

# **Patientenkompetenz und Komplementärmedizin am Beispiel Brustkrebs**

**Autor:** Prof. Dr. med. Gerd Nagel, Stiftung Patientenkompetenz, Zürich Schweiz

**Anlass:** Einführung 1. Intl. Symposium Orthomolekulare Medizin, 24./25. Oktober 2013, Wien

## **Korrespondenzadresse**

Prof. G. Nagel

Rütihofstr. 31

CH 8713 Uerikon

Schweiz

[mail@gerd-nagel.ch](mailto:mail@gerd-nagel.ch)

Tel.: 0041 44 796 43 90

## **Zusammenfassung**

In Anbetracht der in unserer Gesellschaft zunehmenden Bedeutung der Patientenkompetenz sowie der zum Patienten Empowerment gehörigen Selbstmedikation sollte über die Position der KoM in unserem Gesundheitswesen neu diskutiert werden.

In der Krebsmedizin ist die Förderung von Patientenkompetenz, Selfempowerment und Selbstwirksamkeitserwartung eine neue, Evidenz basierte Indikation der Komplementärmedizin (KoM). Medikamente der Evidenz basierten KoM (EbKoM) gehören zur Kategorie des „medikamentösen Patienten Supports“. Evidenz in der EbKoM definiert sich vor allem aus der komplementären Wirklichkeit von Patienten.

Mikronährstoffe (MnSt) sind der Prototyp der EbKoM im Rahmen des medikamentösen Empowerment Supports für Patienten mit Krebs. Das Nutzensprofil von MnSt bei Krebs lässt sich an folgenden Kriterien abmessen: Hohe Akzeptanz von MnSt bei Ärzten und Patienten; Förderung der Compliance von Ärzten und Patienten; Stärkung von Patientenkompetenz, Empowerment und Selbstwirksamkeitsüberzeugung; Abdeckung der Ziele der KoM in über 80% der Fälle; Prävention/Therapie von Folgen der Tumortherapie; positive Bewertung von MnSt bezüglich Arzneimittel-Nutzen, -Sicherheit, -Wirtschaftlichkeit.

## **Einführung, Hintergrund**

Es geht an dieser Tagung um die Position der orthomolekularen Medizin bei der Behandlung verschiedener Gesundheitsstörungen. An Stelle „orthomolekulare Medizin“ werde ich hier den Begriff Mikronährstoffe (MnSt), im Englischen *micronutrients* verwenden.

Die MnSt Medizin zählt offiziell noch zur sog. Komplementärmedizin (KoM). In meinem Referat möchte ich begründen, dass und warum die Diskussion über den Stellenwert der KoM – ganz speziell aber der MnSt Medizin – neu geführt werden muss; dass und warum sie vor allem in der wissenschaftlichen Medizin (Schulmedizin) ohne den historischen Ballast von Vorurteilen gegenüber ausserschulmedizinischen Therapieansätzen mit anderen Argumenten als bisher zu führen ist.

Auf die Geschichte der Diskussion um den Stellenwert der KoM möchte ich hier nicht näher eingehen. Wir wissen alle, dass diese Diskussion, seit sich die Schulmedizin im 19./20. Jahrhundert bei uns als *die* normative Medizin etabliert hat, bis heute äusserst kontrovers war. So etwa in der Schweiz, wo es vor zwei Jahren zu einer Volksabstimmung über die KoM kam. Das Volk verpflichtete den Gesetzgeber, die KoM als Bestandteil des medizinischen Therapiekanons zu legitimieren. Es folgten tatsächlich entsprechende Vermerke im Gesetz. Aber an der

Tatsache der Bewertung der KoM als eine Form der gegenüber der Schulmedizin minderwertigen Paramedizin hat sich offiziell nichts geändert.

Im Vorfeld dieses Volksentscheids wurde natürlich von Befürwortern und Gegnern hoch emotional über den Stellenwert der KoM im Gesundheitswesen debattiert. Ich will es kurz machen: Letzten Endes wurde jede differenzierte Diskussion von der Mehrzahl der Gegner der KoM mit dem Killerargument abgewürgt, es fehlten für die Mittel und Verfahren der KoM gemäss den Ansprüchen der Evidenz basierten Medizin (EbM) validierte Daten aus prospektiven, kontrollierten, klinischen Studien, die eine wie auch immer geartete Positionierung der KoM in der Krankenversorgung legitimieren würden.

Zurück zum Gegenstand meines Referats: Ich möchte begründen, dass und mit welchen Argumenten wir die Diskussion über den Stellenwert der KoM – ganz speziell aber der MnSt Medizin – wieder aufgreifen sollten.

Was zur Frage führt, ob es denn bisher nicht hinreichend gewichtete Argumente gibt, die eine Wiederaufnahme dieser Diskussion rechtfertigen würden? Die Antwort ist Ja, es gibt derartige Argumente. Auf drei derselben möchte ich jetzt näher eingehen (**Tab. 1**).

### **Die zunehmende Patientenkompetenz**

Das erste Argument betrifft den in unserer Gesellschaft zu beobachtenden Trend zu immer mehr Patientenkompetenz. Seit etwa dem Jahr 2000 macht der Begriff Patientenkompetenz (PK) – im Englischen *the expert patient* (1) – immer mehr von sich reden (2), und kompetente Patienten werden zusehends zu einer nicht mehr zu übersehenden, prägenden Kraft im Gesundheitswesen.

Es gibt mehrere Definitionen von PK. Eine besonders eingängige ist diejenige von Patienten selbst: „Ich bin ein kompetenter Patient/eine kompetente Patientin, wenn ich mit und trotz Krankheit, Handicap, Trauma oder Lebenskrise wieder normal leben und mit meinen eigenen Kräften zur Bewältigung der neuen Lebenssituation beitragen kann“ (3).

Kompetente Krebspatienten wollen eigene Initiativen zur Krankheitsbewältigung ergreifen, ohne die Rolle, Mittel und Möglichkeiten der Medizin in Frage zu stellen; sie wollen sich in die eigenen Angelegenheiten einmischen; sie verstehen sich nicht mehr länger als hilflose Opfer eines gnadenlosen Schicksals oder als Passivmitglieder im Gesundheitswesen, sondern als Ressourcen-starke Koproduzenten von Gesundheit.

Der Handlungsweise kompetenter Patienten liegen bestimmte Vorstellungen über die Entstehung, das Wesen und die Behandlung von Krankheiten zu Grunde, die wir als Patienten Denkstile bezeichnen. Solche (subjektiven) Denkstile unterscheiden sich oft von den korrespondierenden (objektiven) Denkstilen der Medizin. Denn, die Denkstile von Patienten bilden eine andere Wirklichkeit ab, als die Denkstile der Medizin: Der Patient erlebt seine Krankheit als ein zu ihm gehöriges Kranksein, als eine persönliche, existenzbedrohende Krise; der Arzt hingegen betrachtet die Krankheit als etwas weitgehend Selbständiges, unabhängig vom dazugehörigen Patienten. Patient und Arzt denken und handeln aus zwei voneinander unterschiedlichen Wirklichkeiten heraus – wir reden von komplementären Wirklichkeiten. Keine dieser beiden Wirklichkeiten ist richtig, keine ist falsch – was wirklich vor sich geht erfassen wir erst, wenn wir beide Wirklichkeiten respektieren, gewichten und bei der Behandlung respektieren. Wie die unterschiedlichen Denkstile von Medizin und Patienten in ein geschlossenes medizinisches Behandlungs- und Beratungsmodell integriert werden können,

haben wir kürzlich beschrieben (4) – auf diese Publikation wird im Folgenden Bezug genommen.

Von den verschiedenen handlungsbestimmenden Vorstellungsmustern kompetenter Patienten ist eines besonders hervorzuheben. Es ist dies das sog. „2 Ärzte Modell“ (**Abb.1**). Es besagt, dass zur Bewältigung der Krebserkrankung zwei Ärzte notwendig sind, der äussere Arzt, die Medizin, und der innere Arzt, die körpereigene Abwehr, auch als innerer Heiler bezeichnet. Auf der unerschütterlichen Basis dieser Grundüberzeugung bauen alle Prinzipien der Empowerment-Beratung auf. Als Empowerment oder Selfempowerment bezeichnet man die Fähigkeiten des Patienten, die eigenen Ressourcen zur Krisen- oder Krankheitsbewältigung zu entdecken, zu stärken und zielgerichtet einzusetzen.

Frauen mit Brustkrebs erkennen selbstverständlich die Notwendigkeit des Vorgehens des äusseren Arztes (dicker Pfeil) an. Sie, die Patientinnen (in der **Abb 1** als roter Kreis symbolisiert), glauben jedoch, auch über einen eigenen Köcher mit Pfeilen zur Krankheitsbewältigung zu verfügen.

Unter dem Eindruck dieser Modellvorstellung formulieren Krebspatienten auf der Suche nach Kompetenz und Empowerment in eigener Sache vor allem drei Fragen:

- **Wer** orientiert mich im Info-Dschungel?
- **Wie** finde ich meinen persönlichen Weg in der Krankheit?
- **Was** kann ich selbst zur Krankheitsbewältigung beitragen?

Kompetente Patienten möchten keine „kleinen Ärzte“ sein. Sie wollen keine medizinischen Entscheide treffen. Aber sie möchten diese nachvollziehen können. Sie möchten Experten sein, nicht in den medizinischen, sondern in den eigenen Angelegenheiten. Als „Besitzer“ ihrer Erkrankung erwarten kompetente Patienten vom Arzt die Respektierung ihrer persönlichen Denkstile und Handlungsmuster, ebenso wie sie umgekehrt die medizinische Expertise respektieren.

Dieses „neue“ Patientenrecht auf Berücksichtigung der komplementären Patienten Wirklichkeit hat nun erhebliche Konsequenzen für die Neukonzeption des Gesundheitswesens auf allen Ebenen. In der Medizin des 20 Jahrhunderts, bei der es vor allem um die Therapie der Krankheit des Patienten ging und sich der Patient meistens als *patients* verhielt, mag eine überwiegend krankheitszentrierte (pathotrope) Medizin noch vertretbar gewesen zu sein.

Die Medizin und das Gesundheitswesen des 21. Jahrhunderts müssen sich nun aber dem zunehmenden gesellschaftlichen Trend zu immer mehr Patientenkompetenz stellen. Sie müssen sich vor allem wieder ihrer Funktion als dem Patienten dienend bewusst werden und lernen, die komplementäre Wirklichkeit von Patienten und die daraus abgeleiteten Zielvorstellungen gesundheitsorientierter (salutotroper) Denkstile zu berücksichtigen. Womit sie zwangsläufig auch die KoM neu bewerten müssen – denn die KoM rechtfertigt sich vor allem aus der komplementären Wirklichkeit von Patienten.

Natürlich stellt sich an dieser Stelle die Frage, ob es aus medizinischer Sicht der KoM überhaupt bedarf. Mit anderen Worten, ob der medizinische Therapiekanon nicht auch die von Patienten selbst formulierten Therapieziele abdeckt? Die Antwort lautet Nein. Denn es gibt Patienten-eigene, mit der Anwendung von Mitteln der KoM angestrebte Therapieziele, die der schulmedizinische Therapiekanon in dieser Form nicht kennt. In **Tab. 2** werden die häufigsten dieser Patienten-eigenen Therapieziele genannt.

### **Die prognostische Relevanz der Patientenkompetenz (PK)**

Das zweite Argument, warum über die Positionierung der KoM im Gesundheitswesen unserer Zeit (vor allem in der Onkologie) nochmals zu diskutieren ist, betrifft die sogenannte prognostische Relevanz der PK.

Die meisten Patientinnen im Frühstadium von Brustkrebs sind davon überzeugt, dass sie durch Selfempowerment und gezieltes Handeln in eigener Sache zur Verbesserung der Prognose beitragen können. Dieser Glaube an die prognostische Relevanz der PK ist ein enorm wichtiger Motivator zur Selbsthilfe und zur Anwendung entsprechender unterstützender Mittel der KoM.

Wie verhält es sich mit dieser Frage nach der prognostischen Relevanz der PK nun aber aus schulmedizinischer Sicht?

Wie aus **Tab. 3** exemplarisch hervorgeht, gibt es zahlreiche Beispiele, die belegen, dass PK und persönliche Gesundheitsfürsorge signifikant zur Prävention und Bewältigung von Krankheiten beitragen können. Wie aber steht es für den Fall der Krebserkrankungen? Hier gelten PK und Selfempowerment bis heute nicht als eigenständige Prognosefaktoren.

Die forschende Onkologie hat sich seit den ersten Publikationen von *Spiegel et al.* (5) jedoch immer wieder mit Patientenfaktoren als Prognosemarkern befasst. In einigen Studien wurden auch Überlebensvorteile für kompetente Patientinnen beschrieben. Die Ergebnisse dieser Studien konnten aber entweder nicht reproduziert werden oder methodenkritischer Belastung nicht ganz standhalten (6).

In einer neueren, prospektiven, randomisierten Studie berichteten *Andersen et al.* (7) nun erneut über signifikant bessere Krankheitsverläufe bei Frauen mit Brustkrebs, die sich bestimmten Massnahmen zu systematischer Patientenedukation und zu längerfristigem Stressabbau unterzogen hatten. Die Validität der Ergebnisse dieser Untersuchungen wird zwar ebenfalls aus methodenkritischer Sicht angezweifelt, berechtigen aber im Lichte neuerer Forschungen zu Patienten-Prognosefaktoren dazu, den Fall PK und Prognose bei Brustkrebs im Frühstadium wissenschaftlich wieder aufzurollen.

Dass PK ein eigenständiger Prognosefaktor ist, entspricht auch der onkologischen Berufserfahrung. Ohne Zweifel ist es von Bedeutung für die Lebensqualität, Verträglichkeit toxischer Tumortherapien, Häufigkeit und Schweregrad von Komplikationen und für die konsequente Therapieführung, in welchem Ausmass sich Patienten kompetent, kooperativ und mit Kohärenzgefühl (8) ihrem Schicksal stellen.

Besondere Bedeutung zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen PK und Prognose messen wir der sog. Selbstwirksamkeitserwartung (oder Selbstwirksamkeitsüberzeugung) bei. *Bandura* (9) beschrieb zahlreiche Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeit und anderen Faktoren:

- Vermehrter Stress und verminderte soziale Unterstützung führen zu geringerer Selbstwirksamkeitserwartung.
- Individuen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung sind besser in der Lage, mit Stress und Enttäuschung fertig zu werden.
- Individuen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung zeigen grössere Motivation, Anstrengung, Ausdauer und Leistung bei der Krisenbewältigung als solche mit niedrigerer Selbstwirksamkeitserwartung.
- Individuen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung gehen Aufgaben in besserer Stimmung an (z. B. mit weniger Angst und Depression).
- Menschen entwickeln umso mehr Vertrauen in ihre Selbstwirksamkeit, je mehr Erfolg sie mit ihrem eigenen Verhalten tatsächlich verbuchen können.

Warum sind diese Fakten relevant für unsere Diskussion über die Positionierung der KoM? Man kann diese Frage kaum besser beantworten als mit einem Bild, das in Kreisen kompetenter Patienten ausserordentlich populär ist (**Abb. 2**). Es symbolisiert nicht nur die für Patienten zunächst ungünstig aussehenden Machtverhältnisse zwischen ihnen und ihrem Schicksal, sondern auch die Tatsache, dass uns Menschen immer, wie aussichtslos bedrohliche Situationen auch erscheinen mögen, Möglichkeiten zur Abwehr und Bewältigung von Krisen zur Verfügung stehen. Mittel der KoM helfen bei solcher Abwehr und sie können als Waffe in der Hand des bewehrten Patienten eine schicksalsentscheidende Rolle spielen (wie uns schon das biblische Beispiel David gegen Goliath zu lehren versuchte).

### **Evidenz basierte Komplementärmedizin (EbKoM)**

Zum Dritten wird bei der pauschalen Aburteilung der KoM immer wieder auf angeblich fehlende Daten zur Wirksamkeit der Mittel der KoM aus klinischen Studien verwiesen. Dieses Argument ist jedoch so nicht haltbar, denn es gibt im Therapiekanon der KoM sehr wohl einzelne hervorragend dokumentierte Mittel. Das beste Beispiel, das ich hierzu nennen kann, sind Mikronährstoffe (MnSt). Da über die MnSt Medizin und die wissenschaftliche Begründung ihrer Indikationen an diesem Symposium ausführlich geredet wird, möchte ich mich hier auf den Stellenwert von MnSt aus der Patientensicht und im Rahmen der Empowerment Beratung beschränken.

In der EbM hat es sich eingebürgert, therapeutische Mittel und Verfahren auf der Basis von objektiven Ergebnissen aus kontrollierten Studien zu bewerten. Hauptsächliche Bewertungskriterien sind dabei der Nachweis von Wirkmechanismen sowie der Wirksamkeit gemessen an der von aussen zu registrierenden Besserung von Krankheiten, Symptomen oder Krankheitsverläufen. Subjektive Eindrücke von Patienten zum Nutzen der Mittel werden in der EbM hingegen kaum gewichtet.

Nun wird in der Diskussion um die Positionierung der KoM der Fehler gemacht, solche EbM Kriterien (objektivierbare Wirkmechanismen und Wirkungen) auch auf die Mittel der KoM anzuwenden. Die Mittel der KoM werden jedoch vor allem zur Erreichung von Zielen angewendet, die von Patienten selbst im Rahmen ihrer subjektiven Zielsetzungen aufgestellt werden. Das heisst, dass in erster Linie der Patient selbst beurteilen muss, ob mit dem gegebenen Mittel das erwünschte Ziel erreicht wurde oder nicht. Würden die mit der MnSt Medizin aus Patientensicht erzielbaren Effekte bei der Bewertung einzelner Mittel der KoM auch als EbM Kriterium berücksichtigt, gehörten die MnSt längst zum Therapiekanon der Schulmedizin.

Wie gehen wir nun damit um, dass MnSt offiziell zur KoM gezählt werden obwohl sie zur EbM gehörten?

Wir haben zu dieser Frage vor kurzem in unserem Buch „Empowerment Brustkrebs“ (4) einen praktischen Vorschlag gemacht, der sich aus der Praxis der Empowerment Beratung ergeben hat. Dieser Vorschlag lautet, zusätzlich zu den drei Hauptgruppen der Medikamente in der Krebsmedizin (Tumorthherapie, Supportivtherapie, Komplementärtherapie) eine vierte Gruppe von Medikamenten einzuführen, nämlich Medikamente zum Empowerment Support.

In der Empowerment Beratung fragen Patienten – wie oben gesagt – nicht danach, was die Medizin zur Krankheitsbekämpfung tut, und/oder ob es da Alternativen gibt, sondern sie fragen danach, was sie selbst zur Krankheitsbewältigung beitragen können. Sie fragen nach ihren

eigenen Mitteln und Möglichkeiten, mit anderen Worten nach ihren persönlichen Ressourcen. Zu diesen Ressourcen gehören vom Patienten selbst für sich gemäss den eigenen Vorstellungen zur Krankheitsbewältigung und zum Empowerment gewählte Mittel der KoM.

Wenn man die Beratung von Krebspatienten zu Mitteln der KoM mit der Frage beginnt, an welche Mittel die Patienten denn selbst gedacht haben, oder zu welchen besonderen Therapierichtungen ausserhalb der Schulmedizin sie tendieren, dann ufernt das KoM Gespräch meistens aus. Wenn man das KoM Gespräch aber mit der Frage nach den von den Patienten verfolgten Zielen der komplementären Medikation eröffnet, führt es rasch zu einem ganz erstaunlichen Ergebnis.

Die Patienten geben nämlich nach der Zielfindung das relativ richtungslose Herumsuchen nach einem irgendwie Hoffnung versprechenden Mittel auf, sie definieren für sich Ziele und Leitplanken des Handelns und der KoM, und sie erkundigen sich dann ganz von selbst nach Mitteln und Verfahren, die einigermaßen Garantie versprechend zum gewünschten Ziel führen. Daraus ergibt sich dann im Endeffekt, dass sich Patienten in über 80% der Fälle zur Anwendung von MnSt entscheiden.

Wie **Tab 4** zeigt, konnten wir in der Beratungspraxis folgende Erfahrungen machen:

Von 400 Patientinnen mit Brustkrebs im Frühstadium, wünschten 392 eine Beratung zu Mitteln zum Empowerment-Support.

Vor der Beratung waren es etwa 60 % der Patientinnen, die die Anwendung von MnSt zum Self-Empowerment bereits selbst gewünscht hatten. Nach der Beratung war diese Zahl auf über 90 % gestiegen.

MnSt waren bereits vor der Beratung die Arzneimittel, die von den Patientinnen zum Self-Empowerment-Support besonders favorisiert wurden.

Nach der Beratung entschied sich die weitaus grösste Zahl von Patientinnen für MnSt.

Der Meinung, dass diese hervorragende Akzeptanz der MnSt nicht nur durch die gute wissenschaftliche Fundierung und breite Wirksamkeitspalette der MnSt-Therapie, sondern auch durch einen Suggestivfaktor vonseiten des Beraters zu erklären ist, würde ich durchaus zustimmen.

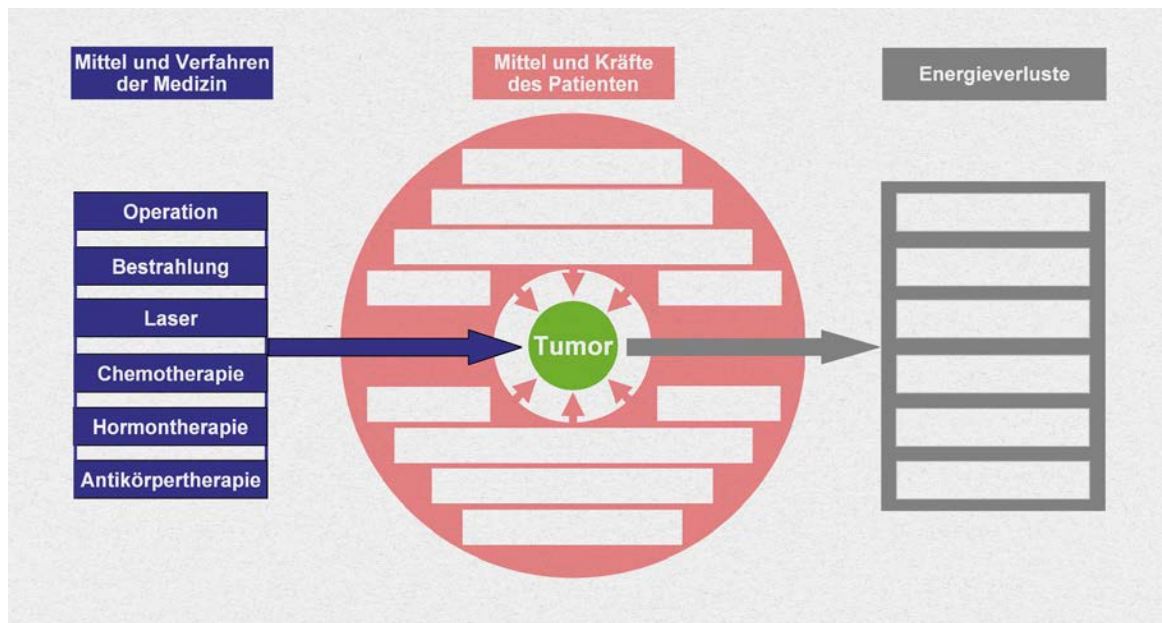
Im Allgemeinen sollte die Empowerment Beratung möglichst in nicht direkter Form erfolgen; der Patient sollte selber darauf kommen, was er will, kann und möchte. Aber es gibt von dieser Regel auch Ausnahmen. Die wichtigste Ausnahme ist die KoM Beratung. Hier erwarten die meisten Krebspatienten einen Expertenrat des Arztes ihres Vertrauens. Und je überzeugter dieser Arzt selbst von seiner, dem Patienten abgegebenen Empfehlung ist, umso überzeugender fallen seine Empfehlungen aus und umso eher gehen Patienten dann auch darauf ein. Im Kanon der Mittel der KoM entsprechen MnSt am ehesten den Kriterien der EbM, was bedeutet, dass sich die KoM-Skeptiker unter den Ärzten noch am ehesten für die Empfehlung von MnSt als Mittel zum Empowerment Support erwärmen und dann auch entsprechend überzeugend (wer will mag sagen suggestiv) beraten können. Die Folge ist ein tieferes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und dem zu Folge wiederum eine bessere bilaterale Compliance.

## Fazit

Die in unserer Gesellschaft zunehmende Patientenkompetenz (PK), die prognostische Relevanz des Patienten Empowerment und der motivierende Effekt der von der Empowerment Beratung bezüglich der Selbstwirksamkeitsüberzeugung ausgeht, sowie die grosse Bedeutung von Mitteln der KoM zum Empowerment Support machen es erforderlich, dass über die Stärkung der Rolle von Patienten zur Krankheitsbewältigung sowie über den Einsatz bestimmter Mittel der KoM mit anderen Argumenten als bisher diskutiert werden muss. Welchem Arzt die Förderung von PK und Patienten Empowerment ernsthaftes Anliegen ist, dem stellt sich automatisch auch die Frage nach seinen Möglichkeiten, bestimmte Mittel und Verfahren zu diesem Zweck einzusetzen. Wie wir zeigen konnten, sind bestimmte Kombinationen von Mikronährstoffen (MnSt) zu diesem Zweck besonders gut geeignet. MnSt erfüllen einerseits die Ansprüche der Medizin an die Evidenz basierte Bewertung der von ihr verwendeten Mittel, andererseits die Ansprüche von Patienten an eine verlässliche, unterstützende Medikation zum Empowerment Support.

## Literatur

- **Dept. Health:** The expert patient. A new approach to chronic disease management for the 21st century. DOH, London (2001).
- **Nagel G, Theobald S, Neusetzer B, Audörsch I:** Patientenkompetenz: Begriffsbestimmung und prognostische Relevanz bei Krebs. *DZO* **36**, 110–117 (2004).
- **Bopp A, Nagel D, Nagel G:** Was kann ich selbst für mich tun. Patientenkompetenz in der modernen Medizin. Rüffer & Rub, Zürich (2005).
- **Nagel G., Schreiber D.:** Empowerment von Frauen mit Brustkrebs. Leitfaden zur Ressourcen-orientierten Beratung bei Brustkrebs für Ärzte, Pflegende und andere Health Professional, Stiftung Patientenkompetenz Zürich 2013. [www.patientenkompetenz.ch](http://www.patientenkompetenz.ch)
- **Spiegel S et al.:** Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* **1**, 888–891 (1989).
- **Faller H:** Erfolg psychologischer Interventionen. Ein Review. In: Koch U & Weis J (Hrsg): Psychoonkologie. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie **22**, 189–198. Hogrefe-Verlag, Göttingen (2009).
- **Andersen BL et al.:** Psychological Intervention improves survival for breast cancer patients. A randomized clinical trial. *Cancer* **113**, 3450–3458 (2008).
- **Antonovsky A & Franke A:** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen (1997).
- **Bandura A & Cervone D:** Self-evaluative and self-efficacy mechanisms of governing the Motivational effects of goal systems. In: Higgins TE & Kruglanski AW (eds): Motivational science: Social and personality perspectives. Psychology Press, Philadelphia (2000).



**Abb. 1: Arbeitsblatt „2-Ärzte-Modell“.** Dieses Arbeitsblatt wird bei der Empowerment Beratung verwendet. Es greift die Vorstellung von Patienten auf, dass es zwei Ärzte zur Krankheitsbewältigung braucht, den äusseren Arzt (Abschnitt blau) mit seinen Möglichkeiten und den inneren Arzt (Abschnitt rot), den Patienten mit seinen Ressourcen. Abschnitt grau dient zur Bewusstmachung von ‚Energiefressern‘, die der Patient meiden sollte. Bei der Empowerment Beratung geht es ausschliesslich um Themen des Selbstmanagement des Patienten, also Abschnitte rot und grau.



**Abb. 2: Parole niemals aufgeben:** Die Zeichnung verweist nicht nur auf das Empowerment-Motiv, sondern auch auf die Tatsache, dass jeder Mensch über wirksame Mittel gegen die noch so mächtig erscheinende Lebensbedrohung verfügt (4).



## Warum muss die KoM neu positioniert werden?

- ① Die zunehmende PK
- ② Die prognostische Relevanz der PK
- ③ Gleichbehandlung von EbM und EbKoM

**Tab. 1: Neubewertung der KoM:** Drei Gründe, warum die Position der Komplementärmedizin im Gesundheitswesen unserer Zeit neu bewertet werden sollte.

## Häufigste, spontan genannte Motive der medikamentösen Selbsthilfe bei Frauen mit Brustkrebs im Frühstadium

Motiv	% von n=520 Patientinnen
① Stärkung der Abwehr	<b>78</b>
② Schutz vor Folgeschäden (Krh/Th)	<b>58</b>
③ Heilungschance verbessern	<b>55</b>
④ Lebensqualität erhalten	<b>52</b>
⑤ Nicht untätig sein können/wollen	<b>47</b>

**Tab. 2: Ziele der Patienten Selbsthilfe:** Häufigste, spontan genannte Ziele der medikamentösen Unterstützung im Rahmen der Patienten Selbsthilfe bei Frauen mit Brustkrebs im Frühstadium.

Das Motiv „Abwehr“ ist nicht als Immunabwehr zu verstehen, sondern als bewehrt sein, sich besser wehren können, das Heft des Handelns in der Hand behalten und dazu ein Hilfsmittel (Waffe) zu gebrauchen.

### Ist PK von eigenständiger prognostischer Relevanz ?

**JA: Präventiv-Medizin**

- Kreislauf-Stoffwechsel-Erkrankungen
- Kariesprophylaxe etc.

**JA: Reha-Medizin**

- Neurologie
- Sportverletzungen etc.

**JA: Krankheits-Medizin**

- Diabetes
- Suchterkrankungen + Folgen

**? - Krebs**

**Tab. 3: Prognostische Relevanz der Patientenkompetenz:** Es ist im Allgemeinen unbestritten, dass Patientenkompetenz, persönliches gesundheitsbewusstes Verhalten und die Motivation Krisen zu bestehen, Einfluss auf Krankheitsverläufe nehmen. Die meisten Krebspatienten sind davon auch überzeugt, was sie zu entsprechendem Handeln motiviert. Von der akademischen Medizin wird die prognostische Relevanz der Patientenkompetenz eher bestritten.

### Akzeptanz von MnSt zum Empowerment Support vor und nach detaillierter Definition der Therapieziele (MC n = 392)

Präferenzen	n Patientinnen	%
• Patientin wünscht medikamentöse Selbsthilfeberatung	<b>392</b>	<b>98</b>
• Anwendung von Medikamenten <b>vor</b> der Beratung, total	<b>171</b>	<b>43</b>
davon		
- diverse Mittel ohne MnSt	<b>68</b>	<b>40</b>
- diverse Mittel plus MnSt	<b>65</b>	<b>38</b>
- nur MnSt	<b>38</b>	<b>22</b>
• Anwendung von Medikamenten <b>nach</b> der Beratung, total	<b>374</b>	<b>94</b>
davon		
- diverse Mittel ohne MnSt	<b>17</b>	<b>5</b>
- diverse Mittel plus MnSt	<b>31</b>	<b>8</b>
- nur MnSt	<b>326</b>	<b>87</b>

**Tab. 4: Akzeptanz von Mikronährstoffen (MnSt) zum Zweck des Self-Empowerment Supports:** Erst nach der Definition von Zielen der Selbsthilfe und der Selbstmedikation kann über die Wahl der zu diesem Zweck geeigneten Mittel zielführend geredet werden. Nach unserer Erfahrung entscheiden sich nach solcher Zieldefinition über 80% der Patientinnen für die Anwendung von MnSt. In den meisten Fällen erübrigt sich dann auch ein zusätzliches Gespräch über die KoM.