gestaltet.

Für Patienten mit gynäkologischem Tumor besteht auf Basis der begutachteten Internetseite die Möglichkeit sich überblicksmäßig über Komplementärmedizin zu informieren und über eine ambulante Terminvereinbarung dieses Themenfeld weiter zu besprechen. Ungeklärt bleibt, wie mit nichtgynäkologisch diagnostizierten Krebspatienten umgegangen wird.

Medizinische Universität Graz: Die Suchstrategie ergibt hinsichtlich komplementärer Onkologie keinen Treffer. Bei gezielter Suche findet sich auf der Webseite der „Klinischen Abteilung für Onkologie“ die Auswahloption „Unterstützende Therapie“, welche zuletzt am 09.07.2015 aktualisiert wurde; bei der Beschreibung supportiver Maßnahmen bleiben komplementärmedizinische Strategien unberücksichtigt (LKH-Univ. Klinikum Graz 2018).

Medizinische Universität Innsbruck: Auf der Internetseite der „Inneren Medizin V Hämatologie und Onkologie“, datiert mit 2008–2014, findet sich kein Hinweis zum Themengebiet Komplementärmedizin. Bei Durchsehen der Webseite ermöglicht sich unter der Kategorie „Links“ eine Zugriffsoption auf die Wissensdatenbank „Onkopedia“, welche im Rahmen eines 2012 gestarteten deutschlandweiten Verbundprojektes mittlerweile online gestellt wurde (Witt et al. 2017b, S. 418). Mit 01.10.2018 wurde die Internetseite der Abteilung „Innere Medizin V“ adaptiert und der Hinweis zu Onkopedia gelöscht. Im Literaturverzeichnis wird der nunmehr gültige Link zur Webseite angeführt (MedUni Innsbruck 2018).

6.2 Konzept für eine empirische Befragung

Derzeit läuft in Österreich eine Patientenumfrage, in welcher unter anderem Personen mit Krebserkrankung bezüglich komplementärmedizinischer Erfahrungen, Interessen und Wünschen angesprochen werden sollen (Scigenia 2018). Auch Befragungen von onkologischen Ärzten in Bezug auf Komplementärmedizin respektive integrativer Medizin sind in internationalen Publikationen beschrieben (Osaka et al. 2009, S. 239; Bocock et al. 2011, S. 280; Münstedt et al. 2014, S. 1133; Güthlin/Holmberg/Klein 2016, S. 3857; Klein et al. 2017, S. 295–296; Yang et al. 2017, S. 13440). Bislang ist aber in Österreich keine Studie zu der Frage, in welcher Art die Beratung zu Komplementärmedizin in der onkologischen Ver-

sorgung erfolgt, bekannt, sodass eine diesbezügliche Befragung onkologischer Experten vorgeschlagen wird.

Um die Informations- beziehungsweise Beratungssituation zu komplementärmedizinischer Maßnahmen an Österreichs Universitätskliniken zu evaluieren, eignet sich die qualitative Methode in Form von semistrukturierten Interviews. Hierbei ermöglicht die Generierung von expertenspezifischem Erfahrungswissen und Kenntniskerngewinnung über die zu interessierende Zielgruppe eine Untersuchung über das Ausmass des Informationsbedarfes und über die Gestaltung der Informationsgebung. Die Auswahl der Experten kann sich zunächst auf ärztliches Personal universitärer Onkologieabteilungen beschränken und in weiterer Folge auf fachkundiges Pflegepersonal sowie auf niedergelassene Spezialisten ausgeweitet werden. Der Interviewleitfaden, der nachfolgend dargelegt wird, beinhaltet schwerpunktmäßig die Aufklärung zu komplementären Maßnahmen im Rahmen der Versorgung von Tumorpatienten und inkludiert die zugehörigen Leitfragen. Zur anschließenden Analyse der Interviewprotokolle bietet sich eine Vorgehensweise in Form der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring an.

Interviewleitfaden:

1. Komplementärmedizin

Welche komplementärmedizinische Ausbildung haben Sie absolviert? Besuchen Sie Weiterbildungen, Kongresse mit Themengebiet „Komplementärmedizin“ und „Komplementärmedizin in der Onkologie“?

Wie definieren Sie Komplementärmedizin? Welche angebotenen Methoden zählen nicht zu Komplementärmedizin? Auf welchen Theorien beruhen komplementärmedizinische Strategien?

Wie bewerten Sie die vorhandenen Informationen zu Komplementärmedizin? Gibt es genügend Informationen? Welche Schwierigkeiten lassen sich bei diesen Informationen feststellen?

Gibt es einen Austausch bezüglich der Thematik „Komplementärmedizin in der Onkologie“ innerhalb der Abteilung beziehungsweise mit anderen Experten? Wel-

che Meinungen lassen sich zu diesem Thema feststellen? Besteht ein Bedarf zu Information von Komplementärmedizin für Ärzte?

2. Komplementärmedizin in der Onkologie

Lässt sich eine Zunahme des Interesses zu komplementärmedizinischen Verfahren bei Ihren Patienten feststellen? Welche Methoden sind davon betroffen?

Gibt es Unterschiede, wann welche komplementären Verfahren von welchen Patienten genutzt werden (z.B. abhängig von Tumorstadium, Tumorentität, Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen)? Welche Behandlungsziele verfolgen onkologische Patienten bei Nutzung von Komplementärmedizin?

Welche komplementären Methoden werden an Ihrer Abteilung bei Krebspatienten angewendet? Besteht eine Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, die Komplementärmedizin anbieten? Welche Erfahrungen haben Sie zu komplementärmedizinischen Anwendungen? Erfolgt von Seiten der Patienten ein Gebrauch von Komplementärmedizin ohne Ihr Wissen?

Welchen Nutzen hat eine Anwendung von Komplementärmedizin für onkologische Patienten? Was sind mögliche Risiken von komplementärmedizinischen Verfahren? Welche Methoden betrifft dies vorwiegend?

3. Beratung zu komplementärmedizinische Methoden

Besteht ein Bedarf zu Information und Beratung bezüglich Komplementärmedizin für onkologische Patienten? Werden von Patienten komplementäre Behandlungen erfragt? Welche komplementärmedizinischen Methoden interessiert Patienten besonders? Welche Informationen haben Patienten zu Komplementärmedizin? Welche Quellen zu komplementärmedizinischen Verfahren nutzen Patienten?

Welche onkologischen Patienten möchten eine Beratung zu Komplementärmedizin? Gibt es Unterschiede z.B. hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bildung, Tumorstadium, Tumorart?

Erfolgt eine routinemäßige Information zu komplementärmedizinischen Strategien für Ihre Patienten? Welche komplementärmedizinischen Verfahren werden in die Beratung einbezogen? In welcher Weise geben Sie Empfehlungen für oder gegen

komplementärmedizinische Methoden ab? Durch welches Gesundheitspersonal erfolgt eine Beratung zu Komplementärmedizin?

Welcher Nutzen ergibt sich für onkologische Patienten bei Information und Beratung zu Komplementärmedizin? Wie bewerten Sie die Problematik bei Nichtbeachtung dieser Thematik?

4. Information zu Komplementärmedizin

Welches schriftliche Informationsmaterial wird onkologischen Patienten zur Verfügung gestellt? Sind in diese Informationen komplementäre Therapiestrategien inkludiert?

Wird Informationsmaterial an Ihrer Abteilung verfasst? Werden bei Schreiben von Informationen Patienten einbezogen?

Welche patientenrelevanten Inhalte sind bei Verfassung von Informationen wichtig? Welcher Nutzen lässt sich durch schriftliche Patienteninformation feststellen? Was sind die Probleme bei patientenseitigen Informationsdefiziten?

Gibt es eine bestimmte Art von schriftlichen Informationen, die Patienten bevorzugen (z.B. Broschüren, Leitlinien)?

5. Entscheidungsfindung zu komplementärer Behandlung in der Onkologie

Wie erfolgt die Entscheidung zur Anwendung von zusätzlichen nichtkonventionellen Therapieverfahren? Welche Personen entscheiden die Nutzung von komplementärmedizinischen Methoden?

6. Handlungsbedarf

Was ist bezüglich der Thematik „Komplementärmedizin in der Onkologie“ im Hinblick auf Ihre Patienten verbesserungswürdig? Sehen Sie einen Bedarf zur standardmäßigen Integration von Komplementärmedizin in der Onkologie? Welche Voraussetzungen müssen für ein Einbeziehen von komplementärmedizinischen Verfahren in der Onkologie erfüllt sein? Welche Argumente sprechen für eine diesbezügliche Integration und welche für eine ablehnende Haltung? Zu welchen komplementärmedizinischen Verfahren werden an Ihrer Abteilung klinische Studien durchgeführt?

7 Diskussion

Bei Betrachtung der historischen Entwicklung der Medizin lässt sich feststellen, dass viele der komplementärmedizinischen Methoden über eine lange Tradition verfügen und in der ehemals erfahrungsgeliteten Medizin als vorherrschende Therapiemittel eingesetzt wurden. Erst mit Einzug der Naturwissenschaften in die Medizin im Zuge der Aufklärung entwickelte sich im Laufe der Zeit ein evidenzbasiertes Medizinsystem, welches unkonventionelle, keiner rationalen Basis unterliegende Verfahren aus dem Behandlungsrepertoire ausgliederte. Seitdem werden komplementäre Strategien kontroversiell diskutiert, konnten sich aber dennoch mittels vielzähliger, wenn auch hinsichtlich mancher Methoden umstrittener Angebote als Bestandteil des Gesundheitssystems etablieren. Die bis dato anhaltende Popularität komplementärmedizinischer Verfahren und Vorgangsweisen beruht vor allem auf einer der technisierten Medizin konträren Herangehensweise bei Erkrankungen. Hierbei sind im Rahmen therapeutischer Ansätze neben der Berücksichtigung von körperlichen, seelischen und geistigen Aspekten und somit dem Erfassen des erkrankten Menschen in seiner Gesamtheit, vor allem die Förderung selbstheilender Kräfte und Aktivierung von Regulationsmechanismen sowie das Wiedererlangen von Autonomie und Selbstwirksamkeit ausschlaggebend.

Besonders im Kontext onkologischer Erkrankungen spielen komplementärmedizinische Anwendungsoptionen eine bedeutsame Rolle. Die Diagnose Krebs trifft Betroffene meist plötzlich, unvorbereitet und löst Gefühle wie Angst, Hilflosigkeit, Unsicherheit und oft auch Verzweiflung aus. Die Konfrontation mit dieser Erkrankung schockiert wie kaum eine andere und Krebspatienten fühlen sich vom Tode bedroht. Auch wenn in der wissenschaftlich betriebenen Medizin permanente Fortschritte erzielt werden, können bestimmte Tumorentitäten nur unbefriedigend therapiert beziehungsweise geheilt werden. Ferner sind konventionelle Therapieverfahren mit zahlreichen Nebenwirkungen verbunden, die nicht nur schwer oder ungenügend behandelbar sind, sondern auch eine Einschränkung der Lebensqualität bedingen. Um etwaige Nebenwirkungen der onkologischen Behandlung zu reduzieren und einen aktiven Beitrag zur Unterstützung des Behandlungserfolges zu leisten, aber auch um die Kontrolle über den eigenen

Körper wie auch das eigene Leben zu behalten, sind viele Tumorpatienten auf der Suche nach Möglichkeiten, die konventionelle Behandlung zu optimieren und dadurch erträglicher zu gestalten. Eine adäquate Entscheidung bezüglich Inanspruchnahme ergänzender Therapien erweist sich allerdings für die Betroffenen häufig als schwierig. Zum einen mangelt es an zuverlässigen Informationen zur Komplementärmedizin, wodurch sich patientenseitige Probleme beim Einschätzen von Nutzen und Risiken der unterschiedlichen komplementärmedizinischen Angebote ergeben. Zum anderen fehlt oftmals eine entsprechende ärztliche Aufgeschlossenheit gegenüber dieser Thematik und ergänzende Begleitmaßnahmen bleiben während Arzt-Patienten-Dialoge unbesprochen. So sind onkologische Patienten in der Auswahl einer geeigneten Zusatztherapie überwiegend auf sich alleine gestellt, nutzen komplementäre Therapien in einer Art „Eigenbehandlung“ und sind sich möglicher Risiken, wie Wechselwirkungen mit onkologischen Standardtherapien, nicht bewusst.

Damit Krebserkrankte in Bezug auf therapeutische Optionen zum Treffen fundierter Entscheidungen befähigt werden, bedarf es entsprechend dem gesundheitspolitisch erklärten Ziel, dem Stärken gesundheitskompetenter Fähigkeiten, wesentlicher Handlungen. So ist das Bereitstellen von relevanten, auf Patientenbedürfnisse zugeschnittenen Informationen erforderlich, damit Krebserkrankte den Hintergrund ihrer Erkrankung verstehen, die Prognose richtig deuten sowie optionale Therapien einschließlich deren Vor- und Nachteile korrekt beurteilen. Indem angemessene Informationen zu wirksamen und risikoarmen begleitenden Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden, erlangen Tumorpatienten einen Wissenszuwachs, welcher für Betroffene bei der Auswahl einer geeigneten komplementären Therapie unterstützend wirkt. Die Durchsicht der Internetseiten universitärer Onkologieabteilungen zeigte jedoch, dass in Wien das thematische Themenfeld der Komplementärmedizin zwar beschrieben, aber lediglich für gynäkologische Tumorpatienten dargestellt wird. In Graz und Innsbruck fanden sich keine webbasierten Informationen zu komplementären Techniken. Schlussfolgernd legt die vorliegende Arbeit nahe, dass diesem Thema zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt und für Betroffene eine unzureichende Hilfestellung geleistet wird.

Eine weitere wichtige Maßnahme ist der Aufbau einer bedarfs- und bedürfnisgerechten sowie auf Vertrauen basierenden Arzt-Patient-Interaktion. Auf dieser Basis wird mittels partnerschaftlicher Vorgehensweise im Rahmen eines wechselseitigen Informationsaustausches auf patientenseitige Wünsche wie auch auf Erwartungen in Bezug auf jegliche Therapieoptionen eingegangen. Durch eine gemeinsam mit dem Arzt gestaltete Entscheidung fühlen sich Betroffene hinsichtlich nützlicher komplementärer Methoden in ihren Anliegen ernst genommen und werden vor riskanten Selbstbehandlungen bewahrt. Ferner lässt sich durch die patientenseitige Mitentscheidung bei der Wahl medizinischer Behandlungsoptionen eine für onkologische Patienten subjektiv bestmögliche, individuell abgestimmte Therapie erarbeiten und überdies das Bedürfnis der betreffenden Person nach aktiver Mitarbeit an Behandlung und Heilung berücksichtigen. Um die Beratungssituation betreffend Komplementärmedizin zu eruieren, wird eine Befragung onkologischer Ärzte vorgeschlagen. Diese Expertenbefragungen können Hinweise liefern, wie mit dem Einbeziehen von komplementären Methoden in der Onkologie umgegangen wird und welche Schritte erforderlich sind, um für Krebspatienten weitere außerhalb der Schulmedizin existierende Therapiemöglichkeiten zu ermöglichen.

Schätzungen zufolge wird zukünftig mit einer Steigerung von Krebserkrankungen gerechnet. Dies stellt für das Gesundheitssystem in seiner Gesamtheit eine große Herausforderung dar, welches Anlass zu einer akzeptierenden Haltung gegenüber einer Erweiterung des onkologischen Therapiespektrums geben sollte. Mit der geplanten Novellierung des Ärztegesetzes und der daraus folgenden versorgungstechnischen Integration komplementärer Heilverfahren bietet sich die Chance, die bisherige Ausgrenzung komplementärer Verfahren aufzuheben und eine wesentliche Grundlage zu schaffen, Komplementärmedizin in den onkologisch therapeutischen Prozess einzugliedern. Auch wenn bei vielen komplementärmedizinischen Strategien der Wirksamkeitsnachweis fehlt und ein diesbezüglicher Forschungsbedarf besteht, könnten diese bei Tumorpatienten durch Veränderung und/oder Einstellung zu ihrer Erkrankung, durch Unterstützung im Rahmen der Krankheitsbewältigung und durch die positive Erfahrung einer eigenen Handlungsfähigkeit potentiell von Nutzen sein.

8 Literaturverzeichnis

Abel T./Sommerhalder K. (2015): Gesundheitskompetenz/Health literacy. Das Konzept und seine Operationalisierung, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Vol. 58, 9, S. 923–929

Abrams M.A. et al. (2014): Building health literate organizations: a guidebook to achieving organizational change. Iowa: Unity Point Health.

ÄZQ/BÄK/KBV [Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin/Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2016): Methodenreport zur Entwicklung von Kurzinformationen für Patienten (KiP). 2. Auflage, Version 1. [Online] <https://www.patienten-information.de/mdb/downloads/kip/methodik/aezq-kip-patienten-methodik.pdf> [Zugriff am 23.11.2018]

AGO [Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V.] (2018): Patientenratgeber. [Online] <https://www.ago-online.de/de/fuer-patienten/patientenratgeber/> [Zugriff am 23.11.2018]

Aigner K.R. et al. (2016): Krebstherapie. In: Aigner K.R./Stephens F.O. (Hg.): Onkologie Basiswissen. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag, S. 77–105

Akpunar D./Bebis H./Yavan T. (2015): Use of complementary and alternative medicine in patients with gynecologic cancer: a systematic review, Asia Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol. 16, S. 7847–7852

Albrecht M./Steckelberg A. (2014): Manual für die Erstellung von evidenzbasierten Informationen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

American Cancer Society (2018): Complementary and alternative medicine. [Online] <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/complementary-and-alternative-medicine.html> [Zugriff am 23.11.2018]

Andrus M.R./Roth M.T. (2002): Health literacy: a review, Pharmacotherapy, Vol. 22, 3, S. 282–302

Antonovsky A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Arora N.K. (2003): Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior, Social Science & Medicine, Vol. 57, S. 791–806

Arthur K. et al. (2012): Practices, attitudes, and beliefs associated with complementary and alternative medicine (CAM) use among cancer patients, Integrative Cancer Therapies, Vol. 11, 3, S. 232–242

Auerbach L. et al. (2002): Krebs und Komplementärmedizin. Die 111 wichtigsten ergänzenden Methoden zur Vorbeugung, Therapie und Nachsorge. Wien-/München/Bern: Verlag Wilhelm Maudrich.

AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.] online (2018): Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen PatientInnen. Angemeldetes Leitlinienvorhaben. [Online] <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/032-055OL.html> [Zugriff am 23.11.2018]

Bachmann J. (2012): Akupunktur. In: Beer A.-M./Adler M. (Hg.): Leitfaden Naturheilverfahren für die ärztliche Praxis. München: Urban & Fischer Verlag, S. 303–316

Bahall M. (2017): Prevalence, patterns, and perceived value of complementary and alternative medicine among cancer patients: a cross-sectional, descriptive study, BMC Complementary and Alternative Medicine, Vol. 17, 345, S. 1–9

Baker D.W. et al. (1996): The health care experience of patients with low literacy, Archives of Family Medicine, Vol. 5, S. 329–334

Balneaves L.G. et al. (2007): Bridging the gap: decision-making processes of women with breast cancer using complementary and alternative medicine (CAM), Support Care Cancer, Vol. 15, S. 973–983

Balneaves L.G./Weeks L./Seely D. (2008): Patient decision-making about complementary and alternative medicine in cancer management: context and process, Current Oncology, Vol. 15, 2, S. S24–S30

Barnes S. et al. (2012): Enhancing patient-professional communication about end-of-life issues in life-limiting conditions: a critical review of the literature, Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 44, 6, S. 866–879

Bastian H./Bühler D./Sawicki P.T. (2009): Für Bürger und Patienten - Die evidenzbasierten Gesundheitsinformationen des IQWiG. In: Roski R. (Hg.): Zielgruppen-gerechte Gesundheitskommunikation. Akteure - Audience Segmentation - Anwendungsfelder. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 183–197

Baumann E./Hastall M.R. (2014): Nutzung von Gesundheitsinformationen. In: Hurrelmann K./Baumann E. (Hg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Verlag Hans Huber, S. 451–466

Bechmann S. (2014): Medizinische Kommunikation. Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag.

Becker A./Kochen M.M. (2001): Möglichkeiten und Grenzen der EBM, Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Vol. 77, S. 296–299

Beer A.-M./Adler M. (2012): Klassische Naturheilverfahren: Grundsätzliches und Standortbestimmung. In: Beer A.-M./Adler M. (Hg.): Leitfaden Naturheilverfahren für die ärztliche Praxis. München: Urban & Fischer Verlag, S. 13–24

Berger Z. (2014): Navigating the unknown: shared decision-making in the face of uncertainty, *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 30, 5, S. 675–678

Berger D.P. (2017): Experimentelle Therapieansätze. In: Berger D.P./Mertelsmann R. (Hg.): Das Rote Buch. Hämatologie und Internistische Onkologie. 6., überarbeitete und erweiterte Auflage. Landsberg/Lech: ecomed Medizin, S. 576–580

Beuth J. (2007): Krebs ganzheitlich behandeln. 3., vollständig überarbeitete Ausgabe. Stuttgart: TRIAS Verlag.

BGBI. [Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich] I Nr. 89 (2001): Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta). Ausgegeben am 3. August 2001. [Online]
https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/2001_89_1/2001_89_1.pdf [Zugriff am 23.11.2018]

Blöchl-Daum B. (2004): Wozu brauchen wir plazebokontrollierte Studien. In: Frass M./Maier M./Reiter A. (Hg.): Grundlagen und Praxis komplementärmedizinischer Methoden. Wien: Facultas Verlag, S. 48–54

BMASGK [Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz] (2018a): Komplementär/Alternativmedizin. Komplementäre Methoden. [Online]
https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Medizin_und_Berufe/Medizin/Komplementaer_Alternativmedizin/Komplementaermedizin_komplementaere_Methoden/ [Zugriff am 23.11.2018]

BMASGK [Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz] (2018b): Komplementär/Alternativmedizin. Was ist Komplementärmedizin? Was sind sonstige komplementäre Methoden? [Online]
https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Medizin_und_Berufe/Medizin/Komplementaer_Alternativmedizin/Komplementaermedizin_komplementaere_Methoden/ [Zugriff am 23.11.2018]

BMASGK [Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz] (2018c): Prognose der Krebsprävalenz bis 2030. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

BMASGK [Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz] (2018d): Wer bietet komplementärmedizinische oder sonstige komplementäre Methoden an? Gewerbe. [Online]
https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Medizin_und_Berufe/Medizin/Komplementaer_Alternativmedizin/AnbieterInnen/Gewerbe [Zugriff am 23.11.2018]

BMASGK [Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz] (2018e): Wer übernimmt die Kosten einer komplementärmedizinischen Behandlung? [Online]

https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Medizin_und_Berufe/Medizin/Komplementaer_Alternativmedizin/Kosten/ [Zugriff am 23.11.2018]

BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2012): Komplementärmedizin und sonstige komplementäre Methoden. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2013): Rahmen-Gesundheitsziele. Bericht der Arbeitsgruppe zum Rahmen-Gesundheitsziel 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2014): Krebsrahmenprogramm Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

BMGF [Bundesministerium für Gesundheit und Frauen] (2016): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

BMGF [Bundesministerium für Gesundheit und Frauen] (2017a): Gesundheitsberufe in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

BMGF [Bundesministerium für Gesundheit und Frauen] (2017b): Gesundheitsziel 3. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Bericht der Arbeitsgruppe. Erscheinungsdatum April 2014 / Ausgabe April 2017. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

BMGF [Bundesministerium für Gesundheit und Frauen] (2017c): Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich - Langfassung. Wien 2012, Ausgabe 2017 mit aktualisiertem Vorwort. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

Bock K.D. (1993): Wissenschaftliche und alternative Medizin. Paradigmen - Praxis - Perspektiven. Berlin et al.: Springer Verlag.

Bocock C. et al. (2011): Beliefs of new zealand doctors about integrative medicine for cancer treatment, *Integrative Cancer Therapies*, Vol. 10, 3, S. 280–288

Bouhafs D. (2011): Komplementärmedizin. Alternative Heilmethoden unter der Lupe. Giarus/Chur: Rüegger Verlag.

Braun B./Marstedt G. (2011): Der informierte Patient: Wunsch und Wirklichkeit. In: Hoefert H.-W./Klotter C. (Hg.): Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Göttingen et al.: Hogrefe Verlag, S. 47–65

Buchholz A./Seebauer L./Simon D. (2011): Partizipative Entscheidungsfindung - Wunsch und Realität. In: Hoefert H.-W./Klotter C. (Hg.): Wandel der Patientenrolle.

Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Göttingen et al.: Hogrefe Verlag, S. 135–146

Bühring M. (1999): Zum Begriff „Komplementärmedizin“, Forschende Komplementärmedizin, Vol. 6, S. 125–126

Büssing A./Ostermann T./Matthiessen P.F. (2005): Spiritualität, Religiosität und Krankheitsbewältigung. In: Münstedt K. (Hg.): Ratgeber Unkonventionelle Krebstherapien. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Landsberg/Lech: ecomed Medizin, S. 84–93

Bullemer U. (2012): Klassische Homöopathie. In: Beer A.-M./Adler M. (Hg.): Leitfaden Naturheilverfahren für die ärztliche Praxis. München: Urban & Fischer Verlag, S. 318–327

Bunge M./Mühlhauser I./Steckelberg A. (2010): What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria, Patient Education and Counseling, Vol. 78, S. 316–328

CAM-Cancer [Complementary and Alternative Medicine for Cancer] (2016): CAM-cancer's position paper on terminology. [Online]
<http://cam-cancer.org/About-CAM-Cancer/Special-topics/CAM-Cancer-s-position-paper-on-terminology> [Zugriff am 23.11.2018]

CDC [Centers for Disease Control and Prevention] (2010): Simply put. A guide for creating easy-to-understand materials. Third edition. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services. [Online]
https://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/Simply_Put.pdf [Zugriff am 23.11.2018]

Chang V.T. et al. (2000): Symptom and quality of life survey of medical oncology patients at a veterans affairs medical center: a role for symptom assessment, Cancer, Vol. 88, 5, S. 1175–1183

Chang K.H. et al. (2011): Complementary and alternative medicine use in oncology: a questionnaire survey of patients and health care professionals, BMC Cancer, Vol. 11, 196, S.1–9

Charles C./Gafni A./Whelan T. (1997): Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango), Social Science & Medicine, Vol. 44, 5, S. 681–692

Charles C./Gafni A./Whelan T. (1999): Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model, Social Science & Medicine, Vol. 49, S. 651–661

Charnock D. (1998): The discern handbook. Quality criteria for consumer health information on treatment choices. Abingdon: Radcliffe Medical Press.

Chewning B. et al. (2012): Patient preferences for shared decisions: a systematic review, Patient Education and Counseling, Vol. 86, S. 9–18

Chopra A./Doiphode V.V. (2002): Ayurvedic medicine. Core concept, therapeutic principles, and current relevance, *Medical Clinics of North America*, Vol. 86, 1, S. 75–89

Ciardello F. et al. (2014): Delivering precision medicine in oncology today and in future - the promise and challenges of personalised cancer medicine: a position paper by the european society for medical oncology (ESMO), *Annals of Oncology*, Vol. 25, S. 1673–1678

Cochrane Deutschland (2018): Evidenzbasierte Medizin. [Online]
<https://www.cochrane.de/de/ebm> [Zugriff am 23.11.2018]

Cousin G. et al. (2012): Concordance between physician communication style and patient attitudes predicts patient satisfaction, *Patient Education and Counseling*, Vol. 87, S. 193–197

Craig P. et al. (2012): Developing and evaluating complex interventions: the new medical research council guidance, *Commentary / International Journal of Nursing Studies*, Vol. 50, S. 585–592

Daste A. et al. (2016): Targeted therapy and elderly people: a review, *European Journal of Cancer*, Vol. 69, S. 199–215

Davis T.C. et al. (2002): Health literacy and cancer communication, *CA A Cancer Journal for Clinicians*, Vol. 52, 3, S. 134–149

Davis E.L. et al. (2012): Cancer patient disclosure and patient-doctor-communication of complementary and alternative medicine use: a systematic review, *The Oncologist*, Vol. 17, S. 1475–1481

Davis C. et al. (2017): Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by european medicines agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009–13, *British Medical Journal*, Vol. 359, S. 1–13

Delgado-López P.D./Corrales-Garcia E.M. (2018): Influence of internet and social media in the promotion of alternative oncology, cancer quackery, and the predatory publishing phenomenon, *Cureus*, Vol. 10, 5, S. 1–15

De Morgan S. et al. (2002): „Well, have I got cancer or haven't I?“ The psychosocial issues for women diagnosed with ductal carcinoma in situ, *Health Expectations*, Vol. 5, S. 310–318

Der Brockhaus (2008): *Alternative Medizin. Heilsysteme, Diagnose- und Therapieformen, Arzneimittel*. Leipzig/Mannheim: F.A. Brockhaus.

Der Standard (2018): Komplementäre Methoden bei Krebs: Viele Fragezeichen. [Online]
<https://derstandard.at/2000076688135/Komplementaere-Methoden-bei-Krebs-Viele-Fragezeichen> [Zugriff am 23.11.2018]

Dierks M.-L. et al. (2001): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195/August 2001. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung.

Dierks M.-L./Seidel G. (2005): Gleichbrechtigte Beziehungsgestaltung zwischen Ärzten und Patienten - wollen Patienten wirklich Partner sein? In: Härter M./Loh A./Spies C. (Hg.): Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 35–44

Dietscher C./Lorenc J./Pelikan J. (2015): Pilottestung zum „Selbstbewertungsinstrument für die organisationale Gesundheitskompetenz von Krankenhäusern“ gemäß dem Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen. Forschungsbericht. Wien: Ludwig Boltzmann Institut Promotion Research.

Diviani N./Schulz P.J. (2011): What should laypersons know about cancer? Towards an operational definition of cancer literacy, Patient Education and Counseling, Vol. 85, S. 487–492

Dkfz. [Deutsches Krebsforschungszentrum Krebsinformationszentrum] (2018): Zielgerichtete Krebstherapien: Wie funktioniert sie? [Online]
<https://www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/iblatt/iblatt-zielgerichtete-krebstherapien.pdf> [Zugriff am 23.11.2018]

DNEbM [Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin] (2011): Grundbegriffe der EbM. Definitionen. [Online]
<https://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/> [Zugriff am 23.11.2018]

DNEbM [Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin] (2016): Gute Praxis Gesundheitsinformation. Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks evidenzbasierte Medizin e. V. Version: 2.0 [Online]
<https://www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/gpgi2.pdf> [Zugriff am 23.11.2018]

Doak C.C. et al. (1998): Improving comprehension for cancer patients with low literacy skills: strategies for clinicians, CA A Cancer Journal for Clinicians, Vol. 48, 3, S. 151–162

Dobos G./Kümmel S. (2011): Gemeinsam gegen Krebs. Naturheilkunde und Onkologie - Zwei Ärzte für eine menschliche Medizin. München: Verlag Zabert Sandmann.

Dobos G. (2013): Hintergrund. In: Integrative Onkologie am Beispiel Brustkrebs: Was kann die Naturheilkunde in der Tumormedizin leisten? München: Urban & Fischer Verlag, S. 3–5

Dobos G. (2014): Die Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin an den Kliniken Essen-Mitte, akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen. In: Hoefert H.-W./Michalsen A./Uehleke B. (Hg.): Komplementärmedizin im

Krankenhaus. Strategien, Konzepte, Umsetzung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 214–219

Dold U.W. (2005): Unkonventionelle Heilmethoden und Schulmedizin aus kritischer Sicht. In: Münstedt K. (Hg.): Ratgeber Unkonventionelle Krebstherapien. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Landsberg/Lech: ecomed Medizin, S. 49–59

Dua P. et al. (2017): Cancer-related hair loss: a selective review of the alopecia research literature, *Psychooncology*, Vol. 26, 4, S. 438–443

Duan J./Wang Y./Jiao S. (2018): Checkpoint blockade-based immunotherapy in the context of tumor microenvironment: opportunities and challenges, *Cancer Medicine*, Vol. 00, S. 1–13

Ebel M.-D. et al. (2015): Perception of cancer patients of their disease, self-efficacy and locus of control and usage of complementary and alternative medicine, *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, Vol. 141, S. 1449–1455

Eckart W.U./Jütte R. (2014): *Medizingeschichte. Eine Einführung*. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Köln/Weimar/Wien: Böhlau Verlag.

Eckart W.U. (2017): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. 8. Auflage. Berlin: Springer Verlag.

Egger J.W. (2017): *Theorie und Praxis der biosychosozialen Medizin. Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin*. Wien: Facultas Verlag.

Egger S. et al. (2018): Factors associated with the use of complementary and alternative medicines for prostate cancer by long-term survivors, *PLoS ONE*, Vol. 13, 3, S. 1–13

Eichenberg C./Malberg D. (2013): Der internetinformierte Patient - ein schwieriger Patient für das Gesundheitswesen? In: Hoefert H.-W./Härter M. (Hg.): *Schwierige Patienten*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 59–81

Eichler M. et al. (2015): Evidenzbasierte Medizin. Möglichkeiten und Grenzen, *Deutsches Ärzteblatt*, Vol. 112, 51–52, S. A2190–A2192

Eisenberg D. (2001): Komplementäre und alternative Medizin sowie ihre Anwendung in den USA: Epidemiologie und Trends 1999–2000. In: Ernst E. et al. (Hg.): *Praxis Naturheilverfahren. Evidenzbasierte Komplementärmedizin*. Berlin: Springer Verlag, S. 448–463

Ellegaard M.-B.B. et al. (2017): Fear of cancer recurrence and unmet needs among breast cancer survivors in the first five years. A cross-sectional study, *Acta Oncologica*, Vol. 56, 2, S. 314–320

Elwyn G./Edwards A./Kinnnersley P. (2003): Shared decision-making in der medizinischen Grundversorgung. In: Scheibler F./Pfaff H. (Hg.): *Shared Decision-Ma-*

king. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim/-München: Juventa Verlag, S. 55–68

Engel G.L. (1970): Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Ein Lehrbuch für Ärzte, Psychologen und Studenten. Bern/Stuttgart/Wien: Verlag Hans Huber.

Ernst E./Cassileth B.R. (1998): The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: a systematic review, *Cancer*, Vol. 83, 4, S. 777–782

Ernstmann N. et al. (2017a): Patient-physician communication and health-related quality of life of patients with localised prostate cancer undergoing radical prostatectomy - a longitudinal multilevel analysis, *British Journal of Urology International*, Vol. 119, S. 396–405

Ernstmann N. et al. (2017b): Patients` trust in physician, patient enablement, and health-related quality of life during colon cancer treatment, *Journal of Cancer Education*, Vol. 32, S. 571–579

Eschiti V.S. (2007): Lesson from comparison of CAM use by women with female-specific cancers to others: it`s time to focus on interaction risks with CAM therapies, *Integrative Cancer Therapies*, Vol. 6, 4, S. 313–344

European Consultation on the rights of patients (1994): A declaration on the promotion of patients` rights in europe. Amsterdam 28-30 March 1994. Copenhagen: World Health Organization.

Evans M. et al. (2007): Decisions to use complementary and alternative medicine (CAM) by male cancer patients: information-seeking roles and types of evidence used, *BMC Complementary and Alternative Medicine*, Vol. 7, 25, S. 1-13

Falkenberg T. et al. (2012): Towards a pan-european definition of complementary and alternative medicine - a realistic ambition?, *Forschende Komplementärmedizin*, Vol. 19, 2, S. 6–8

Fallowfield L./Jenkins V. (2004): Communicating sad, bad, and difficult news in medicine, *The Lancet*, Vol. 363, S. 312–319

Felder-Puig R. et al. (2006): Das ärztlich-therapeutische Gespräch. Die Effektivität verstärkter Arzt-Patienten-Kommunikation. Ein Kurz-Assessment. Wien: Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment.

Fine E. et al. (2010): Directly observed patient-physician discussions in palliative and end-of-life care: a systematic review of the literature, *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 13, 5, S. 595–603

Finset A. (2012): Clinician-patient interaction and health outcome: a potential impact on symptoms and quality of life in patients with pain?, *Patient Education and Counseling*, Vol. 89, S. 217–218

- Fischbeck S. (2003): Zum Bedürfnis onkologischer Patienten nach therapiebezogener Mitbestimmung. In: Scheibler F./Pfaff H. (Hg.): Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim/München: Juventa Verlag, S. 46–54
- Fletcher C. et al. (2017): The information needs of adult cancer survivors across the cancer continuum: a scoping review, Patient Education and Counseling, Vol. 100, S. 383–410
- Focks C. (2018): Yin und Yang. In: Focks C. (Hg.): Leitfaden Chinesische Medizin. Grundlagen. 7. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, S. 35–38
- Forster R. et al. (2012): Patientenberatung und -information in Österreich. In: Schaeffer D./Schmidt-Kaehler S. (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, S. 265–277
- Fouladbakhsh J.M./Balneaves L./Jenuwine E. (2013): Understanding CAM natural health products: implications of use among cancer patients and survivors, Journal of the Advanced Practitioner in Oncology, Vol. 4, 5, S. 1–29
- Fousek S./Domittner B./Nowak P. (2012): Health Literacy - „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Frank M. (2015): Komplementärmedizin in der Arztpraxis. Akupunktur, Homöopathie und Naturheilverfahren erfolgreich anwenden. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Frenkel M./Ben-Arye E./Cohen L. (2010): Communication in cancer care: discussing complementary and alternative medicine, Integrative Cancer Therapies, Vol. 9, 2, S. 177–185
- Frenkel M./Cohen L. (2014): Effective communication about the use of complementary and integrative medicine in cancer care, The Journal of Alternative and Complementary Medicine, Vol. 20, 1, S. 12–18
- Furzer B.J. et al. (2014): Positive patient experiences in an Australian integrative oncology centre, BMC Complementary and Alternative medicine, Vol. 14, 158, S. 1–8
- Gaisser A. (2004): Informationsbedarf von Krebspatienten im Spiegel der telefonischen Beratung des Krebsinformationsdienstes KID. In: Bartsch H.H./Weis J. (Hg.): Gemeinsame Entscheidung in der Krebstherapie. Arzt und Patient im Spannungsfeld der Shared Decision. Basel et al.: Karger Verlag, S. 29–45
- Gaisser A. (2010): Informationsbedürfnisse von Brustkrebspatientinnen und ihren Angehörigen. In: Kreienberg R. et al. (Hg.): Mammakarzinom Interdisziplinär. Berlin/Heidelberg/New York: Springer Verlag, S. 363–376
- Gaissmaier W./Gigerenzer G. (2013): Wenn fehlinformierte Patienten versuchen, informierte Gesundheitsentscheidungen zu treffen. In: Gigerenzer G./Muir Gray

J.A. (Hg.): Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 29–44

Gallé F. et al. (2017): Gute Gesundheitsinformation Österreich. Die 15 Qualitätskriterien. Der Weg zum Methodenpapier - Anleitung für Organisationen. Graz/Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz in Zusammenarbeit mit dem Frauengesundheitszentrum.

GAMED [Wiener internationale Akademie für Ganzheitsmedizin] (2018): Ganzheitsmedizin. Methoden. [Online]
<https://www.gamed.or.at/de/Ganzheitsmedizin-Methoden-Uebersicht> [Zugriff am 23.11.2018]

Ge J. et al. (2012): Patient-physician communication about complementary and alternative medicine in a radiation oncology setting, International Journal of Radiation Oncology, Vol. 85, 1, S. e1–e6

General Medical Council (2008): Consent: patients and doctors making decisions together. London et al.: General Medical Council.

Genneper T./Wegener A. (2017): Einführung. In: Genneper T./Wegener A. (Hg.): Lehrbuch Homöopathie. Grundlagen und Praxis der klassischen Homöopathie. 4., aktualisierte Ausgabe. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag, S. 1–5

Gerber B. et al. (2006): Complementary and alternative therapeutic approaches in patients with early breast cancer: a systematic review, Breast Cancer Research and Treatment, Vol. 95, S. 199–209

Gesundheit.gv.at. [Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs] (2018): Komplementärmedizin. [Online]
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/komplementaer-medizin/inhalt> [Zugriff am 23.11.2018]

Glare P.A. et al. (2014): Pain in cancer survivors, Journal of Clinical Oncology, Vol. 32, 16, S. 1739–1747

Glowatzki G. (1990): Der Weg der Medizin in die Neuzeit und der Hang des Menschen zum Irrationalen. In: Jungi W.F./Senn H.-J. (Hg.): Krebs und Alternativmedizin II. Berlin et al.: Springer Verlag, S. 237–246

Greenhalgh T./Howick J./Maskrey N. (2014): Evidence based medicine: a movement in crisis?, British Medical Journal, Vol. 348, S. 1–7

Greenlee H. et al. (2016): Association between complementary and alternative medicine use and breast cancer chemotherapy initiation. The breast cancer quality of care (BQUAL) study, JAMA Oncology, Vol. 2, 9, S. 1–15

Greten H.J. (2010): Traditionelle Chinesische Medizin als eine neue vegetative Medizin? In: Becker R. et al. (Hg.): „Neue“ Wege in der Medizin. Alternativmedizin - Fluch oder Segen? Im Auftrag der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, Akademie der Wissenschaften des Landes Baden-Württemberg. Akademiekonferenzen. Band 10. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, S. 95–122

Grössmann N./Wild C. (2017): Between January 2009 and April 2016, 134 novel anticancer therapies were approved: what is the level of knowledge concerning the clinical benefit at the time of approval?, *ESMO Open*, Vol. 1, 6, S. 1–6

Groth S. (2017): Werkzeugkoffer zu Gute Gesundheitsinformation Österreich. Für alle, die Gesundheitsinformationen in Auftrag geben, verfassen und vermitteln. Eine Maßnahme der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) zur Umsetzung des Gesundheitsziels 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Graz: Frauengesundheitszentrum.

Güthlin C./Holmberg C./Klein G. (2016): Oncologists` experiences of discussing complementary and alternative treatment options with their cancer patients. A qualitative analysis, *Support Care Cancer*, Vol. 24, S. 3857–3862

Guyatt G. et al. (1992): Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice in medicine. Evidence-based medicine working group, *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 268, 17, S. 2420–2425

Gysels M./Higginson I.J. (2007): Interactive technologies and videotapes for patient education in cancer care: systematic review and meta-analysis of randomised trials, *Support Care Cancer*, Vol. 15, S. 7–20

Haanen et al. (2017): Management of toxicities from immunotherapy: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, *Annals of Oncology*, Vol. 28, 4, S. iv119–142

Hahn E.A. et al. (2010): Patient attitudes and preferences regarding literacy screening in ambulatory cancer care clinics, *Patient Related Outcome Measures*, Vol. 1, S. 19–27

Hahnemann S. (2006): *Organon der Heilkunst*. 6. Auflage. Kandel: Narayana Verlag.

Halbach S.M. et al. (2016): Unmet information needs and limited health literacy in newly diagnosed breast cancer patients over the course of cancer treatment, *Patient Education and Counseling*, Vol. 99, S. 1511–1518

Hamann J./Hein J./Kissling W. (2005): Patientenempowerment - eine wirksame Strategie zur Förderung der Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. In: Härter M./Loh A./Spies C. (Hg.): *Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln*. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 45–51

- Hamann J. et al. (2007): Participation preferences of patients with acute and chronic conditions, *Health Expectations*, Vol. 10, S. 358–363
- Hamilton A.S. et al. (2012): Predictors of use of complementary and alternative medicine by non-hodgkin lymphoma survivors and relationship to quality of life, *Integrative Cancer Therapies*, Vol. 12, 3, S. 225–235
- Hann D.M. et al. (2005): Use of complementary therapies among breast and prostate cancer patients during treatment: a multisite study, *Integrative Cancer Therapies*, Vol. 4, 4, S. 294–300
- Harrison J.D. et al. (2009): What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review, *Support Care Cancer*, Vol. 17, S. 1117-1128
- Harsieber R. (1993): *Jenseits der Schulmedizin. Der Mensch als vernetztes System*. Wien: Edition Va Bene.
- Hartung S. (2012): Partizipation - wichtig für die individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen. In: Rosenbrock R./Hartung S. (Hg.): *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 57–78
- Hartung S. (2016): Patientenpartizipation: Entscheidungsteilhabe für mehr Gesundheit. In: Pundt J. (Hg.): *Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit?* 2. Auflage. Bremen: Apollon University Press, S. 172–193
- Hawley S.T. et al. (2008): The impact of the format of graphical presentation on health-related knowledge and treatment choices, *Patient Education and Counseling*, Vol. 73, S. 448–455
- Hayward K.L. et al. (2017): Optimising care of patients with chronic disease: patient-oriented education may improve disease knowledge and self-management, *Internal Medicine Journal*, Vol. 47, S. 952–955
- Heckl U. (2004): Beraterkompetenz: Anforderungen an eine patientenzentrierte Beratung. In: Bartsch H.H./Weis J. (Hg.): *Gemeinsame Entscheidung in der Krebstherapie. Arzt und Patient im Spannungsfeld der Shared Decision*. Basel et al.: Karger Verlag, S. 102–113
- Helgadottir H./Rocha Trocoli Drakensjö I./Girnita A. (2018): Personalized medicine in malignant melanoma: towards patient tailored treatment, *Frontiers in Oncology*, Vol. 8, 202, S. 1–15
- Hegy G, et al. (2015): Overview of integrative medicine practices and policies in NATO participant countries, *Medical Acupuncture*, Vol. 27, 5, S. 318–327
- Hilber M. (2015): „Alternative und komplementäre Heilmethoden in der Neuzeit“. Eine kritische Annäherung an die Jahrestagung 2013 „Geschichte(n) von Gesundheit und Krankheit“ des Vereins für Sozialgeschichte der Medizin. In: Lobenwein E./Ammerer G./Weiß A.S. (Hg.): *Virus - Beiträge zur Sozialgeschichte*

der Medizin 13. Schwerpunkt: Alternative und komplementäre Heilmethoden in der Neuzeit. Wien: Leipziger Universitätsverlag, S. 161–170

Hoefert H.-W. (2011): Patienten zwischen konventioneller und komplementär-alternativer Medizin. In: Hoefert H.-W./Klotter C. (Hg.): Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Göttingen et al.: Hogrefe Verlag, S. 217–234

Hoefert H.-W./Uehleke B. (2009): Komplementäre Heilverfahren im Gesundheitswesen. Analyse und Bewertung. Bern: Verlag Hans Huber.

Hoefert H.-W./Uehleke B. (2014): Komplementärmedizin in der Onkologie. In: Hoefert H.-W./Michalsen A./Uehleke B. (Hg.): Komplementärmedizin im Krankenhaus. Strategien, Konzepte, Umsetzung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 81–114

Hölzel L.P./Kriston L./Härter M. (2013): Patient preference for involvement, experienced involvement, decisional conflict, and satisfaction with physician: a structural equation model test, BMC Health Services Research, Vol. 13, S. 1–10

Horak P./Fröhling S./Glimm H. (2016): Integrating next-generation sequencing into clinical oncology: strategies, promises and pitfalls, ESMO Open, Vol.1, 5, S. 1–11

Horneber M. et. al. (2012): How many cancer patients use complementary and alternative medicine: a systematic review and metaanalysis, Integrative Cancer Therapies, Vol. 11, 3, S. 187–203

Horneber M. (2013): Der Forschungsstand Komplementärmedizin bei Krebs. In: Dobos G. (Hg.): Integrative Onkologie am Beispiel Brustkrebs: Was kann die Naturheilkunde in der Tumormedizin leisten? München: Urban & Fischer Verlag, S. 20–21

Howard D.H./Gazmararian J./Parker R.M. (2005): The impact of low health literacy on the medical costs of medicare managed care enrollees, The American Journal of Medicine, Vol. 118, S. 371–377

Huber R. (2014a): Anthroposophische Medizin. In: Huber R./Michalsen A. (Hg.): Checkliste Komplementärmedizin. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag, S. 72–84

Huber R. (2014b): Das Uni-Zentrum Naturheilkunde an der Universitätsklinik Freiburg. In: Hoefert H.-W./Michalsen A./Uehleke B. (Hg.): Komplementärmedizin im Krankenhaus. Strategien, Konzepte, Umsetzung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 243–246

Huber R. (2014c): Mikrobiologische Therapie. In: Huber R./Michalsen A. (Hg.): Checkliste Komplementärmedizin. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag, S. 248–254

Huber R. (2014d): Phytotherapie. In: Huber R./Michalsen A. (Hg.): Checkliste Komplementärmedizin. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag, S. 322–333

Hübner J. (2012): Komplementäre Onkologie. Supportive Maßnahmen und evidenzbasierte Empfehlungen. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Hübner J. et al. (2013a): Informationen zur komplementären und alternativen Medizin auf den Internetseiten deutscher Selbsthilfegruppen für Tumorkranke, Deutsche Medizinische Wochenschrift, Vol. 138, S. 17–22

Hübner J. et al. (2013b): Online information on complementary and alternative medicine for cancer patients: evidence-based recommendations, Onkologie, Vol. 36, S. 273–278

Hübner J. (2014a): Komplementäre und alternative Verfahren. In: Hübner J. (Hg.): Onkologie interdisziplinär. Evidenzbasiert-integrativ-patientenzentriert. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 134–152

Hübner J. et al. (2014b): Online survey of cancer patients on complementary and alternative medicine, Oncology Research and Treatment, Vol. 37, S. 304–308

Hübner J. et al. (2014c): User rate of complementary and alternative medicine (CAM) of patients visiting a counseling facility for CAM of a German comprehensive cancer center, Anticancer Research, Vol. 34, S. 943–948

Hunter J. et al. (2018): Australian integrative oncology services: a mixed-method study exploring the views of cancer survivors, BMC Complementary and Alternative Medicine, Vol. 18, 153, S. 1–14

Hurrelmann K./Leppin A. (2001): Moderne Gesundheitskommunikation - eine Einführung. In: Hurrelmann K./Leppin A. (Hg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Verlag Hans Huber, S. 9–21

HVB [Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger] (2015): Kompetent als Patientin und Patient. Gut informiert entscheiden. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

IKI [Institut für Komplementäre und Integrative Medizin] (2018): Über das Institut. [Online]
<http://www.iki.usz.ch/ueber-das-institut/Seiten/default.aspx> [Zugriff am 23.11.2018]

Illhardt F.J. (2009): Wandel des Berufsbildes: ethische und historische Hintergründe. In: Jütte R. (Hg.): Die Zukunft der Individualmedizin. Autonomie des Arztes und Methodenpluralismus. Herausgegeben in Verbindung mit dem Dialogforum Pluralismus in der Medizin. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 25–36

Imich D. (2017): Akupunktur. In: Volger E./Brinkhaus B. (Hg.): Kursbuch Naturheilverfahren für die ärztliche Weiterbildung. 2. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, S. 298–310

IOM [Institute of Medicine] (2004): Health literacy: a prescription to end confusion. Washington: The National Academies Press.

IOM [Institute of Medicine] (2011): Patient-centred cancer treatment planning: improving the quality of oncology care. Workshop Summary. Washington: The National Academies Press.

IQWiG [Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen] (2017): Allgemeine Methoden. Version 5.0 vom 10.07.2017. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

IQWiG [Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen] (2018): Gesundheitsinformationen. [Online]
<https://www.iqwig.de/de/methoden/ergebnisse/gesundheitsinformationen.3017.html>
! [Zugriff am 23.11.2018]

Irmey G./Weis N. (2006): Krankheitsverarbeitung. In: Pfeifer B./Preiß J./Unger C. (Hg.): Onkologie integrativ. Konventionelle und komplementäre Therapie. München: Urban & Fischer Verlag, S. 10–14

Irmey G. (2007): Heilimpulse bei Krebs. Stuttgart: Haug Verlag.

Ishikawa H. et al. (2017): The information-giving skills of resident physicians: relationships with confidence and simulated patient satisfaction, BMC Medical Education, Vol. 17, S. 1–6

Jansen J. et al. (2008): Does age really matter? Recall of information presented to newly referred patients with cancer, Journal of Clinical Oncology, Vol. 26, 33, S. 5450–5457

Jeserich F. (2010): Spirituelle/religiöse Weltanschauungen als Herausforderung für unser Gesundheitswesen: Am Beispiel der Homöopathie. In: Becker R. et al. (Hg.): „Neue“ Wege in der Medizin. Alternativmedizin - Fluch oder Segen? Im Auftrag der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, Akademie der Wissenschaften des Landes Baden-Württemberg. Akademiekonferenzen. Band 10. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, S. 203–227

Jordan J.E./Buchbinder R./Osborne R.H. (2010): Conceptualising health literacy from the patient perspective, Patient Education and Counseling, Vol. 79, S. 36–42

Jütte R. (1996): Geschichte der alternativen Medizin: Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute. München: Verlag C.H. Beck.

Jütte R. (2010): Alternative Medizin: Eine moderne Strömung mit alten Wurzeln. In: Becker R. et al. (Hg.): „Neue“ Wege in der Medizin. Alternativmedizin - Fluch oder Segen? Im Auftrag der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, Akademie der Wissenschaften des Landes Baden-Württemberg. Akademiekonferenzen. Band 10. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, S. 23–34

Kalder M. (2005): Gefahren und Nebenwirkungen unkonventioneller Heilmethoden. In: Münstedt K. (Hg.): Ratgeber Unkonventionelle Krebstherapien. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Landsberg/Lech: ecomed Medizin, S. 138–140

- Kane H.L. et al. (2014): Implementing and evaluating shared decision making in oncology practice, *CA A Cancer Journal for Clinicians*, Vol. 64, 6, S. 377–388
- Kee J.W.Y. et al. (2018): Communication skills in patient-doctor interactions: learning from patient complaints, *Health Professions Education*, Vol. 4, S. 97–106
- Kessel K.A. et al. (2016): Use of complementary and alternative medicine (CAM) as part of the oncological treatment: survey about patients` attitude towards CAM in a university-based oncology center in germany, *PLoS ONE*, Vol. 11, 11, S. 1–13
- Kessels R.P.C. (2003): Patients` memory for medical information, *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 96, S. 219–222
- Keßler C./Stapelfeldt E. (2014): Ayurveda. In: Huber R./Michalsen A. (Hg.): Checkliste Komplementärmedizin. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag, S. 113–131
- Kickbusch I. (2005): Health literacy: towards an active health citizenship. In: Sprenger M. (Hg.): *Public Health in Österreich und Europa*. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 151–157
- Kickbusch I./Hartung S. (2014): *Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik. 2., vollständig überarbeitete Auflage*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kickbusch I. et al. (2016): *Gesundheitskompetenz. Die Fakten*. Zürich: Careum Stiftung.
- Kiene H. (1994): *Komplementärmedizin - Schulmedizin. Der Wissenschaftsstreit am Ende des 20. Jahrhunderts*. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag.
- Kiessling C. (2014): Das Verhältnis von Medizin und Gesundheitskommunikation. In: Hurrelmann K./Baumann E. (Hg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 95–107
- King N. et al. (2015): Surveys of cancer patients and cancer health care providers regarding complementary therapy use, communication, and information needs, *Integrative Cancer Therapies*, Vol. 14, 6, S. 515–524
- Klafke N. et al. (2012): Prevalence and predictors of complementary and alternative medicine (CAM) use by men in australian cancer outpatient services, *Annals of Oncology*, Vol. 23, S. 1571–1578
- Kleeberg U.R. et al. (2005): Patient satisfaction and quality of life in cancer outpatients: results of the PASQOC* study, *Support Care Cancer*, Vol. 13, S. 303–310
- Klein E. et al. (2017): Gynecologic oncologists` attitudes and practices relating to integrative medicine: results of a nationwide AGO survey, *Archives of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 296, S. 295–301

Klemperer D. (2003): Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen: Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. WZB Discussion Paper, No. SP I 2003-302. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).

Klemperer D. (2015): Sozialmedizin - Public Health - Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 3., überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

Klippel K.F. (2002): Psychoonkologie. In: Beuth J. (Hg.): Grundlagen der Komplementäronkologie. Theorie und Praxis. Stuttgart: Hippokrates Verlag, S. 145–166

Koay K./Schofield P./Jefford M. (2012): Importance of health literacy in oncology, Asia Pacific Journal of Clinical Oncology, Vol. 8, S. 14–23

Koerfer A./Albus C. (2015): Dialogische Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient. In: Busch A./Spranz-Fogasy T. (Hg.): Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin/Boston: Walter de Gruyter Verlag, S. 116–134

Körner M. (2010): Patientenorientierte interne Kommunikation im Krankenhaus. In: Hoefert H.-W./Härter M. (Hg.): Patientenorientierung im Krankenhaus. Göttingen et al.: Hogrefe Verlag, S. 33–50

Körner M./Zimmermann L. (2013): Partizipative Entscheidungsfindung mit Patienten. In: Hoefert H.-W./Härter M. (Hg.): Schwierige Patienten. Bern: Verlag Hans Huber, S. 337–347

KOKONinfo (2018): Welche Behandlungen gibt es? [Online]
<https://www.kokoninfo.de/behandlungen> [Zugriff am 23.11.2018]

Kratky K.W. (2003): Komplementäre Medizinsysteme. Vergleich und Integration. Wien: Ibero Verlag.

Kraus-Füreder H./Soffried J. (2017): Methodenbox. Die gesundheitskompetente Sozialversicherung. 2. überarbeitete Auflage. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Kripalani S. et al. (2010): Health literacy and the quality of physician-patient communication during hospitalization, Journal of Hospital Medicine, Vol. 5, 5, S. 269–275

Krukemeyer M.G. (2014): Kultur der Medizin. Spuren, Wege und Ziele. 2., erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Kullmer U. (2005a): Fernöstliche Bewegungs- und Entspannungsmethoden. In: Münstedt K. (Hg.): Ratgeber Unkonventionelle Krebstherapien. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Landsberg/Lech: ecomed Medizin, S. 595–596

Kullmer U. (2005b): Physikalische Therapie. In: Münstedt K. (Hg.): Ratgeber Unkonventionelle Krebstherapien. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Landsberg/Lech: ecomed Medizin, S. 531–533

Kvåle K./Bondevik M. (2008): What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 22, S. 582–589

Lackner F.X. (2004): Medizinethik und komplementärmedizinische Methoden. In: Frass M./Maier M./Reiter A. (Hg.): *Grundlagen und Praxis komplementärmedizinischer Methoden*. Wien: Facultas Verlag, S. 22–31

Lad V. (2010): *Selbstheilung mit Ayurveda. Das Standardwerk der indischen Heilkunde*. Neuauflage. München: O.W. Barth Verlag.

Lang K. et al. (2009): Kommunikation mit onkologischen Patienten. Ein evaluiertes Trainingsprogramm für Ärzte und Pflegende. In: Koch U./Weis J. (Hg.): *Psychoonkologie. Eine Disziplin in der Entwicklung*. Göttingen et al.: Hogrefe Verlag, S. 238–250

Langer T./Follmann M. (2015): Das Leitlinienprogramm Onkologie (OL): Nukleus einer evidenzbasierten, patientenorientierten, interdisziplinären Onkologie?, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Vol. 109, S. 437–444

Lehmann C./Koch U./Mehnert A. (2009): Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten. Ein Literaturüberblick über den gegenwärtigen Forschungsstand unter besonderer Berücksichtigung patientenseitiger Präferenzen, *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, Vol. 59, S. e3–e27

Leischner H. (2010): *Onkologie*. 2. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag.

Lenartz N. (2012): *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation*. Applied Research in Psychology and Evaluation. Volume 6. Göttingen: Verlag V & R uni-press.

Leven K.-H. (2008): *Geschichte der Medizin. Von der Antike bis zur Gegenwart*. München: Verlag C.H. Beck.

Ley P. (1979): Memory for medical information, *British Journal of Clinical Psychology*, Vol. 18, 2, S. 245–255

Linde K./Melchart D./Jonas W.B. (1994): Zum Begriff Komplementärmedizin, *Forschende Komplementärmedizin*, Vol. 1, 1, S. 3–4

Lindemann K. (2015): Emotionen in medizinischer Kommunikation. In: Busch A./Spranz-Fogasy T. (Hg.): *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter Verlag, S. 154–169

Linke-Cordes M. (2014): Homöopathie. In: Huber R./Michalsen A. (Hg.): *Checkliste Komplementärmedizin*. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag, S. 174–188

Little P. et al. (2001): Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations, *British Medical Journal*, Vol. 323, S. 908–911

LKH-Univ. Klinikum Graz [Landeskrankenhaus Universitätsklinikum Graz] (2018): Unterstützende Therapie. [Online]
<http://innermedizin.uniklinikumgraz.at/onkologie/Patientenbetreuung/therapien/Seiten/Unterstützende-Therapie.aspx> [Zugriff am 23.11.2018]

Loeb S. et al. (2018): Informational needs during active surveillance for prostate cancer: a qualitative study, *Patient Education and Counseling*, Vol. 101, S. 241–247

Löffner D. (2016): Der mündige Patient zwischen E-Health und Cybermedizin: Hilfreiche oder unheilvolle Informationen aus dem Internet? In: Pundt J. (Hg.): *Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit?* 2. Auflage. Bremen: Apollon University Press, S. 117–134

Loh A. et al. (2005): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. CME-Beitrag Fortbildung, *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Vol. 81, S. 550–560

Loh A. et al. (2007): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews, *Deutsches Ärzteblatt*, Vol. 104, 21, S. A1483–A1488/A1

Loh A./Simon D. (2007): Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln?, *Managed Care*, Vol. 2, S. 6–8

Lopes C.M./Dourado A./Oliveira R. (2017): Phytotherapy and nutritional supplements on breast cancer, *BioMed Research International*, Vol. 12, S. 1–42

Lopez G. et al. (2017a): Integrative oncology outpatient consultations: long-term effects on patient-reported symptoms and quality of life, *Journal of Cancer*, Vol. 8, S. 1640–1646

Lopez G. et al. (2017b): Integrative oncology physician consultations at a comprehensive cancer center: analysis of demographic, clinical and patient reported outcomes, *Journal of Cancer*, Vol. 8, S. 395–402

Loquai C. et al. (2017): Use of complementary and alternative medicine: a multi-center cross-sectional study in 1089 melanoma patients, *European Journal of Cancer*, Vol. 71, S. 70–79

Lucae C. (1998): *Homöopathie an deutschsprachigen Universitäten. Die Bestrebungen zu ihrer Institutionalisierung von 1812 bis 1945. Quellen und Studien zur Homöopathiesgeschichte. Band 4.* Heidelberg: Karl F. Haug Verlag.

Ludwig W.-D./Schildmann J. (2015): Kostenexplosion in der medikamentösen Therapie onkologischer Erkrankungen. Ursachen, Lösungsansätze und medizinethische Herausforderungen, *Der Onkologe*, Vol. 8, 21, S. 708–716

- Lühnen J. et al. (2017): Leitlinie Evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Evidenzbasierte Leitlinie. Version: 1.0. Hamburg 2017. [Online] <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/> [Zugriff am 23.11.2018]
- Luketina H. et al. (2012): Treatment decision-making processes in the systematic treatment of ovarian cancer: review of the scientific evidence, *Anticancer Research*, Vol. 32, S. 4085–4090
- Luo Q./Asher G.N. (2017): Complementary and alternative medicine use at a comprehensive cancer center, *Integrative Cancer Therapies*, Vol. 16, 1, S. 104–109
- Malloy-Weir L./Cooper M. (2017): Health literacy, literacy, numeracy and nutrition label understanding and use: a scoping review of the literature, *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, Vol. 30, S. 309–325
- Manning D.L./Dickens C. (2006): Health literacy: more choice, but do cancer patients have the skills to decide?, *European Journal of Cancer Care*, Vol. 15, S. 448–452
- Marktl W. (2004): Notwendigkeit eines Dialogs zwischen Schulmedizin und Komplementärmedizin. In: Frass M./Maier M./Reiter A. (Hg.): *Grundlagen und Praxis komplementärmedizinischer Methoden*. Wien: Facultas Verlag, S. 17–21
- Marstedt G./Moebus S. (2002): Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 9. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Berlin: Verlag Robert Koch-Institut.
- Mayer A. (2015): *Traditionelle Europäische Medizin. Lehrbuch und Atlas zur TEM*. 2. Auflage. Kulmbach: ML Verlag.
- McCarthy D.M. et al. (2012): What did the doctor say? Health literacy and recall of medical instructions, *Medical Care*, Vol. 50, 4, S. 1–13
- McLay J.S. et al. (2012): Complementary and alternative medicines use by scottish women with breast cancer. What, why and the potential for drug interactions?, *European Journal of Clinical Pharmacology*, Vol. 68, S. 811–819
- MedUni Innsbruck [Medizinische Universität Innsbruck] (2018): Stationen und Ambulanzen. Hämato-Onkologische Ambulanz und Tagesklinik. [Online] https://www.i-med.ac.at/patienten/ukl_inneremedizin5.html [Zugriff am 23.11.2018]
- MedUni Wien [Medizinische Universität Wien] (2018a): Begleitmaßnahmen. [Online] <https://innere-med-1.meduniwien.ac.at/onkologie/patientinneninformationen/begleitmassnahmen/> [Zugriff am 23.11.2018]

MedUni Wien [Medizinische Universität Wien] (2018b): Komplementärmedizin. [Online]
<https://www.ccc.ac.at/bgz/patientinnen/komplementaermedizin/> [Zugriff am 23.11.2018]

MedUni Wien [Medizinische Universität Wien] (2018c): Komplementärmedizin. Komplementäre Therapien bei Krebserkrankungen. [Online]
<https://frauenheilkunde.meduniwien.ac.at/gyn/patientinneninformationen/ambulanz/komplementaermedizin/> [Zugriff am 23.11.2018]

Melzer J./Saller R. (2005): Ausgewählte Aspekte der geschichtlichen Entwicklung von Naturheilkunde und Komplementärmedizin. In: Münstedt K. (Hg.): Ratgeber Unkonventionelle Krebstherapien. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Landsberg/Lech: ecomed Medizin, S. 26–35

Menz F. (2015): Handlungsstrukturen ärztlicher Gespräche und ihre Beeinflussung durch institutionelle und soziale Rahmenbedingungen. In: Busch A./Spranz-Fogasy T. (Hg.): Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin/Boston: Walter de Gruyter Verlag, S. 75–92

Menz F./Sator M. (2011): Kommunikationstypologien des Handlungsbereiches Medizin. In: Habscheid S. (Hg.): Textsorten, Handlungsmuster, Oberflächen. Linguistische Typologien der Kommunikation. Berlin/New York: Walter de Gruyter Verlag, S. 414–436

Michalsen A. (2014a): Ausleitende Verfahren, Traditionelle Europäische Medizin. In: Huber R./Michalsen A. (Hg.): Checkliste Komplementärmedizin. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag, S. 85–112

Michalsen A. (2014b): Die Abteilung für Naturheilkunde im Immanuel-Krankenhaus Berlin und Stiftungsprofessur für klinische Naturheilkunde der Charité Universitätsmedizin Berlin. In: Hoefert H.-W./Michalsen A./Uehleke B. (Hg.): Komplementärmedizin im Krankenhaus. Strategien, Konzepte, Umsetzung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 208–213

Michalsen A. (2014c): Überblick und Einteilung der Therapien. In: Huber R./Michalsen A. (Hg.): Checkliste Komplementärmedizin. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag, S. 64–68

Michalsen A./Huber R. (2014): Wissenschaftliche Konzepte zu Wirkmechanismen und Wirkfaktoren. In: Huber R./Michalsen A. (Hg.): Checkliste Komplementärmedizin. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag, S. 49–58

Miller T.A. (2016): Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: a meta-analysis, Patient Education and Counseling, Vol. 99, S. 1079–1086

Mills M.E./Sullivan K. (1999): The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature, Journal of Clinical Nursing, Vol. 8, S. 631–642

Miron-Shatz T. et al. (2013): Warum medizinische Information oft nicht genutzt wird und was man dagegen tun kann. In: Gigerenzer G./Muir Gray J.A. (Hg.): *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 193–212

Molassiotis A. et al. (2005): Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a european survey, *Annals of Oncology*, Vol. 16, S. 655–663

Molassiotis A. et al. (2006): Complementary and alternative medicine use in breast cancer patients in europe, *Support Care Cancer*, Vol. 14, S. 260–267

Much T. (2013): *Der große Bluff. Irrwege und Lügen der Alternativmedizin*. Berlin: Goldegg Verlag.

Mücke R. et al. (2016): Complementary and alternative medicine in palliative care: a comparison of data from surveys among patients and professionals, *Integrative Cancer Therapies*, Vol. 15, 1, S. 10–16

Münstedt K. (2005): Einführung in das Thema. In: Münstedt K. (Hg.): *Ratgeber Unkonventionelle Krebstherapien. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage*. Landsberg/Lech: ecomed Medizin, S. 17–20

Münstedt K. et al. (2014): Complementary and alternative medicine (CAM) in obstetrics and gynaecology: a survey of office-based obstetricians and gynaecologists regarding attitudes towards CAM, its provision and cooperation with other CAM providers in the state of hesse, germany, *Archives of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 290, S. 1133–1139

MUW [Medizinische Universität Wien] (2017): *Curriculum für das Diplomstudium Humanmedizin. Konsolidierte Fassung: Stand Oktober 2017*. Wien: Medizinische Universität Wien.

Nagel G.A./Tröhler U. (1990): Eintritt der Schulmedizin ins „biologische Zeitalter“? In: Jungi W.F./Senn H.-J. (Hg.): *Krebs und Alternativmedizin II*. Berlin et al.: Springer Verlag, S. 131–141

National Institutes of Health State-of-the-Science Panel (2004): National institutes of health-of-the-science conference statement: symptom management in cancer: pain, depression, and fatigue, July 15-17, 2002, *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, Vol. 32, S. 9–16

NCCIH [National Center for Complementary and Integrative Health] (2017): Be an informed consumer. [Online]
<https://nccih.nih.gov/health/decisions> [Zugriff am 23.11.2018]

NCCIH [National Center for Complementary and Integrative Health] (2018a): Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name? *Integrative medicine*. [Online]
<https://nccih.nih.gov/health/integrative-health> [Zugriff am 23.11.2018]

NCCIH [National Center for Complementary and Integrative Health] (2018b): Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name? Types of complementary health approaches. [Online]
<https://nccih.nih.gov/health/integrative-health> [Zugriff am 23.11.2018]

NHS [National Health Service] Scotland (2018): Chunk and check. The health literacy place. [Online]
<http://www.healthliteracyplace.org.uk/tools-and-techniques/techniques/chunk-and-check/> [Zugriff am 23.11.2018]

Noack R.H. (1997): Salutogenese: Ein neues Paradigma in der Medizin? In: Bartsch H.H./Bengel J. (Hg.): Salutogenese in der Onkologie. Tumortherapie und Rehabilitation. Symposium Freiburg. Basel et al.: Karger Verlag, S. 88–105

Noseck M. (2007): Komplementäre Heilmethoden und traditionelle Anwendung in Österreich. [Online]
<http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/0/1/CH1092/CMS1311593085442/heilmethoden1.pdf> [Zugriff am 23.11.2018]

Nowak P./Sator M./Menz F. (2016): Bessere Gespräche in der Krankenversorgung - Ein zentraler Beitrag zur Gesundheitsreform und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, Soziale Sicherheit, Vol. 11, S. 450–457

Nutbeam D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, Health Promotion International, Vol. 15, 3, S. 259–267

O'Brien M.A. et al. (2008): Women's perceptions of their treatment decision-making about breast cancer treatment, Patient Education and Counseling, Vol. 73, S. 431–436

O'Brien M.A. et al. (2011): Physician-related facilitators and barriers to patient involvement in treatment decision making in early stage breast cancer: perspectives of physicians and patients, Health Expectations, Vol. 16, S. 373–384

ÖÄK [Österreichische Ärztekammer] (2017): Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Österreich. Bericht 2017. Wien: Österreichische Ärztekammer/Österreichische Akademie der Ärzte.

ÖEGGG [Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] (2018): Leitlinien und Stellungnahmen. [Online]
<https://www.oeggg.at/leitlinien-stellungnahmen/> [Zugriff am 23.11.2018]

ÖGbk [Österreichische Gesellschaft für begleitende Krebstherapie] (2018): ÖÄK Diplom für erweiterte Krebsbehandlung. [Online]
<http://www.kompl-diplom-krebs.at/index.htm> [Zugriff am 23.11.2018]

ÖPGK [Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz] (2018): Gesundheitskompetenz. [Online]
<https://oepgk.at/die-oepgk-gesundheitskompetenz/> [Zugriff am 23.11.2018]

Österreichische Krebshilfe (2018): Komplementäre Methoden. [Online]
<https://www.krebshilfe.net/information/therapie/komplementaere-massnahmen/>
[Zugriff am 23.11.2018]

Ong L.M.L. et al. (1995): Doctor-patient communication: a review of the literature, *Social Science & Medicine*, Vol. 40, 7, S. 903–918

Onko-Internetportal (2018): Personalisierte Krebsmedizin: Für jeden Patienten die richtige Therapie. [Online]
<https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/basis-informationen-krebs-allgemeine-informationen/personalisierte-krebsmedizin.html> [Zugriff am 23.11.2018]

Osaka I. et al. (2009): Attitudes toward and current practice of complementary and alternative medicine in Japanese palliative care units, *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 12, 3, S. 239–244

Pachman D.R. et al. (2012): Troublesome symptoms in cancer survivors: fatigue, insomnia, neuropathie, and pain, *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 30, 30, S. 3687–3696

Park H.Y. et al. (2018): Could peer support programs be a good resource for managing the unmet needs of cancer patients?, *Journal of Cancer Education*, Vol. 00, S. 1–8

Parlament (2018): Ärztegesetz 1998, Allgemeines Sozialversicherungsgesetz u.a., Änderung. Textgegenüberstellung. [Online]
https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/ME/ME_00086/imfname_712784.pdf [Zugriff am 23.11.2018]

Paul M. et al. (2013): Patients with advanced cancer and their usage of complementary and alternative medicine, *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, Vol. 139, S. 1515–1522

Pedersen C.G. et al. (2009): Prevalence, socio-demographic and clinical predictors of post-diagnosis utilisation of different types of complementary and alternative medicine (CAM) in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer, *European Journal of Cancer*, Vol. 45, S. 3172–3181

Pelikan J.M./Röthlin F./Ganahl K. (2013a): Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung - nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health literacy) Bundesländer-Studie. LBIHPR Forschungsbericht. Wien: Ludwig Boltzmann Gesellschaft.

Pelikan J.M./Ganahl K./Röthlin F. (2013b): Gesundheitskompetenz verbessern. Handlungsoptionen für die Sozialversicherung. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse.

Penson R.T. et al. (2001): Complementary, alternative, integrative, or unconventional medicine?, *The Oncologist*, Vol. 6, S. 463–473

Perleth M./Jakubowski E./Busse R. (2000): „Best Practice“ im Gesundheitswesen - oder warum wir evidenzbasierte Medizin, Leitlinien und Health Technology Assessment brauchen, *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, Vol. 94, S. 741–744

Perlman A. et al. (2013): Prevalence and correlates of postdiagnosis initiation of complementary and alternative medicine among patients at a comprehensive cancer center, *Journal of Oncology Practice*, Vol. 9, 1, S. 34–41

Peteet J.R./Balboni M.J (2013): Spirituality and religion in oncology, *CA A Cancer Journal for Clinicians*, Vol. 63, S. 280–289

Pfeifer S. (1990): Gesundheit um jeden Preis? In: Jungi W.F./Senn H.-J. (Hg.): *Krebs und Alternativmedizin II*. Berlin et al.: Springer Verlag, S. 265–271

Pieper D. et al. (2015): Studies analysing the need for health-related information in germany - a systematic review, *BMC Health Services Research*, Vol. 15, S. 1–18

Pittler M.H. (2001): Komplementäre und alternative Medizin aus europäischem Blickwinkel. In: Ernst E. et al. (Hg.): *Praxis Naturheilverfahren. Evidenzbasierte Komplementärmedizin*. Berlin: Springer Verlag, S. 464–472

Plein J. (2016): Die Bedeutung des Patient Empowerment für die Behandlungsqualität. Analyse der Einflussgrößen des Patient Empowerment auf Patientenzufriedenheit und Compliance im Rahmen der Versorgung chronisch kranker Patienten. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.

Politi M.C./Street R.L. (2011): The importance of communication in collaborative decision making: facilitating shared mind and the management of uncertainty, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 17, 4, S. 579–584

Poonthananiwatkul B./Howard R.L./Williamson E.M. (2015): Cancer patients taking herbal medicines: a review of clinical purposes, associated factors, and perceptions of benefit or harm, *Journal of Ethnopharmacology*, Vol. 175, S. 58–66

Porter R. (2007): *Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute*. Erfstadt: Verlag HOHE.

Pschyrembel (2011): *Naturheilkunde und alternative Heilverfahren*. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Berlin/Boston: Walter de Gruyter Verlag.

Puts M.T.E. et al. (2012): A systematic review of unmet needs of newly diagnosed older cancer patients undergoing active cancer treatment, *Support Care Cancer*, Vol. 20, S. 1377–1394

Puzanov I. et al. (2017): Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from the society for immunotherapy of

cancer (SITC) toxicity management working group, *Journal for ImmunoTherapy of Cancer*, Vol. 5, 95, S. 1–28

Raimann C. et al. (2013): *Grundlagen der Traditionellen Europäischen Naturheilkunde*. 2. Auflage. Schiedlberg: Bacopa Verlag.

Ramsey S.D. et al. (2012): Complementary and alternative medicine use, patient-reported outcomes, and treatment satisfaction among men with localized prostate cancer, *Urology*, Vol. 79, 5, S. 1034–1041

Raspe H. (2003): Zur aktuellen deutschen Diskussion um die Evidenz-basierte Medizin: Brennpunkte, Skotome, divergierende Wertsetzungen, *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, Vol. 97, S. 689–694

Raspe H. (2007): Theorie, Geschichte und Ethik der Evidenzbasierten Medizin (EbM). In: Kunz R. et al. (Hg.): *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 15–29

Recio-Saucedo A. et al. (2016): Information requirements of young women with breast cancer treated with mastectomy or breast conserving surgery: a systematic review, *The Breast*, Vol. 25, S. 1–13

Reiter B. (2009): Komplementarität: Ergänzungsfähigkeit und Gegensätzlichkeit, *Forschende Komplementärmedizin*, Vol. 16, S. 4–5

Reuter K./Loh A./Härter M. (2009): Patienten als Partner in der Onkologie - Chancen der Partizipativen Entscheidungsfindung. In: Koch U./Weis J. (Hg.): *Psychoonkologie. Eine Disziplin in der Entwicklung*. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie. Band 22. Göttingen et al.: Hogrefe Verlag, S. 131–144

Richardson M.A. et al. (2004): Discrepant views of oncologists and cancer patients on complementary/alternative medicine, *Support Care Cancer*, Vol. 12, S. 797–804

Röhner J./Schütz A. (2016): *Psychologie der Kommunikation*. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Rood J.A.J. et al. (2014): Perceived need for information of patients with haematological malignancies: a literature review, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 24, S. 353–369

Rosentreter M./Pundt J. (2016): Patientensicherheit als Qualitätsmerkmal - Qualifizierung als Merkmal von Patientenorientierung. In: Pundt J. (Hg.): *Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit?* 2. Auflage. Bremen: Apollon University Press, S. 231–257

Rossi E. et al. (2015): Complementary and alternative medicine for cancer patients: results of the EPAAC survey on integrative oncology centres in europe, *Support Care Cancer*, Vol. 23, S. 1795–1806

Rothschuh K.E. (1983): Naturheilbewegung. Reformbewegung. Alternativbewegung. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Rutten L.J.F. et al. (2005): Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980–2003), Patient Education and Counseling, Vol. 57, S. 250–261

Sackett D.L. (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't. It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence, British Medical Journal, Vol. 312, S. 71–72

Sänger S. et al. (2006): Manual Patienteninformation. Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen. Äzq Schriftenreihe Band 25. Berlin: ÄZQ.

Sänger S. (2010): Patientenorientiertes Qualitätsmanagement. In: Hoefert H.-W./Härter M. (Hg.): Patientenorientierung im Krankenhaus. Göttingen et al.: Hogrefe Verlag, S. 51–77

Sänger S./Lang B. (2011): Evidenzbasierte Patienteninformation. In: Hoefert H.-W./Klotter C. (Hg.): Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Göttingen et al.: Hogrefe Verlag, S. 101–116

Salamonsen A. (2015): Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer or multiple sclerosis: possible public health implications, European Journal of Public Health, Vol. 26, 2, S. 225–229

Sanders J.J./Curtis J.R./Tulsky J.A. (2018): Achieving goal-concordant care: a conceptual model and approach to measuring serious illness communication and its impact, Journal of Palliative Medicine, Vol. 21, S2, S. S-17–S-27

Sator M./Nowak P./Menz F. (2015a): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Ergebnisbericht. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

Sator M./Nowak P./Menz F. (2015b): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung - Praxismodelle und Entwicklungsinitiativen. Ergebnisbericht. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

Saxe G.A. et al. (2008): Disclosure to physicians of CAM use by breast cancer patients: findings from the women's healthy eating and living study, Integrative Cancer Therapies, Vol. 7, 3, S. 122–129

Schaeffer D. (2017): Chronische Krankheit und Health Literacy. In: Schaeffer D./Pelikan J.M. (Hg.): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe Verlag, S. 53–70

Schaeffer D./Dewe B. (2012): Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In: Schaeffer D./Schmidt-Kaehler S. (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, S. 59–86

Schaeffer D./Haslbeck J. (2016): Bewältigung chronischer Krankheit. In: Richter M./Hurrelmann K. (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 243–256

Schaeffer D./Pelikan J.M. (2017): Health Literacy: Begriff, Konzept, Relevanz. In: Schaeffer D./Pelikan J.M. (Hg.): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe Verlag, S. 11–18

Scheibler F./Pfaff H. (2003): Shared decision-making. Ein neues Konzept der Professionellen-Patienten-Interaktion. In: Scheibler F./Pfaff H. (Hg.): Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim/München: Juventa Verlag, S. 11–22

Schmeling-Kludas C. (2006): Die Rolle des Arztes und die Kommunikation mit Sterbenden, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Vol. 49, 11, S. 1113–1121

Schmidt B. (2012): Partizipation aus verantwortungsorientierter Sicht. In: Rosenbrock R./Hartung S. (Hg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber, S. 260–271

Schmidt A./Wesselmann S./Kowalski C. (2015): Informationsbedürfnisse und Informationsprozesse in zertifizierten Zentren. Beispiel Brustkrebszentren - Ergebnisse der PIAT-Studie, Forum, Vol. 3, S. 218–223

Schmidt-Kaehler S./Knatz B. (2012): Formen der Patientenberatung. In: Schaeffer D./Schmidt-Kaehler S. (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, S. 109–132

Schmidt-Kaehler S. et al. (2017): Gesundheitskompetenz. Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz. Bielefeld: Universität Bielefeld.

Schmiedel V./Augustin M. (2012): Klassifikation und Stellenwert. In: Schmiedel V./Augustin M. (Hg.): Leitfaden Naturheilkunde. Methoden, Konzepte und praktische Anwendung. 6. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, S. 3–6

Schofield P. et al. (2010): Effectively discussing complementary and alternative medicine in a conventional oncology setting: communication recommendations for clinicians, Patient Education and Counseling, Vol. 79, S. 143–151

Schott H. (1996): War alles schon einmal da? In: Jütte R. (Hg.): Wege der Alternativen Medizin. Ein Lesebuch. München: Verlag C.H. Beck, S. 31–35

Schweiger M. (2005): Medizin - Glaube, Spekulation oder Naturwissenschaft? Gibt es zur Schulmedizin eine Alternative? Eine historisch-philosophisch begründete Auseinandersetzung zwischen Schulmedizin und alternativer Medizin. 2. Auflage. München/Wien/New York: W. Zuckschwerdt Verlag.

Scigenia (2018): Patient4you. Die Plattform für Patientinnen und Patienten - Erfahrungen, Wissen und Wünsche an die Heilkunde. Projektinformation. [Online] <https://www.patient4you.info/projektinformation> [Zugriff am 23.11.2018]

Seelos H.-J. (2008): Patientensouveränität und Patientenführung. Medizinmanagement in Theorie und Praxis. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Seely D.M./Weeks L.C./Young S. (2012): A systematic review of integrative oncology programs, *Current Oncology*, Vol. 19, 6, S. e436–e461

Siegrist J. (2005): *Medizinische Soziologie*. 6., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München: Urban & Fischer Verlag.

Simon D./Härter M. (2010): Patientenorientierung bei medizinischen Entscheidungen im Krankenhaus. In: Hoefert H.-W./Härter M. (Hg.): *Patientenorientierung im Krankenhaus*. Göttingen et al.: Hogrefe Verlag, S. 229–244

Singh H./Maskarinec G./Shumay D.M. (2005): Understanding the motivation for conventional and complementary/alternative medicine use among men with prostate cancer, *Integrative Cancer Therapies*, Vol. 4, 2, S. 187–194

Smith P.J. et al. (2014): Why do some cancer patients receiving chemotherapy choose to take complementary and alternative medicines and what are the risks?, *Asia Pacific Journal of Clinical Oncology*, Vol. 10, S. 1–10

Smith P.J. et al. (2016): Complementary and alternative medicine use by patients receiving curative-intent chemotherapy, *Asia Pacific Journal of Clinical Oncology*, Vol. 12, S. 265–274

Söllner W. et al. (1999): Use of complementary and alternative medicine by cancer patients is not associated with perceived distress or poor compliance with standard treatment but with active coping behavior, *Cancer*, Vol. 89, 4, S. 873–880

Sohl S.J. et al. (2014): Characteristics associated with the use of complementary health approaches among long-term cancer survivors, *Support Care Cancer*, Vol. 22, S. 927–936

Sommerhalder K./Abel T. (2007): *Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung*. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.

Sørensen K. et al. (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models, *BMC Public Health*, Vol. 12, 80, S. 1–13

Sørensen K. et al. (2015): Health literacy in europe: comparative results of the european health literacy survey (HLS-EU), *European Journal of Public Health*, Vol. 25, 6, S. 1053–1058

Sparks L./Nussbaum J.F. (2008): Health literacy and cancer communication with older adults, *Patient Education and Counseling*, Vol. 71, S. 345–350

Spatz E.S./Krumholz H.M./Moulton B.W. (2016): The new era of informed consent. Getting to a reasonable-patient standard through shared decision making, *Journal of the American Medical Association*, Vol. 315, 19, S. 2063–2064

Spranz-Fogasy T./Becker M. (2015): Beschwerdenexploration und Diagnosemitteilung im ärztlichen Erstgespräch. In: Busch A./Spranz-Fogasy T. (Hg.): *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter Verlag, S. 93–115

Staber J. (2010): Gesundheitsökonomische Konsequenzen alternativer Behandlungsmethoden: Kosten und Konsequenzen für Patienten, Solidarsystem und Krankenversicherungen. In: Becker R. et al. (Hg.): „Neue“ Wege in der Medizin. *Alternativmedizin - Fluch oder Segen? Im Auftrag der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, Akademie der Wissenschaften des Landes Baden-Württemberg. Akademiekonferenzen. Band 10*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, S. 229–243

Stacey D. et al. (2017): Decision aids for people facing health treatment or screening decisions, *Cochrane Database Systematic Review*, Vol. 4, S. 1–284

Stange R. (2010): Naturheilkunde und komplementäre Medizin in der heutigen Gesellschaft: Eine Bestandsaufnahme zu Relevanz und Akzeptanz. In: Becker R. et al. (Hg.): „Neue“ Wege in der Medizin. *Alternativmedizin - Fluch oder Segen? Im Auftrag der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, Akademie der Wissenschaften des Landes Baden-Württemberg. Akademiekonferenzen. Band 10*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, S. 35–49

Statistik Austria (2017): *Demographisches Jahrbuch*. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria (2018a): 5-Jahres relatives Überleben in Österreich zwischen 1988 und 2012 nach Lokalisation und Geschlecht. [Online]

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/ueberleben_mit_krebs/index.html [Zugriff am 23.11.2018]

Statistik Austria (2018b): *Krebserkrankungen in Österreich*. Wien: Statistik Austria

Statistik Austria (2018c): *Krebs im Überblick*. [Online]

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/krebs_im_ueberblick/index.html [Zugriff am 23.11.2018]

Statistik Austria (2018d): *Krebsprävalenz*. [Online]

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/krebspraevalenz/index.html [Zugriff am 23.11.2018]

Statistik Austria (2018e): *Prognose der Krebsinzidenz und Krebsmortalität*. [Online]

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/prognose_krebsinzidenz_krebsmortalitaet/index.html [Zugriff am 23.11.2018]

Statistik Austria (2018f): *Prognose der Krebsprävalenz*. [Online]

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/prognose_der_krebspraevaleanz/index.html [Zugriff am 23.11.2018]

Steckelberg A. et al. (2005): Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Vol. 99, S. 343–351

Steckelberg A. et al. (2011): Studienprotokoll: Entwicklung einer S3 Leitlinie zur Erstellung von Patienteninformationen. Hamburg: Universität Hamburg. [Online] https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/wp-content/uploads/2015/02/Studienprotokoll-LL-EBPI_final_10.6.2011.pdf [Zugriff am 23.11.2018]

Street R.L. et al. (2009): How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes, Patient Education and Counseling, Vol. 74, S. 295–301

Strizich G. et al. (2015): Latent class analysis suggests four distinct classes of complementary medicine users among women with breast cancer, BMC Complementary and Alternative Medicine, Vol. 15, 411, S. 1–10

Stub T. et al. (2016): Perception of risk and communication among conventional and complementary health care providers involving cancer patients' use of complementary therapies: a literature review, BMC Complementary and Alternative Medicine, Vol. 16, 353, S. 1–14

Stub T. et al. (2017): Complementary and conventional providers in cancer care: experience of communication with patients and steps to improve communication with other providers, BMC Complementary and Alternative Medicine, Vol. 17, 301, S. 1-14

Stub T. et al. (2018): Attitudes and knowledge about direct and indirect risks among conventional and complementary health care providers in cancer care, BMC Complementary and Alternative Medicine, Vol. 18, 44, S. 1–12

Sudore R.L. et al. (2009): Unraveling the relationship between literacy, language proficiency, and patient-physician communication, Patient Education and Counseling, Vol. 75, S. 398–402

Sweet E.S. et al. (2013): Adverse events associated with complementary and alternative medicine use in ovarian cancer patients, Integrative Cancer Therapies, Vol. 12, 6, S. 508–516

Tariman J.D. et al. (2010): Preferred and actual participation roles during health care decision making in persons with cancer: a systematic review, Annals of Oncology, Vol. 21, 6, S. 1145–1151

Tautz E. et al. (2012): Use of complementary and alternative medicine in breast cancer patients and their experiences: a cross-sectional study, *European Journal of Cancer*, Vol. 48, S. 3133–3139

Thanner M. (2010): Geld oder Glaube? Warum Schulmediziner alternative Heilverfahren anbieten. In: Becker R. et al. (Hg.): „Neue“ Wege in der Medizin. Alternativmedizin - Fluch oder Segen? Im Auftrag der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, Akademie der Wissenschaften des Landes Baden-Württemberg. Akademiekonferenzen. Band 10. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, S. 187–202

Thorne S.E./Bultz B.D./Baile W.F. (2005): Is there a cost to poor communication in cancer care?: a critical review of the literature, *Psycho-Oncology*, Vol. 14, S. 875–884

Trimborn A. et al. (2013): Attitude of employees of a university clinic to complementary and alternative medicine in oncology, *Annals of Oncology*, Vol. 24, 10, S. 2641-2645

Turnheim K. (2004): Vitalismus vs. „Evidence Based Medicine“: wissenschaftstheoretische Gegensätze. In: Frass M./Maier M./Reiter A. (Hg.): Grundlagen und Praxis komplementärmedizinischer Methoden. Wien: Facultas Verlag, S. 39–47

Uecker D. (2005): Klassische Homöopathie. In: Münstedt K. (Hg.): Ratgeber Unkonventionelle Krebstherapien. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Landsberg/Lech: ecomed Medizin, S. 440–446

Uehleke B. (2013): Traditionelle Europäische Medizin (TEM) und Traditionelle Europäische Naturheilkunde (TEN) - brauchen wir mehrere Begriffe?, *Schweizerische Zeitschrift für Ganzheitsmedizin*, Vol. 25, S. 201–202

Uehleke B. (2014): Anwendungsbeispiel Onkologie. In: Hoefert H.-W./Michalsen A./Uehleke B. (Hg.): Komplementärmedizin im Krankenhaus. Strategien, Konzepte, Umsetzung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 170–183

Uehleke B./Kerckhoff A. (2014): Geschichte der Komplementärmedizin und Naturheilverfahren. In: Huber R./Michalsen A. (Hg.): Checkliste Komplementärmedizin. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag, S. 24–37

Ullrich A. et al. (2004): Cancer prevention in the political arena: the WHO perspective, *Annals of Oncology*, Vol. 15, 4, S. iv249–iv256

Ullmann C. (2006): Fakten über die „andere Medizin“. Zur Kritik der Stiftung Warrentest an den komplementären und alternativen Heilverfahren (CAM). Augsburg: Foitzick Verlag.

Unani Institut (2016): Unani, die altbewährte Medizin. [Online] <https://www.unani-institute.com/list-shortcodes/> [Zugriff am 23.11.2018]

Unger C./Pfeifer B. (2006): Einteilung und Bewertung der komplementären Therapieverfahren. In: Pfeifer B./Preiß J./Unger C. (Hg.): Onkologie integrativ. Konventionelle und komplementäre Therapie. München: Urban & Fischer Verlag, S. 173–174

Unger F. (2007): Paradigma der Medizin im 21. Jahrhundert. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

UnityPoint Health (2018): 10 Elements of competence for using teach-back effectively. [Online]

<https://www.teachbacktraining.org/assets/files/PDFS/Teach%20Back%20-%2010%20Elements%20of%20Competence.pdf> [Zugriff am 23.11.2018]

Van Osch M. et al. (2017): Specifying the effects of physician`s communication on patients` outcomes: a randomised controlled trial, Patient Education and Counseling, Vol. 100, S. 1482–1489

Verhoef M.J. et al. (2008): Declining conventional cancer treatment and using complementary and alternative medicine: a problem or a challenge?, Integrative Oncology, Vol. 15, 2, S. S101–S106

Verhoef M.J./Boon H.S./Page S.A. (2008): Talking to cancer patients about complementary therapies: is it the physician`s responsibility?, Current Oncology, Vol. 15, 2, S. S88–S93

Vigelius-Rauch U. (2005): Komplementärmedizin und Lebensqualität. In: Münstedt K. (Hg.): Ratgeber Unkonventionelle Krebstherapien. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Landsberg/Lech: ecomed Medizin, S. 141–145

Völkel U. (2012): Akupunktur. In: Schmiedel V./Augustin M. (Hg.): Leitfaden Naturheilkunde. Methoden, Konzepte und praktische Anwendung. 6. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, S. 32–85

Vogel B.A./Leonhart R./Helmel A.W. (2009): Communication matters: the impact of communication and participation in decision making on breast cancer patients` depression and quality of life, Patient Education and Counseling, Vol. 77, S. 391–397

Volger E./Brinkhaus B. (2017): Einteilung der Naturheilverfahren. In: Volger E./Brinkhaus B. (Hg.): Kursbuch Naturheilverfahren für die ärztliche Weiterbildung. 2. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, S. 5–6

Von Georgi R. (2005): Besprechen und Gesundbeten. In: Münstedt K. (Hg.): Ratgeber Unkonventionelle Krebstherapien. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Landsberg/Lech: ecomed Medizin, S. 598–599

Von Wichert P. (2005): Evidenzbasierte Medizin (EbM). Begriff entideologisieren, Deutsches Ärzteblatt, Vol. 102, 22, S. A1569–A1570

Wanchai A./Armer J.M./Stewart B.R. (2010): Complementary and alternative medicine use among women with breast cancer: a systematic review, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, Vol. 14, 4, S. E45–E55

Weeks L. et al. (2014): Decision-making about complementary and alternative medicine by cancer patients: integrative literature review, *Open Medicine*, Vol. 8, 2, S. e54–e66

Weis J./Giesler J.M. (2004): Patientenkompetenz: Ein neues Konzept in der Onkologie. In: Bartsch H.H./Weis J. (Hg.): *Gemeinsame Entscheidung in der Krebstherapie. Arzt und Patient im Spannungsfeld der Shared Decision*. Basel et al.: Karger Verlag, S. 132–140

White M.A. et al. (2008): Seeking mind, body and spirit healing - why some men with prostate cancer choose CAM (complementary and alternative medicine) over conventional cancer treatments, *Integrative Medicine Insights*, Vol. 3, S. 1–11

WHO [World Health Organization] (1998): *Health promotion glossary*. Genf: World Health Organization.

WHO [World Health Organization] (2013): *WHO traditional medicine strategy. 2014–2023*. Genf: World Health Organization.

Wieland L.S./Manheimer E./Berman B.M. (2011): Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the cochrane collaboration, *Alternative Therapies in Health and Medicine*, Vol. 17, 2, S. 50–59

Wiesener S. et al. (2012): Legal status and regulation of complementary and alternative medicine in europe, *Forschende Komplementärmedizin*, Vol. 19, 2, S. 29–36

Wiesing U. (2004): *Wer heilt, hat Recht? Über Pragmatik und Pluralität in der Medizin*. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag.

Willems S. et al. (2005): Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference?, *Patient Education and Counseling*, Vol. 56, S. 139–146

Williams S.L./Haskard K.B./DiMatteo M.R. (2007): The therapeutic effect of the physician-older patient relationship: effective communication with vulnerable older patients, *Clinical Interventions in Aging*, Vol. 2, 3, S. 453–467

Willich S.N. et al. (2004): Schulmedizin und Komplementärmedizin. Deren Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden, *Deutsches Ärzteblatt*, Vol. 101, 19, S. A1314–A1319

Windeler J. (1993): Argumentationsstrukturen bei der Verteidigung nicht wissenschaftlich begründeter Verfahren in der Medizin. In: Köbberling J. (Hg.): *Die*

Wissenschaft in der Medizin. Selbstverständnis und Stellenwert in der Gesellschaft. 2. Auflage. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag, S. 83–115

Winer A./Bodor J.N./Borghaei H. (2018): Identifying and managing the adverse effects of immune checkpoint blockade, *Journal of Thoracic Disease*, Vol. 10, 3, S. S480–S489

Win On [Working Conditions in Oncology] (2014): Das onkologische Erstgespräch - kann es den Patienten Ängste nehmen? Factsheet 4. [Online] http://www.imvr.de/uploads/WINON_Factsheet_4.pdf [Zugriff am 23.11.2018]

Wintgen S./Webersberger R. (2015): Traditionelle Europäische Medizin. Das große Praxishandbuch der westlichen Heilkunst. Wien: Kneipp Verlag.

Witt C.M. et al. (2017a): A comprehensive definition for integrative oncology, *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, Vol. 52, S. 3–8

Witt C.M. et al. (2017b): Kompetenznetz Komplementärmedizin in der Onkologie (KOKON). Ein wissenschaftlicher Beitrag zur Verbesserung der Versorgung, *Forum*, Vol. 32, 5, S. 416–423

Wössmer B./Kiss A. (2004): Arzt-Patient-Kommunikation in der Onkologie: Ein Weiterbildungsangebot. In: Bartsch H.H./Weis J. (Hg.): Gemeinsame Entscheidung in der Krebstherapie. Arzt und Patient im Spannungsfeld der Shared Decision. Basel et al.: Karger Verlag, S. 95–101

Wolff E. (2010): Alternativmedizin und Gesundheitsgesellschaft - kulturelle Hintergründe einer anhaltenden Popularität. In: Becker R. et al. (Hg.): „Neue“ Wege in der Medizin. Alternativmedizin - Fluch oder Segen? Im Auftrag der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, Akademie der Wissenschaften des Landes Baden-Württemberg. Akademiekonferenzen. Band 10. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, S. 177–185

Wortmann J.K. et al. (2016): Use of complementary and alternative medicine by patients with cancer: a cross-sectional study at different points of cancer care, *Medical Oncology*, Vol. 33, 78, S. 1–11

Wyatt J.C./Sullivan F. (2005): What is health information?, *British Medical Journal*, Vol. 33, S. 566–568

Yang G. et al. (2017): National survey of china's oncologists' knowledge, attitudes, and clinical practice patterns on complementary and alternative medicine, *Oncotarget*, Vol. 8, 8, S. 13440–13449

Zeller T. et al. (2013): Potential interactions of complementary and alternative medicine with cancer therapy in outpatients with gynecological cancer in a comprehensive cancer center, *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, Vol. 139, S. 357–365

Zerm C. (2012): Anthroposophische Medizin. In: Beer A.-M./Adler M. (Hg.): Leitfa-
den Naturheilverfahren für die ärztliche Praxis. München: Urban & Fischer Verlag,
S. 335–342

Zucca A. et al. (2014): Patient-centred care: making cancer treatment centres
accountable, Support Care Cancer, Vol. 22, S. 1989–1997