

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege und Management

Bachelorstudiengang Pflegeentwicklung und Management

Bachelor Thesis

Herausforderungen und Grenzen der Prähabilitation in der Onkologie

Tag der Abgabe:	25.08.2017
vorgelegt von:	Jacqueline Würzner
Matrikelnummer:	██████████
Betreuende Prüferin:	Frau Prof. Dr. habil. Corinna Petersen-Ewert
Zweite Prüfende:	Frau Prof. Dr. Uta Gaidys

Abstract

Die stetig steigenden Tumorerkrankungen erfordern neue Behandlungsoptionen. Eine Möglichkeit ist die Prähabilitation. Diese hat viele positive Effekte auf unterschiedliche Gesundheitsaspekte. Es besteht allerdings noch ein großer Forschungsbedarf auf diesem Gebiet. Das Ziel dieser Studie ist, herauszufinden, ob eine Prähabilitation gewünscht wird und welche Vorstellungen und Bedürfnisse onkologische Patienten hinsichtlich einer Prähabilitation haben. Die Ergebnisse zeigen, dass alle vier Teilnehmer sich eine Prähabilitation wünschen. Insbesondere Sport können sich die Teilnehmer gut vorstellen. Es wird aber auch deutlich, dass die Individualität einen hohen Stellenwert hat.

The continuous increasing cancer diseases require new treatments. An opportunity is provided by the prehabilitation. It offers a variety of health benefits. However, major research is needed in this field. The aim of this study is, on the one hand, if a prehabilitation is desired by cancer patients and, on the other hand, which ideas and needs should be addressed with regard to prehabilitation. The results demonstrate that the four cancer patients advocate a prehabilitation. Particularly, they can imagine sports as a form of prehabilitation. It becomes apparent that especially individuality is necessary.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	iii
Tabellenverzeichnis.....	iii
1 Einleitung	1
1.1 Problemdarstellung	1
1.2 Ziel dieser Arbeit	2
2 Theoretischer und empirischer Hintergrund	3
2.1 Begriffsbestimmungen von Prähabilitation	3
2.2 Übersichten des aktuellen Forschungsstands	6
2.3 Ergebnisse des aktuellen Forschungsstands	9
3 Fragestellungen und Hypothesen	13
4 Methodik.....	14
4.1 Stichprobe	14
4.2 Instrumente	15
4.3 Auswertung	16
4.4 Ethische Prinzipien.....	18
5 Ergebnisse	18
5.1 Stichprobe und Interviews	18
5.2 Kategorien.....	19
5.2.1 Standardbetreuung	20
5.2.2 Individuelle Betreuung	21
5.2.3 Prähabilitation	21
5.2.4 Sport	22
5.2.5 Ernährung.....	24
5.2.6 Psychologische Betreuung	24
6 Diskussion.....	25
6.1 Zusammenfassung.....	25
6.2 Ausblick.....	29
6.3 Limitation.....	30
Literaturverzeichnis	I
Anhänge	A
Anhang 1: Inkludierten Studien.....	A
Anhang 2: Exkludierte Studien (nach dem Alphabet sortiert).....	B

Anhang 3: Interviewleitfaden.....	C
Anhang 4: Einleitung für das Interview	D
Anhang 5: Informationsblatt.....	E
Anhang 6: Einverständniserklärung der Interviewpartner	F
Anhang 7: Interviewteilnehmer 1	G
Anhang 8: Interviewteilnehmer 2	H
Anhang 9: Interviewteilnehmer 3	I
Anhang 10: Interviewteilnehmer 4	J
Anhang 11: Kategorien, Ankerbeispiele und Kodierregeln	K
Eidesstattliche Erklärung	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitstrahl Prähabilitation	3
Abbildung 2: Sucherverlauf PubMed	7
Abbildung 3: Suchverlauf CINHAL	8
Abbildung 4: Ober- und Unterkategorien	20
Abbildung 5: Cancer prehabilitation versus usual care and education	26
Abbildung 6: Beispiel einer multimodalen Prähabilitation onkologischer Patienten	29

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: PICO Schema	6
------------------------	---

1 Einleitung

1.1 Problemdarstellung

Mit zunehmenden Alter steigt für viele das Risiko, an einem Tumor zu erkranken (Robert Koch-Institut 2016:18). Laut dem Robert-Koch-Institut (2015:21) erkrankt jeder zweite Mann und 43% aller Frauen an einem malignen Tumor in Deutschland. Die Inzidenzrate und die Mortalitätsrate von malignen Tumoren ist jedoch weiterhin steigend (ebd.:20), obwohl es einen rasanten medizinisch-technischen Fortschritt gibt und die Therapiemöglichkeiten sich in der malignen Tumorthherapie in den letzten Jahren enorm verbessert haben (Baumann et al. 2012:22). Ernährung, mangelnde Bewegung, allgemeiner psychischer Zustand und Toxine wie Nikotin und Alkohol haben Einfluss auf die Entstehung, die Therapie und die Rehabilitation (ebd.:12-13,101; Weltgesundheitsorganisation 2011). Die Rehabilitation ist in der Onkologie ein wichtiger Prozess, um zum einen die Lebensqualität wieder zu verbessern und zum anderen die körperlichen und psychischen Einschränkungen zu behandeln und zu reduzieren (Robert Koch-Institut 2016).

In den letzten Jahren entstand ein neuer Forschungsbereich: die Prähabilitation. Diese wird beschrieben als der erste Prozess einer Rehabilitation in der Onkologie (Silver 2015; Baumann und Leesen 2016). Obwohl es kontinuierlich neue Behandlungsoptionen in der Onkologie gibt (Baumann et al. 2012:23), bleiben die körperlichen und psychischen Einschränkungen für die Betroffenen¹ bestehen (Baumann und Leesen 2016). Insbesondere die körperlichen und psychischen Einschränkungen und die Nebenwirkungen einer Tumorthherapie stellen eine hohe Belastung für die Patienten dar, welche teilweise von ihnen ausgehalten werden müssen. Andauernde Übelkeit, Appetitlosigkeit, Fatigue, reduzierte Leistungsfähigkeit und noch vieles mehr erschweren den Alltag und auch die spätere Rehabilitation (Baumann et al. 2012:32,84). Der prähabilitative Ansatz hat das Ziel, eben diese negativen Effekte in der Tumorthherapie vorher durch körperliche Aktivität, psychologische Betreuung und einer Ernährungsberatung einzudämmen (Punt et al.

¹ Zum Zwecke einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf geschlechterspezifische Formulierungen verzichtet. Die Verwendung in der männlichen Sprachform soll als geschlechtsneutral verstanden werden. Grundsätzlich sind die Begriffe Patienten, Teilnehmer und Interviewpartner gleichermaßen als geschlechtsneutral anzusehen.

2017). Hierbei kann es sich um eine unimodale oder multimodale Therapie handeln. In Abhängigkeit von der Tumorart wird darüber entschieden, welche spezifischen Interventionen besonders erforderlich sind (Baumann und Leesen 2016).

In einigen klinischen Beobachtungen konnte festgestellt werden, dass trotz einer Tumorerkrankung, eine Prähabilitation positive Effekte auf die kardiorespiratorische und muskuläre Fitness, verringerter körperlicher Abbau und Nebenwirkung wie Fatigue, Schlafstörungen oder Depressionen haben (Lee et al. 2007; Cramer et al. 2014; Tsimopoulou et al. 2015; Brunet et al. 2017). Jedoch bestehen noch einige Herausforderungen und Grenzen bezüglich einer Prähabilitation. Die Studien weisen erhebliche Unterschiede in der Prähabilitation auf (Singh et al. 2013; Cramer et al. 2014; Hijazi et al. 2017). Des Weiteren wurde noch keine Prähabilitation impliziert und evaluiert. Es ist auch unklar, ob onkologische Patienten sich überhaupt eine Prähabilitation wünschen und wie diese nach ihren Vorstellungen aufgebaut sein sollte.

Im nächsten Kapitel wird zunächst einmal der Begriff Prähabilitation und im Kontext der Onkologie erläutert. Darauf folgt eine detaillierte Beschreibung des aktuellen Forschungsstandes. Hier werden der Suchverlauf und die Trefferzahl auf den Datenbanken aufgezeigt. Darüber hinaus wird eine Qualitätsprüfung der einzelnen Studien vollzogen, die im Anhang zu finden sind. Im dritten Kapitel werden die Fragestellungen und die Hypothesen präsentiert. Anschließend wird im vierten Kapitel das methodische Vorgehen für diese qualitative Studie dargestellt. Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse mit den entstandenen Ober- und Unterkategorien aus den Interviews präsentiert. Im Anschluss werden die gewonnenen Ergebnisse mit der gefundenen Literatur zusammengeführt und diskutiert. Aus dieser Zusammenführung wird schließlich ein Ausblick geschaffen, wie weiter agiert werden sollte. Dieses Kapitel endet mit den Limitationen, denen diese Arbeit unterliegt.

1.2 Ziel dieser Arbeit

Prähabilitation ist ein neues Forschungsfeld in der Medizin und in Pflege. Daher sind die bisherigen Forschungsergebnisse noch nicht hinreichend aussagekräftig, so dass weiterer Forschungsbedarf besteht. Insbesondere liegen nur wenige qualitative

Studienergebnisse vor, die die Sicht des onkologischen Patienten bezüglich einer Prähabilitation erfassen. Im Rahmen dieser Arbeit sollen die verbundenen Herausforderungen und Grenzen, die mit einer Prähabilitation zusammenhängen, analysiert werden. Darüber hinaus soll untersucht werden, ob eine Prähabilitation gewünscht wird und welche Vorstellungen und Bedürfnisse onkologische Patienten hinsichtlich einer Prähabilitation haben.

2 Theoretischer und empirischer Hintergrund

2.1 Begriffsbestimmungen von Prähabilitation

Der Begriff Prähabilitation setzt sich aus dem lateinischen Wörtern „prae“ (vor/vorher) und „habilitare“ (fähig machen, wiederherstellen) zusammen (Pschyrembel et al. 1986: 1350; Brockhaus 2006:663). Prähabilitation wird als ein Prozess beschrieben, der zwischen der Diagnose und der beginnenden Therapie ansetzt und sowohl körperliche als auch psychische Interventionen impliziert (siehe Abb. 1). Es ist somit zeitlich begrenzt (Silver 2015).

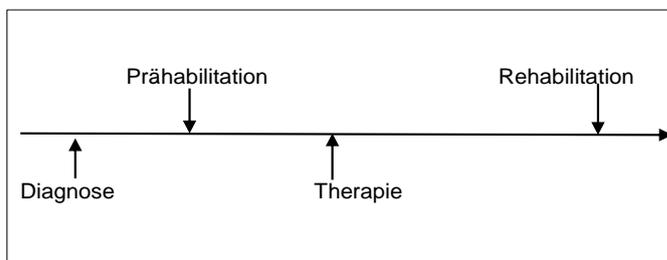


Abbildung 1: Zeitstrahl Prähabilitation (eigene Darstellung)

Prähabilitation greift diverse Aspekte aus der Rehabilitation auf. Zunächst heißt Rehabilitation „Wiederherstellung“ oder „wieder teilnehmen können“ am alltäglichen Leben (Grote et al. 2014:17). Der Beginn der Rehabilitation ist das Ende der Therapie. Die Kernelemente einer Rehabilitation sind zu unterstützen, zu fördern, zu aktivieren und wieder einzugliedern, sowohl im beruflichen als auch im sozialen Sinne (ebd.:17-18). Rehabilitation kann in vier Formen unterteilt werden, wobei nur der eine Punkt genannt werden soll, der gleichermaßen relevant für die Prähabilitation ist. Es handelt sich dabei um die medizinische Rehabilitation (ebd.:17). Diese zielt darauf ab, die körperlichen, psychischen und sozialen Auswirkungen zu verringern oder zu

beseitigen (ebd.:29-30). Charakteristisch für die Rehabilitation sind die folgenden vier Ziele:

- 1. den zu erwartenden körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen vorzubeugen*
- 2. zu fördern und zu bestärken, wieder zum alten körperlichen und psychischen Zustand zu kommen*
- 3. zu unterstützen, mit körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen umzugehen und das Fortschreiten von Beeinträchtigungen zu reduzieren*
- 4. zu minimieren oder zu verhindern von Komplikationen (Silver et al. 2015)*

Diese Ziele könnten für eine Prähabilitation übernommen werden, da annähernd die gleichen Absichten bestehen (ebd.).

Prähabilitation ist ein junges Konzept und wird als der erste Schritt einer Rehabilitation beschrieben (Shun 2016). Der Ursprung dieses Konzeptes liegt in der Kardiologie und in der Orthopädie. Es wurde festgestellt, dass präoperative Interventionen beispielsweise bei einer Hüft- oder Knieoperationen einen positiven Nutzen auf die postoperative Versorgung haben (Silver 2015; Tan 2015; Le Roy et al. 2016). Außerdem stellte sich heraus, dass es empfehlenswert ist, vor einer Therapie oder Operation die Risikofaktoren der Betroffenen zu identifizieren, den Gesundheitsstatus zu erfassen und daraus individuelle Interventionen abzuleiten, um zum einen die körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen vor einer Therapie oder Operation zu stärken und zum anderen die Komplikationen zu reduzieren. (Kawaguchi et al. 2017). Die einschlägige Literatur ist sich sicher, dass ein schlechter Allgemeinzustand und das Vorhandensein von Komorbiditäten zu späteren Komplikationen führt (Tan 2015:106). Durch den prähabilitativen Ansatz kann diesem entgegengewirkt werden, sodass ein positiver Effekt auf die Gesundheit und Krankheit erzielt wird (Levett et al. 2016).

In den letzten Jahren ist das Interesse in der onkologischen Prähabilitation immer größer geworden und aktuelle Erkenntnisse zur Prähabilitation in der Onkologie liegen vor (Silver et al. 2015). Die Rehabilitationsphase in der Onkologie ist nicht notwendigerweise die wichtigste Phase um den alten körperlichen und psychischen Zustand wiederherzustellen, sondern die Phase vor der Therapie. Ungewissheit, Angst und der allgemeine schlechte Zustand nehmen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Therapie (Carli et al. 2017). Ein ganz wesentlicher Aspekt in der onkologischen

Prähabilitation ist, dass der Fokus nicht auf der üblichen Pflege und Betreuung liegt, es sich also nicht überwiegend um Aufklärung, Therapie und Komplikationen handelt, sondern vielmehr um die Erstellung individueller Interventionen für den onkologischen Patienten (Silver 2015). Das zeitliche Fenster für eine onkologische Prähabilitation ist relativ klein und maligne Tumore weisen eine hohe Komplexität auf (Silver 2015), weshalb der Fokus auf drei wesentlichen Aspekten liegt: den körperlichen Funktionen, dem psychischen Zustand und dem Ernährungszustand (Levett et al. 2016; Carli et al. 2017; Kawaguchi et al. 2017).

Bei den körperlichen Funktionen geht es um spezielle Sportübungen. Hier werden Übungen durchgeführt wie etwa Aerobic, Krafttraining, Spaziergehen, Schwimmen oder Ausdauertraining.

Psychosozialer Stress hat einen erheblichen Einfluss auf den weiteren Behandlungsverlauf. Dieser kann aufgrund der Diagnose, der bevorstehenden Therapie oder ähnlichem auftreten. Angst, Unmut, Depressionen und geringe Erwartungen führen dazu, dass schlechtere Bedingungen für die Therapie und Rehabilitation vorherrschen. Aus diesem Grund werden Betroffene psychologisch betreut. Sie lernen mit Stress umzugehen, lernen Entspannungstechniken und Atemübungen.

Der letzte Schwerpunkt ist, dass Betroffene aufgrund des Tumors häufig unterernährt sind. Dies hat etwa zur Folge, dass Wunden schlechter heilen und dass die Immunabwehr schlechter ist. Deshalb wird detailliert mit den Patienten besprochen, welche Lebensmittel und in welchen Mengen diese zu sich genommen werden dürfen. Insbesondere stehen viele Proteine auf dem Speiseplan (Le Roy et al. 2016; Levett et al. 2016; Shun 2016; Carli et al. 2017; Kawaguchi et al. 2017). Letztlich muss erörtert werden, wie eine Prähabilitation gestaltet sein sollte. Herausforderungen sind hierbei noch, in welcher Frequenz und in welcher Intensität das stattfinden soll, welche Übungen durchgeführt werden sollen, wie der zeitliche Rahmen der Übungen sein sollte, in welchem Setting - stationär oder ambulant –durchgeführt werden sollte und wie die allgemeine Dauer der Prähabilitation sein sollte.

Eine weitere Herausforderung, die zugleich auch eine Grenze darstellt, ist die Individualität. Jede dieser geplanten Maßnahmen muss individuell für den jeweiligen Patienten erstellt werden (Tan 2015:108f.). Einerseits wird eine Standardisierung gewünscht (Hijazi et al. 2017; Kawaguchi et al. 2017) und andererseits darauf verwiesen, dass die Individualität berücksichtigt werden soll (Minnella et al. 2016).

Darüber hinaus sollte eine Prähabilitation in einem multiprofessionellen Team umgesetzt werden. Nur so kann zugunsten des Patienten gehandelt werden, da die Individualität berücksichtigt wird. Insbesondere sollte die Pflegefachkraft eine wichtige Rolle einnehmen, da sie einen häufigen Kontakt zu den Patienten hat und kontinuierlich den aktuellen Status überprüfen kann und dadurch spezifische Maßnahmen planen und umsetzen kann (Loprinzi und Lee 2014; Silver 2015; Levett et al. 2016; Shun 2016).

2.2 Übersichten des aktuellen Forschungsstands

Eine systematische Literaturrecherche erfolgt in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften sowie Medizin- Fachdatenbanken PubMed und CINHAL. Zusätzlich wird in Stella Search² vom Trinity College Dublin, im beluga Katalog Hamburg und Springer Link recherchiert. Ergänzend wird eine Handrecherche an der Universität Hamburg und an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg durchgeführt.

Tabelle 1: PICO Schema (eigene Darstellung)

	Englisch	Deutsch
Patienten Population	Cancer	Krebs
Intervention	Prehabilitation	Prähabilitation
Comparison	-----	-----
Outcome	Fitness	Fitness

Die Suchstrategie wird mit Hilfe des Pico Schemas durchgeführt (siehe Tabelle 1), indem Schlüsselbegriffe festgelegt werden. Hierbei findet die Kontrollgruppe keine Berücksichtigung.

² Ist eine Suchmaschine des Trinity College Dublin (<http://stella.catalogue.tcd.ie/iii/encore/?jsessionid=B44E2F83117807BC0763254759FBFD09?lang=en>g).

Es werden zur Recherche Wörter wie *chemotherapy, neoadjuvante chemotherapy, aerobic exercise, physical exercise und physical activity* verwendet und miteinander kombiniert.

Einschlusskriterien sind solche, die in deutscher oder englischer Sprache verfasst sind. Sportprogramme, psychologische Betreuung, Ernährungsberatung, onkologische Erkrankungen, vor einer Operation, vor einer Chemo- oder Radiotherapie. Ausschlusskriterien sind diejenigen, die sich mit hämatologischen Erkrankungen befassen oder sich auf Blutwerte fokussieren. Eine erste Sichtung der Studien erfolgt über das Abstract. Des Weiteren werden Einstellungen vorgenommen wie Eingrenzung durch peer reviewed und Schlagwörter *prehabilitation oder cancer*.

Im Folgenden werden der Suchverlauf und die Trefferzahlen aus den Datenbanken PubMed und CINAHL dargestellt (Abbildung 2 und 3).

History [Download history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found
#16	Add	Search ((neoadjuvant chemotherapy AND hasabstract[text])) AND (aerobic exercise AND hasabstract[text]) Filters: Abstract	46
#15	Add	Search (((neoadjuvant chemotherapy AND hasabstract[text])) AND (aerobic exercise AND hasabstract[text])) AND (prehabilitation AND hasabstract[text]) Filters: Abstract	5
#14	Add	Search (((cancer AND hasabstract[text])) AND (prehabilitation AND hasabstract[text])) AND (physical exercise AND hasabstract[text]) Filters: Abstract	41
#13	Add	Search (((cancer AND hasabstract[text])) AND (prehabilitation AND hasabstract[text])) AND (physical activity AND hasabstract[text]) Filters: Abstract	42
#12	Add	Search (((((prehabilitation AND hasabstract[text])) AND (cancer AND hasabstract[text])) AND (aerobic exercise AND hasabstract[text])) OR (physical activity AND hasabstract[text])) OR (physical exercise AND hasabstract[text]) Filters: Abstract	398010
#11	Add	Search (((prehabilitation AND hasabstract[text])) AND (cancer AND hasabstract[text])) AND (aerobic exercise AND hasabstract[text]) Filters: Abstract	41
#10	Add	Search (((cancer AND hasabstract[text])) AND (prehabilitation AND hasabstract[text])) AND (neoadjuvant chemotherapy AND hasabstract[text]) Filters: Abstract	5
#9	Add	Search ((prehabilitation AND hasabstract[text])) AND (cancer AND hasabstract[text]) Filters: Abstract	62
#8	Add	Search physical exercise Filters: Abstract	297836
#7	Add	Search physical activity Filters: Abstract	398010
#6	Add	Search aerobic exercise Filters: Abstract	297836
#5	Add	Search neoadjuvant chemotherapy Filters: Abstract	21399
#4	Add	Search cancer chemotherapy Filters: Abstract	213453
#3	Add	Search cancer Filters: Abstract	2524150
#2	Add	Search prehabilitation Filters: Abstract	186
#1	Add	Search prehabilitation	214

Abbildung 2: Suchverlauf PubMed

#	Abfrage	Eingrenzungen/Erweiterungen	Letzte Ausführung über	Ergebnisse
S11	prehabilitation AND neoadjuvant chemotherapy AND physical activity	Eingrenzungen - Wissenschaftliche (Peer-Reviewed) Zeitschriften Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - Library, Information Science & Technology Abstracts;CINAHL,eBook Collection (EBSCOhost)	0
S10	prehabilitation AND neoadjuvant chemotherapy AND aerobic exercise	Eingrenzungen - Wissenschaftliche (Peer-Reviewed) Zeitschriften Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - Library, Information Science & Technology Abstracts;CINAHL,eBook Collection (EBSCOhost)	0
S9	prehabilitation AND aerobic exercise	Eingrenzungen - Wissenschaftliche (Peer-Reviewed) Zeitschriften Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - Library, Information Science & Technology Abstracts;CINAHL,eBook Collection (EBSCOhost)	2
S8	prehabilitation AND physical activity	Eingrenzungen - Wissenschaftliche (Peer-Reviewed) Zeitschriften Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - Library, Information Science & Technology Abstracts;CINAHL,eBook Collection (EBSCOhost)	9
S7	prehab*	Eingrenzungen - Wissenschaftliche (Peer-Reviewed) Zeitschriften Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - Library, Information Science & Technology Abstracts;CINAHL,eBook Collection (EBSCOhost)	84
S6	prehabilitation AND neoadjuvant chemotherapy	Eingrenzungen - Wissenschaftliche (Peer-Reviewed) Zeitschriften Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - Library, Information Science & Technology Abstracts;CINAHL,eBook Collection (EBSCOhost)	0
S5	prehabilitation AND chemotherapy	Eingrenzungen - Wissenschaftliche (Peer-Reviewed) Zeitschriften Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - Library, Information Science & Technology Abstracts;CINAHL,eBook Collection (EBSCOhost)	2
S4	aerobic exercise	Eingrenzungen - Wissenschaftliche (Peer-Reviewed) Zeitschriften Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - Library, Information Science & Technology Abstracts;CINAHL,eBook Collection (EBSCOhost)	4,750
S3	physical activity	Eingrenzungen - Wissenschaftliche (Peer-Reviewed) Zeitschriften Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - Library, Information Science & Technology Abstracts;CINAHL,eBook Collection (EBSCOhost)	35,570
S2	cancer	Eingrenzungen - Wissenschaftliche (Peer-Reviewed) Zeitschriften Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - Library, Information Science & Technology Abstracts;CINAHL,eBook Collection (EBSCOhost)	158,859
S1	prehabilitation	Eingrenzungen - Wissenschaftliche (Peer-Reviewed) Zeitschriften Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - Library, Information Science & Technology Abstracts;CINAHL,eBook Collection (EBSCOhost)	73

Abbildung 3: Suchverlauf CINHAL

Um die Studienqualität einschätzen und bewerten zu können, werden mehrere Assessmentinstrumente verwendet. Randomisierte Studien (RCT) werden anhand der SIGN³ (o.J.) Skala überprüft. Des Weiteren werden auch die Studiendesigns Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien und Case Studie mit Hilfe der SIGN (o.J.) Skala überprüft. Meta-Analysen oder systematische Reviews werden anhand des PRISMA⁴ (2009) Skala ausgewertet. Im Anhang 1 und 2 sind in die inkludierten und exkludierten Studien zu finden.

³ Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

⁴ Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses.

2.3 Ergebnisse des aktuellen Forschungsstands

Viele der inkludierten Studien weisen keine hohe Qualität auf. Beispielweise ist die Teilnehmergröße häufig unter 50, so dass sich die Frage nach der Repräsentativität gestellt werden muss. Aufgrund der wenig zur Verfügung stehenden Literatur und der hohen Relevanz für diese Arbeit, sind gleichwohl viele der Studien aufgenommen worden. Des Weiteren weisen auch die Reviews teilweise hohe Bias auf. Dennoch sind auch diese aufgrund der Relevanz aufgenommen worden.

Es wurden elf quantitative Studien, eine qualitative Studie und sieben Reviews inkludiert. In Sieben von elf Studien war die Tumordiagnose der Teilnehmer ein Rektumkarzinom (Carli et al. 2010; Gillis et al. 2014; West et al. 2014; West et al. 2015; Minnella et al. 2016; Brunet et al. 2017; Loughney et al. 2017). In den anderen Studien hatten die Teilnehmer ein Lungenkarzinom (Lee et al. 2007), ein Mammakarzinom (Hornsby et al. 2014), ein Ösophaguskarzinom (Xu et al. 2015) und zuletzt befassten sich Jensen et al. (2016) mit Patienten, die eine Zystektomie erhalten hatten aufgrund eines Harnblasenkarzinoms.

In sieben von elf Studien wurde die Prähabilitation stationär im Krankenhaus durchgeführt (Lee et al. 2007; Hornsby et al. 2014; West et al. 2014; Xu et al. 2015; West et al. 2015; Brunet et al. 2017; Loughney et al. 2017;). In den anderen vier Studien wurden die Teilnehmer mit den Übungen vertraut gemacht und sollten diese dann alleine zu Hause durchführen (Carli et al. 2010; Minnella et al. 2016; Gillis et al. 2014; Jensen et al. 2016).

Zwei Studien führten ein sogenanntes trimodales Programm durch. Hierbei lag der Fokus nicht nur auf Sportübungen, sondern auch auf der Ernährung und auf der psychologischen Betreuung (Gillis et al. 2014; Minnella et al. 2016). Xu et al. (2015) und Jensen et al. (2016) initiierten ein duales Programm, wobei die Kernelemente der Sport und die Ernährung waren. Insgesamt sechs Studien führten ein eindimensionales Programm mit dem Augenmerk auf Sportübungen durch (Carli et al. 2010; Hornsby et al. 2014; West et al. 2015; Le Roy et al. 2016; Brunet et al. 2017; Loughney et al. 2017).

In acht von zehn Studien ließen sie ihre Teilnehmer Radfahren oder mit dem Ergometer trainieren (Carli et al. 2010; Gillis et al. 2014; Hornsby et al. 2014; West et al. 2015; Le Roy et al. 2016; Minnella et al. 2016; Brunet et al. 2017; Loughney et al.

2017). Des Weiteren wurden Sportübungen wie Kraftsport mit elastischen Bändern, Intervalltraining, Workouts und Aerobic Übungen, wozu Jogging, Schwimmen und Spaziergehen gehörte, durchgeführt. Bei jeder dieser Sportart gab es immer eine fünfminütige Aufwärmphase und eine fünfminütige Abkühlungsphase (Gillis et al. 2014; West et al. 2015; Xu et al. 2015; Hornsby et al. 2014; Le Roy et al. 2016; Minnella et al. 2016; Loughney et al. 2017). In der Studie von Jensen et al. (2016) trainierten die Teilnehmer auf einem Stepper. Carli et al. (2010) ließen die eine Gruppe Push-ups, sit-ups, Gewichte heben und Radfahren durchführen und die Vergleichsgruppe führte Atemübungen durch und ging Spazieren.

Die Diagnose Krebs und die weiteren Therapien sind ein großer Einschnitt in das eigene Leben. Es kommt zu äußerlicher, physischer und psychischer Veränderung (Baumann et al. 2012:23,34). Um die tatsächlichen physiologischen Veränderungen vor und nach einer Radiochemotherapie aufzuweisen, führten West et al. (2014) eine quantitative Studie durch. Es zeigte sich anhand von medizinischen Messpunkten, dass nach einer Radiochemotherapie es zu einer Verminderung der körperlichen Fitness kam. Diese Verminderung wiederum, so argumentierten die Autoren, könne dazu führen, dass es zu postoperativen Komplikationen komme, da keine körperlichen Reserven mehr vorhanden seien. Eine andere Studie von West et al. (2015) kamen zum gleichen Ergebnis. Darüber hinaus resultierte aus dieser Studie, dass ein sechswöchiges Fitnessprogramm wiederum zu einer Steigerung der körperlichen Fitness führte und eine bessere Ausgangssituation für Operationen oder anderen Therapien geschaffen wurde. Es war deutlich erkennbar, dass die Kontrollgruppe signifikant körperlich abbaute. Zum gleichen Ergebnis kamen auch Loughney et al. (2017) in ihrer Studie. Eine neoadjuvante Radiochemotherapie wirkte sich demnach negativ auf die Zahl der Schritte, die pro Tag gemacht werden, aus. Dies hatte zur Folge, dass es zu einer schnelleren Inaktivität kam. Sportübungen jedoch, könnten die Zahl der Schritte nach erfolgter neoadjuvanten Radiochemotherapie wieder erhöhen. Erkennbar war auch, dass dies sich wohl positiv auf die Schlaflänge und Schlafqualität auswirkte. Jedoch waren die Ergebnisse nicht signifikant. Lee et al. (2007) machten mit ihrer Studie deutlich, dass es bei Patienten mit einer Lungenresektion zu einer Verschlechterung der kardiopulmonalen Fitness kam. Durch die Etablierung einer Prähabilitation konnte dieser Verschlechterung entgegengewirkt werden. Es gab keine Erkenntnisse darüber, ob dadurch weniger Komplikationen auftraten oder sich die

Aufenthaltsdauer reduzierte. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Minnella et al. (2016) in ihrer Studie. In der Interventionsgruppe verbesserte sich die Gehkapazität signifikant und nach der Operation erholten sich die Teilnehmer besser. Es gab keine signifikanten Unterschiede in der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus. In der Studie von Gillis et al. (2014) wurde festgestellt, dass die Interventionsgruppe – im Gegensatz zur Kontrollgruppe – signifikante Verbesserungen in der körperlichen Fitness hatten. Außerdem war die Compliance in der Interventionsgruppe, bezogen auf die Durchführung der Sportübungen, besser als die in der Kontrollgruppe. Auch hier wurden keine Unterschiede zur Aufenthaltsdauer gemacht. Brunte et al. (2017) waren der Frage nachgegangen, welche Effekte die Prähabilitation auf die Fatigue, die Schmerzen und die Übelkeit hat. Sie kamen zum Ergebnis, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe gab. In beiden Gruppen gab es dieselben Veränderungen von vor der Intervention zu nach der Intervention. Carli et al. (2010) beschäftigten sich mit der Frage, welche Sportübungen in einer Prähabilitation effektiver waren. Es wurde zwischen Radfahren und Gewichte heben auf der einen Seite und Walking und Atemübungen auf der anderen Seite verglichen. Sie stellten fest, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Prähabilitationsprogrammen gab. Der Angstzustand veränderte sich in keiner Gruppe, jedoch war er nach Operation geringer. Zu sehen war – im Gegensatz zu der Radfahrergruppe und Gewichte heben Gruppe, dass die leichteren Übungen eine deutliche Verbesserung erzielten. Durch eine Radio- oder Chemotherapie kommt es häufig zu Übelkeit, Erbrechen und einer Appetitlosigkeit (Schewior-Popp et al. 2009:1381-1382), was zur Folge hat, dass Patienten an Gewicht verlieren und körperlich geschwächer sind. Xu et al. (2015) wiesen bei Patienten mit Ösophaguskarzinom nach, dass in den vier bis fünf Wochen während der Radiochemotherapie alle an Gewicht abnahmen und die Gehwege sich reduzierten. Jedoch war deutlich erkennbar, dass die Interventionsgruppe weniger Gewicht verlor und die Gehwege sich weniger reduzierten als in der Kontrollgruppe. Die Interventionsgruppe wurde die ganzen Wochen dabei durch eine Pflegefachkraft betreut.

Die einzige qualitative Studie, die zu Prähabilitation gefunden wurde, beschreibt deutlich, wie wichtig eine Prähabilitation für onkologische Patienten ist. Die Teilnehmer in der Studie wurden gefragt, welche eigenen Erkenntnisse sie während des

Sportprogramms hatten. Alle Patienten berichteten, dass sie eine positive Entwicklung in der Vitalität, Einstellung zum Leben, der soziale Isolation und der Sinnhaftigkeit hatten. Burke et al. (2013) führten an, dass dies fördere negative Gedanken in der gegenwärtigen Therapie zu durchbrechen.

In sechs von sieben Reviews wurde analysiert, wie effektiv und sinnvoll eine Prähabilitation ist. Alle kamen zum Fazit, dass eine Prähabilitation die körperliche Fitness förderte (Singh et al. 2013; Cramer et al. 2014; Silver 2015; Loughney et al. 2016; Carli et al. 2017; Hijazi et al. 2017). Cramer et al. (2014) fanden keine signifikanten Unterschiede in der Lebensqualität, ebenso wenig gab es sichere Hinweise, dass nach zwölf Monaten eine Veränderung in der Fatigue zu sehen war. Zu ähnlichen Ergebnis kamen auch Loughney et al. (2017) und Carli et al. (2016) in ihrem Review. Unklar sei, wie sich eine Prähabilitation auf die Lebensqualität auswirke. Singh et al. (2013) konnten auch keine signifikanten Veränderungen in der Lebensqualität finden. Des Weiteren gab es keine signifikanten Unterschiede in den Gruppen bezüglich der Aufenthaltsdauer. Jedoch nahm die Fatigue ab. In dem Review von Silver (2015) wurde der Frage nachgegangen, wie sich die finanziellen Kosten durch eine Prähabilitation veränderten. Es wurde festgestellt, dass zunächst die Kosten steigen werden, da investiert werden müsse. Jedoch sei unklar, ob dann die Kosten durch Verkürzung der Aufenthaltsdauer abnehmen würden. Des Weiteren betonten sie, dass es wichtig sei, dass viele Professionen zusammen agieren und arbeiten – nur so könne Prähabilitation stattfinden. Insbesondere sollte die Pflegefachkraft eine besondere Rolle einnehmen. Hijazi et al. (2017) und Carli et al. (2017) machten mit ihrer Studie noch einmal deutlich, dass die Studien zum Thema Prähabilitation teilweise sehr heterogen sind und die Vergleichbarkeit somit schwierig ist. Diese unterscheiden sich stark in den jeweiligen Sportübungen, Dauer der Übungen, Intensität und allgemeine Dauer des Programms. Des Weiteren sollte eine Prähabilitation standardisiert werden. Ein Review beschäftigte sich mit der Frage, wie sich psychologische Interventionen (Bewältigungsstrategien und Entspannungstechniken) auf die Teilnehmer auswirkten. Das Ergebnis war, dass der körperliche und psychische Stress dadurch reduziert werden konnte. Jedoch gab es keine neuen Erkenntnisse darüber, wie dies sich auf die Aufenthaltsdauer, die Komplikationen, die Schmerzen oder die Mortalität auswirkte (Tsimopoulou et al.

2015). Auch Carli et al. (2017) konnten keine Veränderungen in Aufenthaltsdauer, Morbidität und Mortalität erkennen.

3 Fragestellungen und Hypothesen

In der Beschreibung der Studien wird nicht näher aufgeführt, ob sich onkologische Patienten eine Prähabilitation wünschen und wie sich Patienten diese vorstellen. Jedoch sind diese Erkenntnisse gleichermaßen wichtig, um erfolgreich im Sinne der Patienten handeln zu können. In den Studien wird des Öfteren erwähnt, dass jede Prähabilitation individuell sein soll. Um dies gewährleisten zu können, muss man sich mit der Frage befassen, welche Bedürfnisse und Vorstellungen onkologische Patienten haben. Deshalb soll dieses geplante qualitative Vorhaben zur Beantwortung dieser zwei Forschungsfragen dienlich sein:

- 1. Wird eine Prähabilitation von onkologischen Patienten gewünscht?*

- 2. Welche Bedürfnisse und Vorstellungen haben onkologische Patienten hinsichtlich einer Prähabilitation vor einer Radio- oder Zytostatikatherapie?*

Es wird von folgenden Hypothesen ausgegangen:

- Eine Prähabilitation wird gewünscht.
- Die Befragten wollen vorzugsweise eine Prähabilitation zu Hause durchführen.
- Eine psychologische Betreuung wird nicht gewünscht.
- Es werden Sportarten aufgezählt, die die Befragten in der Vergangenheit ausgeübt haben.

Aus den gewonnenen Ergebnissen und der systematischen Literaturrecherche werden Umsetzungsempfehlungen für eine Prähabilitation, basierend auf den Bedürfnissen und Vorstellungen der onkologischen Patienten, formuliert.

4 Methodik

Es werden halbstrukturierte qualitative Interviews durchgeführt. Es handelt sich um eine zeit- und ortsgebundene Befragung, die auf einer onkologischen Station in dem Krankenhaus St. Georg in Hamburg in dem Zeitraum vom 24.04.2017 bis zum 31.05.2017 stattfinden wird. Da die Autorin in diesem Krankenhaus arbeitet, wurde ein persönlicher Kontakt zur Chefärztin, zur Abteilungsleitung sowie zur Stationsleitung gesucht.

4.1 Stichprobe

Die Teilnahme ist freiwillig. Die Voraussetzung dafür ist, dass die Teilnehmer auf der onkologischen Station behandelt werden und dass seit der Diagnosestellung drei Monate vergangen sind. Außerdem muss der Befragte mindestens zehn Bestrahlungen oder einen Zyklus⁵ Zytostatika bekommen haben. Des Weiteren sollten die Teilnehmer im Alter 30 bis 65 Jahren sein.

Die Ausschlusskriterien sind, wenn die Teilnehmer dementiell erkrankt sind, wenn sie Knochenmetastasen haben, wenn sie Parästhesien haben, wenn sie ein Hüft-oder Knieleiden haben oder wenn die Kommunikation eingeschränkt ist durch ein Tracheostoma.

Da bereits eine bestehende Verbindung zur Stationsleitung besteht, kann schneller ein persönlicher Kontakt zu den Patienten auf der Station gesucht werden (Lamnek 2005:355). Die Auswahl der Teilnehmer wird durch die Einsicht in die Krankenakte und die definierten Einschluss- und Ausschlusskriterien gewährleistet. Die Teilnehmer werden direkt gefragt, ob sie an dieser Studie teilnehmen wollen.

⁵ Zyklus bedeutet hier, dass der Patient im Abstand weniger Wochen mehrere Zytostatika verabreicht bekommt (Pleyer 2012:31).

4.2 Instrumente

Für das Interview wurde ein halbstandardisierter Interviewleitfaden erstellt (siehe Anhang 3). Das Ziel ist es, die subjektiven Sichtweisen über zurückliegende Ereignisse, Meinungen oder Erfahrungen zu untersuchen (Flick 2011:203), weshalb der Interviewleitfaden aus teilweisen offenen Fragen besteht. Zum anderen Teil sind halb/-geschlossenen Fragen genommen worden. Diese werden auf Nachfrage im Interview verwendet. Diese Frageform hat den Nachteil, dass die Kategorien von dem Forscher selbst benannt werden und nicht von dem Befragten selbst kommen (Kromrey et al. 2016:352). Die Fragen sind theoriegeleitet und orientieren sich an der Literatur (Flick 2011:203). Folgende relevante Bereiche werden behandelt:

Welche Wünsche die onkologischen Patienten vor einer Chemo-oder Radiotherapie hatten, ob sie sich hätten vorstellen können, an einer solchen Therapie teilzunehmen, wie etwa ein Sportprogramm, eine Ernährungsberatung und eine psychologische Betreuung aufgebaut sein sollte. Darüber hinaus wird gefragt, in welchem Setting, ob Einzel- oder Gruppentherapie und welche Sportarten bevorzugt werden und wie häufig in der Woche die Therapien durchgeführt werden sollten und wie die allgemeine Dauer des Programms sein sollte.

Diese Fragen sind gewählt worden, da aus der Literatur hervorgeht, dass eine Prähabilitation effektiv ist und dass nach einer Operation oder Zytostatika-/Radiotherapie eine bessere körperliche Aktivität besteht. Dennoch ist unklar, wie onkologische Patienten sich eine Prähabilitation vorstellen würden. Mit diesen Fragen wird sich erhofft, eine genauere Skizzierung aus Sicht des onkologischen Patienten über eine Prähabilitation zu bekommen. Das Interview wird auf der onkologischen Station in einem ungestörten, vertraulichen, ruhigen und geschützten Raum durchgeführt (Lamnek 2005:353; Helfferich 2009:179). Die Gespräche werden mit Hilfe eines Diktiergerätes aufgenommen und anschließend transkribiert (Flick 2011:379). Alle Teilnehmer bekommen am Anfang eine mündliche Einführung in die Thematik, um sich einen Überblick zu verschaffen. Dieses ist für jeden standardisiert worden (siehe Anhang 4), da es sich um ein neues und aktuelles Forschungsfeld handelt und es nicht in der Öffentlichkeit präsent ist, wird davon ausgegangen, dass keine Kenntnisse dazu vorliegen werden. Vor dem eigentlichen Beginn der Studie wird ein Pretest durchgeführt. Dieser soll die Verständlichkeit der Fragen überprüfen und

Schwierigkeiten, die durch das Thema bedingt sein können, aufzeigen (Häder 2015:385).

4.3 Auswertung

Die Transkriptionen zeichnen die Realität in einem Text auf. Um diese Realität darzustellen, müssen technische und textuelle Formalien eingehalten werden (Flick 2011:383). Bei der Transkription der Interviews werden einfache Transkriptionsregeln nach Kuckartz et al. (2008:27) angewendet. Diese sollen hier eben aufgezählt werden:

- es wird wörtlich transkribiert
- der Interviewende wird mit „I“ gekennzeichnet, der befragte Teilnehmer mit „T“
- es werden keine Dialekte transkribiert
- Pausen, die länger als drei Sekunden sind, werden mit Punkten in Klammern (...) kenntlich gemacht
- Das Gesprochene wird dem Schriftdeutsch angenähert d.h., dass „Ich wollt’s nicht glauben“ zu „Ich wollte es nicht glauben“ wird
- Grammatikalische Fehler werden nicht verbessert und werden wörtlich transkribiert. Beispielsweise, wenn gesagt wird „Ich keine Informationen erhalten“
- Bestimmte Worte, die besonders betont worden sind, werden unterstrichen
- Äußerungen, wie Lachen oder Seufzen o.ä. des Interviewpartners werden in Klammern gesetzt
- Nach einem Sprechwechsel wird ein neuer Absatz begonnen (ebd.:27-28)

Die Auswertung der Transkripte erfolgt anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Ziel ist es, die Kommunikationseinheiten so zu analysieren, dass systematische und handlungsrelevanten Rückschlüsse geschlossen werden können (Mayring 2015:13). Es wird als Grundform des Interpretierens die Strukturierung gewählt. Mayring unterscheidet dabei noch in vier Unterformen, wobei nur eine dargestellt werden soll. Die inhaltliche Strukturierung filtert und fasst die Themen und Inhalte aus dem Material zusammen (Mayring 2015:89).

Im ersten Schritt wird die Analyseeinheit bestimmt. Es wird festgelegt, dass jeder Satz kodiert werden soll. Der zweite Schritt besagt, dass Strukturdimensionen, die theoriegeleitet sind, benannt werden müssen. Da es sich hierbei um ein deduktives Vorgehen handelt, sind die Oberkategorien dem Interviewleitfaden zu entnehmen. Bei der Entwicklung der Unterkategorien kann es zu einer deduktiven oder induktiven Vorgehensweise kommen (Mayring 2015:74-75). Im nächsten Schritt müssen die Kategorien definiert werden, um sicher zu stellen welche Textstellen unter eine Kategorie fallen. Mit Ankerbeispielen werden exakte Textpassagen angeführt, die unter die Kategorien fallen und die entwickelten Kodierregeln helfen bei der Abgrenzung zwischen zwei oder mehreren Kategorien. Es wird dadurch eine Trennschärfe für die jeweiligen Kategorien geschaffen. Danach wird ein erstes Mal ein Materialdurchlauf vorgenommen. Kategorien, Ankerbeispiele und Kodierregeln werden anhand der Transkription überprüft, da es zu Abgrenzungsschwierigkeiten kommen kann. Möglicherweise resultiert daraus, dass die Kategorien, die Ankerbeispiele oder die Kodierregeln verändert oder umbenannt werden müssen. Im letzten Schritt kann es zur einer endgültigen Aufbereitung des Materials kommen und die Ergebnisse können präsentiert werden (ebd.:82-85;89).

Die Frage, nach welchen Gütekriterien qualitative Studien bewertet werden sollen, ist bis heute eine schwierige Frage. Es liegen genügend Vorschläge vor, dennoch kann keiner dieser Vorschläge die Qualität einer qualitativen Studie lösen. Qualitative Studien erscheinen nur deshalb plausibel, weil die Ergebnisse mit den Zitaten aus den Transkripten belegt werden. Jedoch fehlt die wirkliche Nachvollziehbarkeit mit der Umgangsweise der Verschriftlichung (Flick 2011:487-489). In dieser qualitativen Arbeit gelten, wie in der quantitativen Forschung auch, die Güterkriterien der Reliabilität, Validität und Objektivität (ebd.:489). Des Weiteren gelten diese sechs Gütekriterien:

Verfahrensdokumentation: eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens über den Forschungsprozess

Regelgeleitetheit: es muss sich an bestimmte Regeln und Vorgehensweisen gehalten werden

Nähe zum Gegenstand: es wird keine Laborsituation geschaffen, die natürliche Lebenswelt ist auf die Teilnehmer gerichtet

Argumentative Interpretationsabsicherung: Interpretationen müssen argumentativ begründet und nachvollziehbar sein

kommunikative Validierung: der Interviewende und der Teilnehmer diskutieren über den entstandenen Ergebnissen

Triangulation: verschiedene Datenquellen, Meinungen oder Theorieansätze werden miteinander verglichen, um andere Lösungen zu finden (Lamnek 2005:146-147).

Zur qualitativen Daten- und Textanalyse wird das Computerprogramm MAXQDA 12⁶ gewählt. Mit diesem Programm können Kategorien, Ankerbeispiele und Kodierungen erstellt werden (Flick 2011:464).

4.4 Ethische Prinzipien

Die Teilnehmer dieser qualitativen Studie wurden vor dem Beginn der Interviews mündlich sowie schriftlich über die Ziele und die Vorgehensweise der Untersuchung informiert (Kromrey et al. 2016:359, Flick 2011:64). Die Teilnehmer haben das Informationsblatt (Anhang 5) und die Einwilligung (Anhang 6) 24 Stunden vorher erhalten. Bevor das Interview beginnt, müssen alle Dokumente unterschrieben sein. Nach §3 Absatz 6 Bundesdatenschutzgesetz müssen personenbezogene Daten anonymisiert werden, so dass keine Rückschlüsse mehr über die Person gemacht werden kann. Des Weiteren ergibt sich aus Absatz 6a Bundesdatenschutzgesetz, dass die Personen pseudoanonymisiert werden müssen und durch Einsetzen von Kennzeichen definiert werden. In dieser Arbeit werden das Kennzeichen T verwendet.

5 Ergebnisse

5.1 Stichprobe und Interviews

Es wurden insgesamt n=4 Interviews in dem Zeitraum vom 24.04.2017 bis zum 31.05.2017 durchgeführt. Alle Interviews wurden in den Zimmern von den Patienten auf der onkologischen Station durchgeführt. Jeder von ihnen hatte ein Einzelzimmer, sodass keine anderen Räumlichkeiten aufgesucht werden mussten. Ein Interview wurde einmal unterbrochen, da die Ärztin Blut abnehmen wollte und die Teilnehmer

⁶ <http://www.maxqda.de>.

ein Handzeichen gab, dass das Gespräch unterbrochen werden sollte. Diese Unterbrechung dauerte insgesamt 20 Minuten. Bei der Fortsetzung des Gesprächs war deutlich zu erkennen, dass die Teilnehmer Schmerzen hatte. Dennoch wollte der Interviewpartner mit dem Gespräch fortfahren. Nach wenigen Minuten wurde das Gespräch abgebrochen, da die Schmerzen stärker geworden waren und dies sich zum Teil in den Antworten widerspiegelte. Obwohl das Gespräch unterbrochen und abgebrochen wurde, sind dennoch ihre Aussagen aufgenommen worden, denn der Befragte nennt einige wichtige Aspekte.

Von sieben Teilnehmer gab es eine Absage, die jedoch zuvor mündlich zugesagt hatten. Zwei sagten telefonisch ab und die Anderen zum vereinbarten Termin. Obwohl die potentiellen Teilnehmer ihre Nicht- Teilnahme nicht begründen mussten, erzählten sie, dass sie am Vortag oder am vereinbarten Termin schlechte Nachrichten mitgeteilt bekommen hatten. Schlechte Nachrichten konnten etwa sein, dass das Blutbild schlecht aussah und sie nicht in den Wochenendurlaub gehen durften, dass die Therapie nicht den erhofften Erfolg zeigte oder dass die körperliche und psychische Belastung gerade zu groß sei.

Die n=4 Teilnehmer bestanden aus zwei Frauen und zwei Männern und waren zwischen 35 und 56 Jahren alt. Zwei Teilnehmer hatten ein Rektumkarzinom, einer ein Bronchialkarzinom und einer Pharynxkarzinom. Alle bekamen eine Radiochemotherapie und waren fast am Ende ihrer Radiotherapie.

5.2 Kategorien

Insgesamt wurden sieben Oberkategorien und 21 Unterkategorien gefunden. Diese wurden mit Hilfe des Computerprogramms MAXQDA 12 entwickelt. Alle Ober- und Unterkategorien, Ankerbeispiele und Kodierregeln sind im Anhang 11 zu finden. In der folgenden Abbildung 4 sind die relevantesten Ober- und Unterkategorien zur Veranschaulichung dargestellt. Wie deutlich zu erkennen ist, steht die Standardbetreuung der individuellen Betreuung gegenüber. Hierbei handelt es sich um induktive Kategorien. Unter der individuellen Betreuung folgen die deduktiven Oberkategorien die Prähabilitation mit Sport, Ernährung und psychologische Betreuung. Induktiv gebildete Unterkategorien sind finanzieller Druck, Finanzierung, Individualisierung, Wohlbefinden, Verbote und deprimiert sein.

Im nächsten Abschnitt werden die Oberkategorien mit den jeweiligen abgeleiteten Unterkategorien präsentiert und anhand von Zitaten der Interviewpartner gestützt.

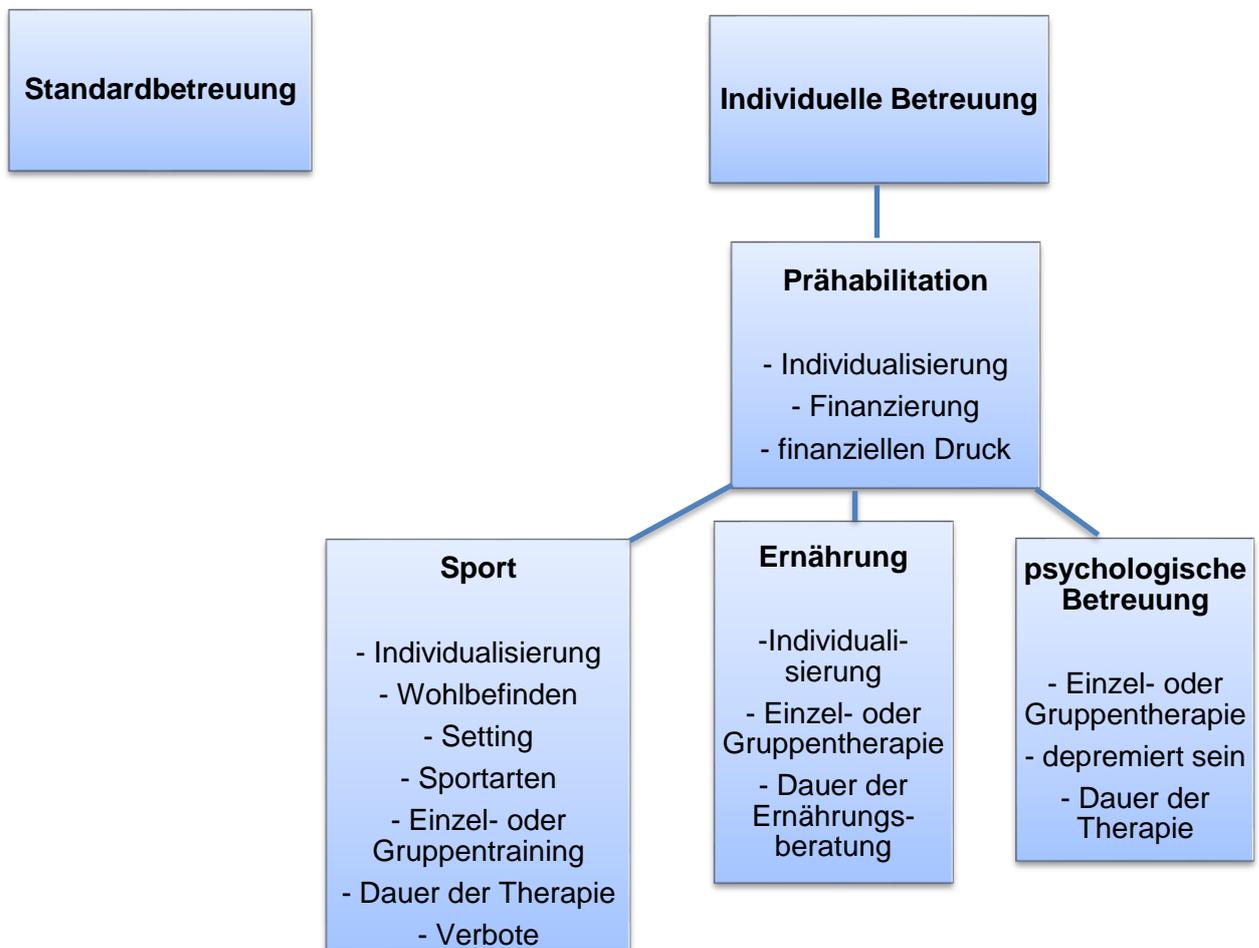


Abbildung 4 Ober- und Unterkategorien (eigene Darstellung)

5.2.1 Standardbetreuung

Die Aspekte, die in einer Standardbetreuung behandelt werden, sind „(...) wie lange die Therapie andauern wird, was das für eine Therapie ist (...)“ (T2: Z.13-14) und „(...) was für eine Art von Krebs (...)“ das ist. Des Weiteren wird besprochen „(...) wie schwer das und und und mit Lebenserwartung (...)“ (T1: Z.10-12) ist. Dennoch beantworten diese Fragen nicht, wie der weitere Verlauf sein wird und die Patienten sind ahnungslos „(...) aber was so hier so, ähm, im Laufe der Behandlung auf mich zukommt, war ich völlig unvorbereitet“ (T1: Z.13-14). Diese sind auch schwierig zu beantworten, da jeder unterschiedlich auf die Therapien reagiert. Jedoch besteht ein

großes Interesse, solche Informationen zu erhalten, denn *„(...) während der Therapie an sich werden erst Details bekannt, die man am Anfang noch nicht wusste“* (T2: Z.14-16).

5.2.2 Individuelle Betreuung

Auf die Frage, was sich die Befragten vor ihrer Chemotherapie oder Bestrahlung gewünscht hätten, kommt ein Teilnehmer zum Schluss, dass das Angebot der Betreuung individueller sein müsse. Es werden *„(...) mehr Informationen eigentlich über den Ablauf der Therapie an sich, genauere Information“* (T2: Z.5-6) gewünscht. Des Weiteren besteht das Bedürfnis nach mehr Transparenz in Hinblick auf die Möglichkeiten, die Therapie zu unterstützen. *„Was hätte ich machen können, um die Therapie oder die Chancen der Therapie besser funktioniert?“* (T2: Z.8-9). Ein Befragter bedauert, dass wichtige Informationen nicht übermittelt werden *„Und, äh, wenn halt da Vorkehrungen getroffen werden müssen, dann hätte ich auch gerne das gewusst“* (T2: Z. 6-7).

5.2.3 Prähabilitation

Die Ergebnisse zur Prähabilitation verifizieren die Hypothese, dass eine Prähabilitation gewünscht wird. Drei von vier Interviewpartnern beantworten die Frage mit „Ja“ (T1: Z.26; T4: Z.31) und *„(...), ähm, Sport mach ich selber gerne. Ähm, das hätte ich sehr gerne gemacht und eine Ernährungstherapie auch“* (T2: Z.24-25). Die Problematik, die in der Standardbetreuung erläutert wird, dass es unzureichende Informationen für die onkologischen Patienten gibt, führt dazu, dass gehofft wird *„(...) besser vorbereitet zu sein, äh, auf die Therapie“* (T2: Z.134-135). Es wird als *„(...) eine gute Sache“* (T2: Z.128) empfunden.

Ein Teilnehmer hat die Sorge, dass die Belastung in einer Prähabilitationsgruppe zu enorm werde *„(...) aber dass jeder mit seinen Problemen die anderen mitbelastet und was weiß ich nicht alles. Das wäre nichts für mich“* (T3: Z.149-150). Für diesen Befragten wäre *„(...) das schwer“* (T3: Z.144).

Im Fokus einer Prähabilitation sollte primär immer das Individuum mit seinen Vorstellungen, Bedürfnisse und Wünschen stehen. Deshalb muss die Frage gestellt werden *„(...) für wen das ist. Wie gesagt, nicht alle können alle Übungen machen oder*

wollen einen Psychologen. Das ist wirklich von dem einzelnen abhängig“ (T1: Z.175-177).

Jede medizinische oder pflegerische Therapie muss erst einmal finanziert werden. Ein Interviewpartner stellte fest, obwohl der Wunsch nach einer Prähabilitation bestehe, dass „(...) später halt die Kostenfrage“ (T2: Z. 52-53) relevant werden würde. Des Weiteren könne das Wegbleiben oder die Krankschreibung „finanziell (...) schwierig werden, weil ich kann nicht so lange krankgeschrieben sein und halt so lange weg sein von der Arbeit“ (T2: Z. 132-133).

5.2.4 Sport

Für jeden der Befragten wäre ein Sportprogramm eine Bereicherung in ihrem Alltag gewesen. „Es gab ja kein Sportprogramm, aber ich würde mich freuen, wenn es eins gäbe“ (T1: Z.37-38). „(...), ähm, Sport mach ich selber gerne. Ähm, das hätte ich sehr gerne gemacht“ (T2: Z. 24-25). „Joa, so an einem Sportprogramm hätte ich dann schon Interesse gehabt, ne, um eben die Fitness ein bisschen aufrecht zu erhalten, ne“ (T3: Z.31-32). Ein Befragter äußerte vor Beginn der Therapie den Wunsch „(...) doch schon vorher“ (T4: Z. 12-13) so etwas zu machen. Mit diesem Wunsch sei sie auf den „(...) Arzt zugegangen und habe ihn gefragt, ob man in Richtung Sport, Vitalität und Fitness etwas tun könnte“ (T4: Z. 5-6).

Insbesondere draußen sein in der Natur „an der frischen Luft (...)“ (T1: Z.30) wird als Wohlbefinden geschildert. „Ich (...) gehe in die Natur an die frische Luft und, äh, bewege mich mit meinen Beinen“ (T4: Z.23-24), „Hauptsache, draußen in der Natur und sich bewegen“ (T3: Z.70-71) und „Frische Luft haben“ (T3: Z.75) lautet hier der Leitgedanke.

Bei dem Sportprogramm steht auch die Individualität im Mittelpunkt. Man müsse „(...) auf die Schwierigkeiten, die jeder Patient so hat, eingehen. Ich zum Beispiel, äh, ich kann gut laufen, das können aber nicht alle Patienten. Nicht?! Ich denke, es ist bestimmt schwierig, äh, Patienten mit unterschiedlichen Gebrechen- sagen wir mal so neben dem Krebs äh so zusammenzuführen“ (T1: Z.46-51). Es müsse geguckt werden „(...) wie alt ist der, wie fit ist der und dann sollte man ihn auch so fordern, so wie man das kann und zwar den ganzen Tag über, ne“ (T1: Z.66-68). Und wenn dies noch unter ärztlicher Aufsicht geschehe und auf die eigene Therapie abziele „(...) wäre das toll gewesen“ (T2: Z.43).

Die Ergebnisse zum Setting eines Sportprogramms deuten darauf hin, dass es vorzugsweise stationär durchgeführt werden soll. „Ähm, zu Hause eher nicht. Ähm, so in einem Krankenhaus“ (T2: Z.48). Ein Befragter vermutet „(...) im Krankenhaus ist es intensiver“ (T1: Z.60-61). Nur eine Person bevorzugt es „ambulant“ (T4: Z.101) zu machen.

Die angenommene Hypothese, dass eben nur die Sportarten aufgezählt werden, die die Befragten in der Vergangenheit ausgeübt haben oder bevorzugen würden, konnte bestätigt werden. Die Interviewpartner verbringen gerne Zeit draußen, weswegen „Wandern“ (T1: Z.79,87) und „Nordic Walking“ (T3: Z.70) aufgezählt werden. Auch eine „kleine Radfahrergruppe“ (T3: Z.54), „Radfahren“ (T1: Z.89) oder auf dem „Ergometer“ (T1: Z.94) zählen zu den genannten Sportarten. „Schwimmen“ (T1: Z.80,89; T3: Z.81; T4: Z.90) ist auch eine beliebte Sportart von den Teilnehmern. Darüber hinaus werden noch „Gymnastik“ (T1: Z.79), „Kardio und, äh, Muskelaufbautherapie“ (T2: Z.37) und „Krafttraining“ (T4: Z.91) genannt. Es sollte „(...) von allem so ein bisschen (...)“ (T1: Z.80) und „eine Kombination (...)“ (T4: Z.90) sein.

Ein Befragter machte ambivalente Aussagen zum Thema Einzel- oder Gruppentraining beim Sport. Zunächst wird Sport „(...) einzeln besser (...)“ (T1: Z.43) empfunden, da „(...) kann besser, äh, auf die Schwierigkeiten, die jeder Patient so hat (...)“ (T1: Z.47-48) eingegangen werden. Hingegen wird sich Wandern „(...) in der Gruppe“ (T1: Z. 87-88) gewünscht. Auch sonst sind die Teilnehmer unterschiedlicher Meinung, ob nun Einzel- oder Gruppentraining. „Nö, das würde ich auch schon in einer Gruppe sagen, ne“ (T3: Z.80) oder „lieber alleine“ (T4: Z.109). Einem Befragten ist es gleichgültig, ob „(...) es in einer Gruppe oder halt, äh, einzeln gemacht wird“ (T2: Z.51-52). Es werden auch unterschiedliche Aussagen bezüglich der allgemeinen Dauer einer Sporttherapie getroffen. Das Minimum sollte bei „zwei“ (T2: Z.76; Z4: Z. 126) und das Maximum „acht Wochen“ (T3: Z.92-93) liegen. Andere Interviewpartner nannten als Maximum „drei Wochen“ (T4: Z.126) oder „vier Wochen“ (T2: Z.76).

Bei zwei Teilnehmern wurde es von Ärzten verboten, ihre alltäglichen oder unterstützenden Übungen nicht weiter auszuführen. Es wurde gesagt „(...) dass ich bloß nicht jetzt mit dem Fahrrad am Verkehr teilnehmen soll, ne“ (T3: Z.38-39) oder „(...) ne, lassen sie mal sein, machen sie alles das was sie vorher gemacht haben. Dabei bleiben sie mal“ (T4: Z.8-10).

5.2.5 Ernährung

Bei der Frage, ob eine Ernährungsberatung gewünscht wird, antworteten zwei der Befragten *„(...) das hätte ich sehr gerne gemacht und eine Ernährungstherapie auch“* (T2: Z.24-45). Außerdem habe ein Interviewpartner die Krankenkasse kontaktiert *„(...) ob es da so Kurse gibt. Nun ist die Zeit knapp gewesen. Ähm, (...) da konnte ich einfach nicht. Äh, es gab Kursangebote, aber die wahrzunehmen war einfach nicht mehr möglich. Hätte ich aber auch gerne gemacht“* (T4: Z.33-36). Zwei Teilnehmer sehen keinen Sinn in der Ernährungsberatung, *„(...) ich hatte zig Ernährungsberatungen und habe festgestellt, ähm gut, wenn man, ähm, man muss sich erst einmal drauf einlassen. Aber inzwischen bin ich so geschult, dass ich eine Ernährungsberatung selber halten könnte“* (T1: Z.99-102) und *„Ne, joa, Ernährungsprogramm, (husten) weiß ich nicht so, was mir das bringen soll“* (T3: Z.47-48). Wenn eine Ernährungsberatung stattfindet, dürfen nicht nur allgemeine Informationen über Ernährung übermittelt werden, sondern *„wenn man den Patienten im Vorfeld einmal sagt, äh, das und das kannst du essen und trinken das tut gut“* (T1: Z.126-127) oder dass *„der mir halt sagen soll was ich essen soll, worauf ich verzichten soll“* (T2: Z.84-85), *„(...) was man lieber lässt und was gut für einen ist“* (T3: Z.111), sondern es müssen auch *„gezielt auf die, äh, auf den entsprechenden Krebs“* (T4: Z.135) und *„(...) für jede Krebserkrankung spezifische“* (T2: Z.100) Maßnahmen geben. In welchem Rahmen eine Ernährungsberatung stattfinden soll, ist unklar. Nur zwei Teilnehmer äußerten sich dazu und gaben unterschiedliche Antworten. Ein Befragter war der Meinung es sollte *„(...) alleine gemacht werden“* (T2: Z.99), der Andere meinte *„eher in einer Gruppe“* (T3: Z.104) wäre besser. Eingkeit besteht darüber, dass es *„hier nicht über zig Stunden“* (T1: Z.128) geht. *„Eine Sitzung“* (T1: Z.133) oder *„(...) vielleicht zwei, wo man halt in der einen Therapie alles bespricht – allgemein und das erst einmal für eine Woche durchzieht und dann halt so ein Abschlussgespräch“* (T2: Z.95-97) reichen aus.

5.2.6 Psychologische Betreuung

Eine psychologische Betreuung kann vor, während und nach der Therapie eingesetzt werden. Die gewonnenen Ergebnisse sprechen dafür, dass keine psychologische Betreuung gewünscht wird. Drei Interviewpartner lehnten dies ab. *„Auf jeden Fall würde ich psychologische Betreuung nicht unbedingt machen wollen“* (T2: Z.23-24)

oder „(...) *brauche ich gar nicht, bei der family, die ich habe*“ (T3: Z.45-46). Ein Befragter führte an „*der kennt mich nicht und, äh äh, der geht vielleicht ein ganz anderer Ansatz und einen ganz anderen Weg mit mir, wie mir es persönlich es guttun würde*“ (T1: Z. 145-146). „*Und ich muss Ihn ganz ehrlich sagen, ich hätte so etwas nicht haben wollen*“ (T1: Z.139-140). Nur ein Befragter wollte, und hat, psychologische Betreuung bekommen „*habe ich bekommen*“ (T4: Z.40) und „*ähm, das war auch sehr sehr nett*“ (T4: Z.66). Die psychologische Betreuung „*(...) muss natürlich der Einzelfall gemacht werden in Einzelsitzungen*“ (T2: Z.113-114). Dieser Meinung schließt sich auch dieser Befragte an, indem er anführte „*ich weiß nicht, ob es in einer Gruppe unbedingt angenehmer ist, ne*“ (T3: Z.124). Eine Gruppentherapie wird als sehr deprimierend empfunden „*(...) ich bin sehr mitfühlend wenn andere leiden und das wäre für mich somit noch härter ne, wenn ich die anderen Schicksale dann so mitkirege. Das wäre nicht einfach für mich*“ (T3: Z.127-129). Des Weiteren wird eine psychologische Betreuung als nicht hilfreich angesehen „*mich hat das mehr runtergezogen beim Zuhören schon, äh, wie mir das geholfen hätte*“ (T1: Z.140-141). Um mit schweren Belastungen umzugehen, werden beispielsweise eigene Bewältigungsstrategien entwickelt. Ein Befragter gab an, seinem Tumor einen Namen zu geben „*(...) seitdem heißt er Hugo*“ (T1: Z.162). Zusätzlich könne eine familiäre Unterstützung auch hilfreich sein „*ne, die mich wirklich unterstützten*“ (T3: Z.46). Obwohl keine psychologische Betreuung gewünscht wird, sollte diese jedoch „*einmal*“ (T2: Z.123; T3: Z.133) in der Woche durchgeführt werden.

6 Diskussion

6.1 Zusammenfassung

Die Ergebnisse dieser qualitativen Studie zeigen, dass onkologischen Patienten sich eine Prähabilitation wünschen und auch genaue Vorstellungen und Bedürfnisse bezüglich einer Prähabilitation haben, obwohl eine Prähabilitation noch gar nicht implementiert ist. Diese Vorstellungen der Befragten stimmen teilweise mit den bisher durchgeführten quantitativen Studien überein. Jedoch zeigt sich auch, dass diese Vielschichtigkeit einer Prähabilitation Herausforderungen und Grenzen innewohnen. Es sollte immer im Mittelpunkt stehen, dass eine Prähabilitation in erster Linie den

onkologischen Patienten zugutekommt. Alle Interviewpartner befürworteten eine Prähabilitation und hätten auch gerne an so etwas teilgenommen. Ein Grund könnte sein, dass alle vier Teilnehmer während ihrer Radiochemotherapie körperliche und psychische Veränderungen wahrgenommen haben und gerne etwas geändert oder verbessert hätten. West et.al (2014) bestätigen, dass es während einer Radiochemotherapie zu einer körperlichen Abnahme kommt. Aber durch eine Prähabilitation könne dem entgegengewirkt werden (West et al. 2015). Burke et. al (2013) bestätigten, dass eine Prähabilitation zu positiven Veränderungen in der Lebensqualität führe. Die Teilnehmer merkten, dass sie gut durch den Tag kamen ohne niedergeschlagen oder müde zu sein.

Ein häufig und relevanter genannter Aspekt ist die Individualität. In der folgenden Abbildung 5 ist der Unterschied zwischen einer Standardbetreuung und einer individueller Betreuung dargestellt. Ein individuelle Betreuung bedeutet, dass zusätzlich noch andere Therapien angewendet werden, was wiederum einer Prähabilitation gleichkommt. Durch ein Assessmentinstrument könnten die Bedürfnisse und die benötigten Interventionen herausgefiltert werden (Silver 2015). Dabei könnten Kriterien abgefragt werden, wie der Status der körperlichen Aktivität, die Schrittgeschwindigkeit, der Gewichtsverlust oder die physische Erschöpfung ist. Darüber hinaus sollten auch kognitive und soziale Aspekte berücksichtigt werden (Tan 2015:16).

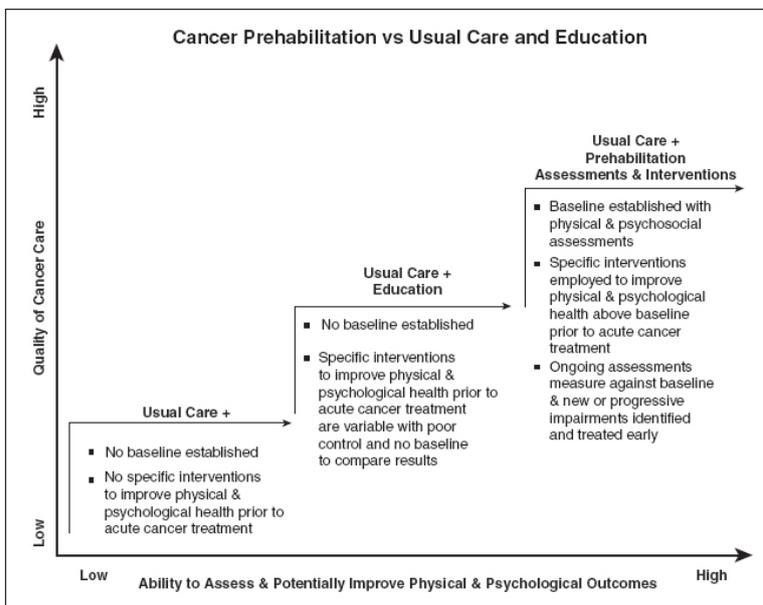


Abbildung 5: Cancer prehabilitation versus usual care and education (Silver 2015)

Auf die Fragestellung, was sich die Patienten vor ihrer Zytostatika- oder Radiotherapie gewünscht hätten, lässt sich feststellen, dass sie über die Standardbetreuung hinaus individueller betreut werden wollen. Des Weiteren soll auch die Individualität beim Sport und Ernährung beachtet werden. Je nach Tumorart, körperlicher Fitness aber auch nach den Bedürfnissen sollte dies erörtert werden (Tan 2015:104). Bei näherer Betrachtung der Ergebnisse ist festzustellen, dass insbesondere Sport von allen Interviewpartnern präferiert wird. Besonders die Verbundenheit zur Natur wird immer wieder deutlich, die frische Luft wird als besonders wertvoll eingeordnet. Alle Befragten waren in der Vergangenheit sportlich aktiv, sei es mit dem Rad, Wandern oder Krafttraining. Diese und andere Sportarten wie Nordic Walking, Schwimmen oder Gymnastik werden von den Teilnehmern gewünscht. Dies deckt sich mit den gefundenen Studien (Carli et al. 2010; Gillis et al. 2014; Hornsby et al. 2014; West et al. 2015; Le Roy et al. 2016; Minnella et al. 2016; Loughney et al. 2017). In einer Studie von Carli et al. (2010) zeigt sich, dass nicht zwingend schwierige Übungen am vorteilhafteren sind. Leichte und angenehme Übungen wie Atemübungen und Spaziergehen führten auch zu einem Erfolg. Wenn es um die Frage geht, in welchem Setting Sport durchgeführt werden soll, ist eine Tendenz zu einem stationären Aufenthalt zu erkennen. Jedoch muss erwähnt werden, dass sich ein Befragter zurückhielt mit der Beantwortung der Frage. Überraschend hingegen sind die Ergebnisse dazu, ob dies in Einzel- oder Gruppentherapie geschehen soll. Die Befragten hatten unterschiedliche Meinungen dazu, wo hingegen in den quantitativen Studien Gruppentraining bevorzugt wurde. Das könnte auf die genannten Sportarten zurückzuführen sein. Beispielsweise kann man Wandern oder Radfahren in einer Gruppe aber auch sehr gut einzeln machen. Es muss natürlich von der Kapazität, dem Bedarf und der Krankheit abhängig sein, in welcher Therapieform agiert werden kann. Essenziell ist jedoch, dass die Individualität nicht verloren gehen darf. Im Gegensatz zum Sport, bestand ein Konsens darüber, dass eine psychologische Betreuung in einer Einzeltherapie durchgeführt werden sollte, da die Individualität im Mittelpunkt steht. Nur ein Teilnehmer hätte die psychologische Betreuung in Anspruch genommen. Alle Anderen waren der Meinung sie benötigen keine. Jedoch ist bekannt, dass es zu psychischen Belastungen kommen kann (Silver 2015). Derzeit geht man davon aus dass ca. 20-40% der onkologischen Patienten psychologische Betreuung brauchen (Baumann et al. 2012:106). Es kann zu depressiven Reaktionen, Antriebslosigkeit und zu anderen Symptomaten kommen (Tsimopoulou et al. 2015; Baumann und

Leesen 2016). Die Angst vor dem Tod ist ständig präsent (Hiddemann und Bartram 2010:602). Die drei Befragten gaben an, dass sie familiäre Unterstützung oder eigene Bewältigungsstrategien entwickelt hätten. Aber auch hier stellt sich die Frage, inwieweit es für die Angehörigen eine Belastung darstellt. Nicht selten entstehen Ängste und Ohnmachtsgefühle bei den Angehörigen (Hiddemann und Bartram 2010:603). Ähnlich verhielt es sich auch mit der Ernährung. Es gab unterschiedliche Meinungen darüber, ob eine Ernährungsberatung überhaupt benötigt wird. Zwei Interviewpartner hatten das dringende Bedürfnis daran teilzunehmen. Die zwei anderen Befragten hingegen lehnten dies ab. Beide assoziierten dies mit einem Standardvortrag zu Ernährung. Dabei sollten die Inhalte nicht sein, welche Nährstoffe, Spurenelemente und Mineralien es gibt, sondern spezifisch Informationen und Hinweise die hilfreich für die jeweilige Tumorerkrankung sind (Xu et al. 2015; Kawaguchi et al. 2017; Levett et al. 2016; Kawaguchi et al. 2017).

Ein Teilnehmer machte sehr deutlich, dass es teilweise nur wenig Spielraum für eine Prähabilitation gibt. Es bestand der Wunsch nach einer Ernährungsberatung, jedoch konnte diese nicht wahrgenommen werden, da mit der Therapie begonnen werden musste. Durch die zeitliche Begrenzung einer Prähabilitation (Silver 2015), kann es wie bei dem Interviewpartner dazu kommen, dass keine Prähabilitation durchgeführt werden kann. Dies muss aber durch diagnostische Maßnahmen geklärt werden, ob überhaupt eine Möglichkeit besteht.

Ein Befragter warf die Frage auf, wie die Finanzierung einer Prähabilitation aussehen würde. Silver (2015) beschäftigte sich auch mit dieser Frage und kam in ihrem Review zum Fazit, dass zunächst die Kosten steigen würden. Jedoch könnten langfristig die Kosten gesenkt werden. Bisher sind dies reine Spekulationen, da keine genauen Zahlen dazu vorliegen. Darüber hinaus deutete dieser Teilnehmer an, dass weitere Kosten entstehen könnten, da Patienten früher krankgeschrieben werden würden, welches dann zu finanziellen Einbußen komme. Zum jetzigen Zeitpunkt fehlen noch Daten darüber, in welchen Dimensionen Kosten entstehen werden.

6.2 Ausblick

Die Diagnose Krebs ist ein erheblicher Einschnitt im Leben. Es kommt zu vielen Veränderungen im Leben. Wie schon häufig in dieser Arbeit erwähnt, kommt es zu körperlichen und psychischen Veränderungen (Silver 2015). Durch die Implementierung einer Prähabilitation würde dies sich positiv auf das Erleben von Krankheit und Gesundheit auswirken. Jedoch müssen weitere und insbesondere größere Studien durchgeführt werden. Um angemessener auf die individuellen Bedürfnisse und Vorstellungen von onkologischen Patienten eingehen zu können, müssten spezielle Assessmentinstrumente entwickelt werden (Silver 2015; Shun 2016). Kernelemente des Assessmentinstrument sollten der physische, psychische und soziale Status sein, um spezifische Interventionen planen zu können. Darüber hinaus muss die jeweilige Tumorart berücksichtigt werden, da beispielsweise ein Lungenkarzinom andere Interventionen beinhaltet als ein Brustkarzinom. Silver (2015) hat für die am häufigsten vorkommenden Tumorarten eine Übersicht erstellt, in der unterschiedlichste Interventionen aufgelistet sind. Baumann und Leesen haben dies in ihrer Arbeit übernommen (siehe Abbildung 6).

Lungenkrebs <ul style="list-style-type: none">– Atemübung– Balanceübungen– Ganzkörperstärkung und kardiovaskuläre Übungen– Psychosoziale Unterstützung mit Fokus auf Stressbewältigungsstrategien– Ernährung– Raucherentwöhnung	Kopf-Hals-Tumoren <ul style="list-style-type: none">– Schluckübungen– Balanceübungen– Bewegungsübungen des Zervikalbereiches– Ganzkörperstärkung und kardiovaskuläre Übungen– Psychosoziale Unterstützung mit Fokus auf Stressbewältigungsstrategien– Ernährung– Raucherentwöhnung
Prostatakarzinom <ul style="list-style-type: none">– Beckenbodentraining– Balanceübungen– Ganzkörperstärkung und kardiovaskuläre Übungen– Psychosoziale Unterstützung mit Fokus auf Stressbewältigungsstrategien– Ernährung– Raucherentwöhnung	Brustkrebs <ul style="list-style-type: none">– Übungen für die bessere Beweglichkeit des Schulter-Nacken-Bereiches– Stärkung des oberen Rumpfes– Balanceübungen– Ganzkörperstärkung und kardiovaskuläre Übungen– Psychosoziale Unterstützung mit Fokus auf Stressbewältigungsstrategien– Ernährung– Raucherentwöhnung

Abbildung 6: Beispiele einer multimodalen Prähabilitation onkologischer Patienten (Baumann und Leesen 2016)

Wie in der Abbildung zu erkennen ist, handelt sich um eine multimodale Prähabilitation. Die drei wichtigsten Elemente einer Prähabilitation Sport, Ernährung und psychologische Betreuung sind gleichermaßen für alle Tumorarten relevant. Auch eine Rauchentwöhnung wird angeführt, da es sich hierbei um einen der größten Risikofaktoren für eine Tumorerkrankung handelt (Baumann et al. 2012:13). Es ist zu erkennen, dass für jede Tumorart andere Interventionen im Vordergrund stehen. Diese müssten mit den individuellen Bedürfnissen der onkologischen Patienten und den Ergebnissen der Assessmentinstrumente verglichen und modifiziert werden. Silver (2015) betont, dass dies keineswegs die Prähabilitation ist, es müsste trotzdem die Individualität berücksichtigt werden, dennoch wäre das ein erster Lösungsansatz (Silver 2015). Durch weiterführende Studien könnten Leitlinien für eine Prähabilitation entwickelt werden. Des Weiteren müsste die Effektivität dieser unterschiedlichen Interventionen im Bezug auf die Tumorart in weiterführenden Studien überprüft werden. Auch muss überprüft werden, inwieweit eine Rauchentwöhnungsgruppe effektiv und nachhaltig ist.

Bei einer Implementierung einer Prähabilitation merken Silver (2015) und Kawaguchi et al. (2017) an, dass dies nur in einem multiprofessionellen Team möglich ist. Nur so könne es zugunsten des Patienten zu einer Verbesserung der körperlichen Aktivität, Ernährung und psychologischen Status. Eine besonders wichtige Rolle nehme die Pflegefachkraft ein. Durch den mehrmals täglichen Kontakt zum Patienten könne diese zum Teil diese spezifischen Interventionen durchführen und den aktuellen Status überprüfen. Veränderungen und Komplikationen würden von der Pflegefachkraft schneller wahrgenommen werden (Loprinzi und Lee 2014; Silver 2015; Levett et al. 2016; Shun 2016). Diese Aufgaben werden bereits schon in der Rehabilitation von Pflegefachkräften durchgeführt. Dieser Prozess könnte auch auf die Prähabilitation angewendet werden (Shun 2016).

6.3 Limitation

Es kommt durch einen engen zeitlichen Rahmen nur zu einem Stichprobenumfang von vier Teilnehmern. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit ist dies ein sehr kleiner Umfang und lässt daher nur beschränkt Interpretationsmöglichkeiten zu. Unter dieser kleinen Stichprobe leidet auch die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse und lässt

deshalber nur eingeschränkte Schlüsse auf die entwickelten Hypothesen zu. Die beschriebenen Güterkriterien nach Mayring (2015) konnten nur teilweise eingehalten werden. Es kam zu keiner kommunikativen Validierung und einer Triangulation. Des Weiteren wurde ein Interview unterbrochen und möglicherweise sind dadurch wichtige Inhalte und Aussagen verloren gegangen. Dieses Gespräch hätte aufgrund der Schmerzen eigentlich nicht mehr weitergeführt werden dürfen. Hier kann es eventuell zu Verzerrungen der Antworten gekommen sein. Erschwerend kam hinzu, dass nur wenig Erfahrung bezüglich eines Interviews vorlagen. Zuletzt weisen die inkludierten Studien einige Mängel auf, sodass diese auch nicht wirklich repräsentativ sind.

Literaturverzeichnis

Baumann, F. T.; Jäger, E.; Bloch, W. (2012): Sport und körperliche Aktivität in der Onkologie. Berlin, Heidelberg, New York, NY: Springer.

Baumann, F. T.; Leesen, S. von (2016): Prähabilitation bei Krebspatienten. In: *Im Focus Onkologie* 19 (6), S. 47–50. DOI: 10.1007/s15015-016-2637-4.

Brockhaus. Enzyklopädie (2006). 21., völlig neu bearb. Aufl. Leipzig: F. A. Brockhaus.

Brunet, J.; Burke, S.; Grocott, M. P. W.; West, M. A.; Jack, S. (2017): The effects of exercise on pain, fatigue, insomnia, and health perceptions in patients with operable advanced stage rectal cancer prior to surgery: a pilot trial. In: *BMC cancer* 17 (1), S. 153. DOI: 10.1186/s12885-017-3130-y.

Burke, S. M.; Brunet, J.; Sabiston, C. M.; Jack, S.; Grocott, M. P. W.; West, M. A. (2013): Patients' perceptions of quality of life during active treatment for locally advanced rectal cancer: the importance of preoperative exercise. In: *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 21 (12), S. 3345–3353. DOI: 10.1007/s00520-013-1908-2.

Carli, F.; Charlebois, P.; Stein, B.; Feldman, L.; Zavorsky, G.; Kim, D. J. et al. (2010): Randomized clinical trial of prehabilitation in colorectal surgery. In: *The British journal of surgery* 97 (8), S. 1187–1197. DOI: 10.1002/bjs.7102.

Carli, F.; Gillis, C.; Scheede-Bergdahl, C. (2017): Promoting a culture of prehabilitation for the surgical cancer Patienten. In: *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)* 56 (2), S. 128–133. DOI: 10.1080/0284186X.2016.1266081.

Cramer, H.; Lauche, R.; Klose, P.; Dobos, G.; Langhorst, J. (2014): A systematic review and meta-analysis of exercise interventions for colorectal cancer patients. In: *European journal of cancer care* 23 (1), S. 3–14. DOI: 10.1111/ecc.12093.

Flick, U. (2011): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 4. Auflage. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch (Rororo Rowohlts Enzyklopädie, 55694).

Gillis, C.; Li, C.; Lee, L.; Awasthi, R.; Augustin, B.; Gamsa, A. et al. (2014): Prehabilitation versus Rehabilitation. A Randomized Control Trial in Patients Undergoing Colorectal Resection for Cancer. In: *Anesthesiology* 121 (5), S. 937–947. DOI: 10.1097/ALN.0000000000000393.

Grote, A.; Thiele, H.; Reiber, K.; Dieterich, J.; Hasseler, M.; Höhmann, U. (2014): Rehabilitation. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1921224>.

Häder, M. (2015): Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer VS. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-19675-6>.

- Helfferrich, C. (2009): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 3., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-91858-7>.
- Hiddemann, W.; Bartram, C. (2010): Die Onkologie. 2., aktualisierte Aufl. Heidelberg: Springer Medizin (Die Onkologie, / W. Hiddemann; Teil 2).
- Hijazi, Y.; Gondal, U.; Aziz, O. (2017): A systematic review of prehabilitation programs in abdominal cancer surgery. In: *International journal of surgery (London, England)* 39, S. 156–162. DOI: 10.1016/j.ijso.2017.01.111.
- Hornsby, W. E.; Douglas, P. S.; West, M. J.; Kenjale, A. A.; Lane, A. R.; Schwitzer, E. R. et al. (2014): Safety and efficacy of aerobic training in operable breast cancer patients receiving neoadjuvant chemotherapy: a phase II randomized trial. In: *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)* 53 (1), S. 65–74. DOI: 10.3109/0284186X.2013.781673.
- Jensen, B. T.; Laustsen, S.; Jensen, J. B.; Borre, M.; Petersen, A. K. (2016): Exercise-based pre-habilitation is feasible and effective in radical cystectomy pathways-secondary results from a randomized controlled trial. In: *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 24 (8), S. 3325–3331. DOI: 10.1007/s00520-016-3140-3.
- Kawaguchi, M; Ida, M.; Naito, Y. (2017): The role of Perioperative Surgical Home on health and longevity in society: importance of the surgical prehabilitation program. In: *Journal of anesthesia* 31 (3), S. 319–324. DOI: 10.1007/s00540-017-2329-z.
- Kromrey, H.; Roose, J.; Strübing, J. (2016): Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung mit Annotationen aus qualitativ-interpretativer Perspektive. 13., völlig überarbeitete Auflage. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft (UTB, 8681).
- Kuckartz, U.; Dresing, T.; Rädiker, S.; Stefer, C. (2008): Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4., vollst. überarb. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Le Roy, B.; Selvy, M.; Slim, K. (2016): The concept of prehabilitation: What the surgeon needs to know? In: *Journal of visceral surgery* 153 (2), S. 109–112. DOI: 10.1016/j.jviscsurg.2016.01.001.
- Lee, W. J.; Peddle, C. J.; Eves, N. D.; Haykowsky, M. J.; Courneya, K. S.; Mackey, J. R. et al. (2007): Effects of presurgical exercise training on cardiorespiratory fitness among patients undergoing thoracic surgery for malignant lung lesions. In: *Cancer* 110 (3), S. 590–598. DOI: 10.1002/cncr.22830.
- Levett, D. Z. H.; Edwards, M.; Grocott, M; Mythen, M. (2016): Preparing the patienten for surgery to improve outcomes. In: *Best practice & research. Clinical anaesthesiology* 30 (2), S. 145–157. DOI: 10.1016/j.bpa.2016.04.002.

- Loughney, L.; West, M. A.; Dimitrov, B. D.; Kemp, G. J.; Grocott, M.; Jack, S. (2017): Physical activity levels in locally advanced rectal cancer patients following neoadjuvant chemoradiotherapy and an exercise training programme before surgery: a pilot study. In: *Perioperative medicine (London, England)* 6, S. 3. DOI: 10.1186/s13741-017-0058-3.
- Loughney, L.; West, M. A.; Kemp, G. J.; Grocott, M. P. W.; Jack, S. (2016): Exercise intervention in people with cancer undergoing neoadjuvant cancer treatment and surgery: A systematic review. In: *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology* 42 (1), S. 28–38. DOI: 10.1016/j.ejso.2015.09.027.
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Verlag (Beltz Pädagogik).
- Minnella, E. M.; Awasthi, R.; Gillis, C.; Fiore, J. F.; Liberman, A. S.; Charlebois, P. et al. (2016): Patients with poor baseline walking capacity are most likely to improve their functional status with multimodal prehabilitation. In: *Surgery* 160 (4), S. 1070–1079. DOI: 10.1016/j.surg.2016.05.036.
- Pleyer, C. (Hg.) (2012): Onkologie. Verstehen - Wissen - Pflegen. 1. Aufl. München: Urban Fischer Verlag. Online verfügbar unter <http://institut.elsevierelibrary.de/pdfreader/onkologie>.
- PRISMA Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses (Hg.) (2009): PRISMA Checklist, zuletzt geprüft am 11.08.2017.
- Pschyrembel, W.; Dornblüth, O.; Zink, C. (1986): Pschyrembel klinisches Wörterbuch. Mit klinischen Syndromen und Nomina Anatomica. 255. Aufl., 255., völlig überarb. und stark erw. Aufl. Reprint 2012. Berlin: De Gruyter. Online verfügbar unter <http://www.degruyter.com/doi/book/10.1515/9783111506890>.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2015): Krebs in Deutschland 2011/2012. 10. Aufl. Berlin. Online verfügbar unter <http://www.hamburg.de/contentblob/4334522/768450404f0adef88bbf42ca62b03975/data/krebs-in-deutschland.pdf>, zuletzt geprüft am 20.08.2017.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2016): Berichts zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Berlin. Online verfügbar unter https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebsgeschehen/Krebsgeschehen_download.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 20.08.2017.
- Schewior-Popp, S.; Sitzmann, F.; Ullrich, L. (Hg.) (2009): Thiemes Pflege. 11., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (Hg.) (o.J.): Critical appraisal notes and checklists. Online verfügbar unter <http://www.sign.ac.uk/checklists-and-notes.html>, zuletzt geprüft am 11.08.2017.
- Shun, S.-C. (2016): Cancer Prehabilitation for Patients Starting from Active Treatment to Surveillance. In: *Asia-Pacific journal of oncology nursing* 3 (1), S. 37–40. DOI: 10.4103/2347-5625.178169.

- Silver, J. K. (2015): Cancer prehabilitation and its role in improving health outcomes and reducing health care costs. In: *Seminars in oncology nursing* 31 (1), S. 13–30. DOI: 10.1016/j.soncn.2014.11.003.
- Silver, J. K.; Raj, V. S.; Fu, J. B.; Wisotzky, E. M.; Smith, S. R.; Kirch, R. A. (2015): Cancer rehabilitation and palliative care: critical components in the delivery of high-quality oncology services. In: *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 23 (12), S. 3633–3643. DOI: 10.1007/s00520-015-2916-1.
- Singh, F.; Newton, R. U.; Galvão, D. A.; Spry, N.; Baker, M. K. (2013): A systematic review of pre-surgical exercise intervention studies with cancer patients. In: *Surgical oncology* 22 (2), S. 92–104. DOI: 10.1016/j.suronc.2013.01.004.
- Tan, K.-Y. (2015): *Transdisciplinary Perioperative Care in Colorectal Surgery. An Integrative Approach*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Tsimopoulou, I.; Pasquali, S.; Howard, R.; Desai, A.; Gourevitch, D.; Tolosa, I.; Vohra, R. (2015): Psychological Prehabilitation Before Cancer Surgery: A Systematic Review. In: *Annals of surgical oncology* 22 (13), S. 4117–4123. DOI: 10.1245/s10434-015-4550-z.
- Weltgesundheitsorganisation (2011): Weltkrebstag – WHO betont Bedeutung körperlicher Betätigung für die Krebsprävention. Online verfügbar unter <http://www.euro.who.int/de/media-centre/sections/press-releases/2011/02/world-cancer-day-who-stresses-importance-of-physical-activity-for-cancer-prevention>, zuletzt aktualisiert am 03.04.2017, zuletzt geprüft am 20.08.2017.
- West, M. A.; Loughney, L.; Barben, C. P.; Sripadam, R.; Kemp, G. J.; Grocott, M. P. W.; Jack, S. (2014): The effects of neoadjuvant chemoradiotherapy on physical fitness and morbidity in rectal cancer surgery patients. In: *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology* 40 (11), S. 1421–1428. DOI: 10.1016/j.ejso.2014.03.021.
- West, M. A.; Loughney, L.; Lythgoe, D.; Barben, C. P.; Sripadam, R.; Kemp, G. J. et al. (2015): Effect of prehabilitation on objectively measured physical fitness after neoadjuvant treatment in preoperative rectal cancer patients: a blinded interventional pilot study. In: *British journal of anaesthesia* 114 (2), S. 244–251. DOI: 10.1093/bja/aeu318.
- Xu, Y.-J.; Cheng, J. C.-H.; Lee, J.-M.; Huang, P.-M.; Huang, G.-H.; Chen, C. C.-H. (2015): A Walk-and-Eat Intervention Improves Outcomes for Patients With Esophageal Cancer Undergoing Neoadjuvant Chemoradiotherapy. In: *The oncologist* 20 (10), S. 1216–1222. DOI: 10.1634/theoncologist.2015-0178.

Anhänge

Anhang 1: Inkludierten Studien

	Autor, Jahr, Titel	Design	Teilnehmer	Methodik	Ergebnis	Bewertung
1	Brunet, J. et al. (2017): The effects of exercise on pain, fatigue, insomnia, and health perceptions in patients with operable advanced stage rectal cancer prior to surgery: a pilot trial	Fall- Kontroll-Studie	25	Untersuchung, inwieweit sich seine Prähabilitation auf Schmerzen, Fatigue, Übelkeit oder auf die Wahrnehmung der Gesundheit auswirkt. Einteilung in zwei Gruppen. Es gibt drei Messpunkte	Es wurde keine signifikanten Unterschiede in den zwei Gruppen gefunden	Kleine Teilnehmergröße, methodisches Vorgehen dargestellt, Ethikkommission erwähnt, Ergebnisse dargestellt, Limitation erkannt
2	Burke, S. et al. (2013): patients' perceptions of quality of life during active treatment for locally advanced	Qualitative Studie	17	Phänomenologischer Ansatz; Interviews	Verbesserung der Lebensqualität während einer Prähabilitation	Methodisches Vorgehen und Auswertung dargestellt, Ausfälle von Patienten dargestellt, keine Ethikkommission erwähnt, Ergebnisse

	rectal cancer: the importance of preoperative exercise					dargestellt, Limitation erkannt
3	Carli, F. et al. (2010): Randomized clinical trial of prehabilitation in colorectal surgery	RCT	112	Untersuchung der Effektivität von Sportarten. Einteilung in zwei Gruppen	Atemübungen und Walking waren effektiver als Radfahren und Krafttraining. Es gab keine Veränderung in der Angst oder in der Depression	Aufbau und methodisches Vorgehen unzureichend dargestellt, Ergebnisse dargestellt, Limitation nicht erwähnt, keine Bias dargestellt
4	Carli, Francesco et al. (2017): Promotion a culture of prehabilitation for the surgical cancer Patienten	Review		Untersuchung des Aufbaus und der Effektivität von einer Prähabilitation	Es ist ersichtlich, dass eine Prähabilitation effektiv ist. Unklar ist, wie dies sich auf die Morbidität und Krebstherapien auswirkt	Methodisches Vorgehen und Aufbau nur teilweise gut dargestellt, Ergebnisse dargestellt, Limitation nicht erwähnt, keine Bias dargestellt
5	Cramer, H. et al. (2013): A systematic review and meta-analysis of exercise interventions for	Metaanalyse		Vergleichen/Untersuchen einer Prähabilitation bei einem Rektumkarzinom	Es ist erkennbar, dass eine körperliche Aktivität die Fitness verbessert. Es gibt keine Ergebnisse zur Veränderungen in der Lebensqualität	Methodisches Vorgehen und Aufbau dargestellt, Assessmentinstrumente dargestellt, Ethikkommission

	colorectal cancer patients					erwähnt, Bias wurden erkannt
6	Gillis, C. et al. (2014): Prehabilitation vs. Rehabilitation. A randomized control trial in patients undergoing colorectal resection for cancer	RCT	77	Überprüfung der Effektivität einer multimodalen Prähabilitation. Einteilung in zwei Gruppen. Zwei Messpunkte	Die körperliche Fitness war in der Prähabilitationsgruppe größer als in der Rehabilitationsgruppe. Die Compliance war größer in Prähabilitationsgruppe. Es gab keine psychischen Unterschiede in den Gruppen	Relativ kleine Teilnehmergröße, methodisches Vorgehen dargestellt, Ethikkommission erwähnt, Ergebnisse dargestellt, Limitation erkannt
7	Hijazi, Y. et al. (2017): A systematic review of prehabilitation programs in abdominal cancer Surgery	Review		Vergleichen/Untersuchen einer Prähabilitation gegenüber einer Standardbetreuung in der Bauchchirurgie	Ergebnisse sind heterogen. Zeitraum, Intensität und Übungen variieren	Aufbau und methodisches Vorgehen dargestellt, Assessmentinstrumente dargestellt, Ergebnisse dargestellt, Limitation nicht erkannt, Bias nicht dargestellt
8	Hornsby, W. E. et al. (2013): Safety and efficacy of aerobic training in operable breast cancer patients receiving neoadjuvant	RCT	20	Überprüfen der Effektivität von Aerobic Übungen. Einteilung in zwei Gruppen. Zwei Messpunkte	Deutliche Verbesserung der kardio-pulmonalen Fitness. Keine signifikanten Unterschiede in den Gruppen von Schmerzen oder Übelkeit	Kleine Teilnehmergröße, Verblindung erkennbar, methodisches Vorgehen dargestellt, Ausfälle von Patienten dargestellt, Ergebnisse dargestellt, Limitation

	chemotherapy: A phase II randomized trial					nicht erwähnt, Bias nicht dargestellt
9	Jensen, B. E. e al. (2016): Exercise-based prehabilitation is feasible and effective in radical cystectomy pathways—secondary results from a randomized controlled trial	RCT	107	Vergleichen/Untersuchen einer Prähabilitation gegenüber einer Standardbetreuung. Einteilung in zwei Gruppen	Die Muskelmasse nimmt zu. Es konnten keine anderen Zusammenhänge gefunden werden.	Kleine Teilnehmergröße, methodisches Vorgehen dargestellt, Ausfälle von Patienten nicht dargestellt, Ethikkommission erwähnt, Ergebnisse dargestellt, Limitation erkannt, Bias nicht dargestellt
10	Lee, W. et al. (2007): Effects of Presurgical Exercise Training on Cardiorespiratory Fitness among Patients Undergoing Thoracic Surgery for Malignant Lung Lesions	Case Studie	20	Überprüfung, ob eine Prähabilitation Auswirkungen auf kardio-pulmonale Fitness hat. Zwei Messpunkte	Es zeigt sich, dass eine körperliche Aktivität positive Auswirkungen auf die kardio- pulmonale Fitness hat	Kleine Teilnehmergröße, methodisches Vorgehen dargestellt, Ethikkommission nicht erwähnt, Ausfälle von Patienten dargestellt, Ergebnisse dargestellt, Limitation erkannt

11	Loughney, L. et al. (2016): Exercise intervention in people with cancer undergoing neoadjuvant cancer treatment and surgery: A systematic Review	Review		Untersuchen/ Überprüfen, inwieweit eine Prähabilitation effektiv ist bezogen auf eine neoadjuvante Therapie	Es zeigt sich, dass eine Prähabilitation die Fitness verbessert. Es wurden keine Erkenntnisse zur Lebensqualität dargestellt	Aufbau und methodisches Vorgehen dargestellt, Assessmentinstrumente dargestellt, Ethikkommission nicht erwähnt, Ergebnisse dargestellt, Limitationen erkannt, Bias nicht erwähnt
12	Loughney, L. et al. (2017): Physical activity levels in locally advanced rectal cancer patients following neoadjuvant chemotherapy and an exercise training programme before surgery: a pilot study	Fall-Kontroll-Studie	33	Vergleichen/ Untersuchen einer Prähabilitation gegenüber einer Standardbetreuung vor einer neoadjuvanten Therapie. Einteilung in zwei Gruppen. Drei Messpunkte	Es ist erkennbar, dass eine Radiochemotherapie sich negativ auf körperliche Aktivität auswirkt. Wiederum verhilft eine körperliche Aktivität zu einer besseren Fitness. Außerdem ist erkennbar, dass eine Prähabilitation zum besserem Schlaf führt	Kleine Teilnehmergröße, Verblindung dargestellt, methodisches Vorgehen dargestellt, Ausfälle von Patienten dargestellt, Ergebnisse dargestellt, Limitation erkannt
13	Minnella, E. M. et al. (2016):	RCT	106	Untersuchung eines multimodalen Programms.	Eine multimodale Prähabilitation ist effektiv.	Relativ kleine Teilnehmergröße,

	patients with poor baseline walking capacity are most likely to improve their functional status with multimodal prehabilitation			Einteilung in zwei Gruppen. Zwei Messpunkte	Die Teilnehmer mit einer schlechteren Gehkapazität verbesserten sich deutlich. Außerdem wurde ersichtlich, dass sie sich schneller nach der Operation erholten und zu ihrer ursprünglichen Gehkapazität kamen. Keine Unterschiede in der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus oder postoperativen Komplikationen	methodische Vorgehen dargestellt, Ethikkommission erwähnt, Ausscheiden von Patienten nicht dargestellt, Ergebnisse dargestellt, Limitation nicht erkannt
14	Silver, Julie K. (2015): Cancer Prehabilitation and Its role in improving health outcomes and reducing health care cost.	Review		Beschreibt die Prähabilitation und erläutert die sich hieraus ergebenden Vorteile	Es zeigt sich, dass ein Prähabilitationsprogramm positive Effekte auf den weiteren Behandlungsverlauf hat. Es sind keine positiven Effekte beim Aufenthalt einer Krankenhausaufenthaltsdauer zu erkennen	Methodische Vorgehensweise nicht dargestellt, Assessmentinstrumente nicht dargestellt, Ergebnisse plausibel dargestellt, Limitation nicht erkannt, keine Bias dargestellt
15	Singh, F. et al. (2013): A systematic review of pre-surgical exercise intervention	Review		Vergleichen /Untersuchen der Effektivität einer Prähabilitation	Es ist deutlich zu erkennen, dass eine Prähabilitation positive Effekte auf die körperliche sowie auf die	Aufbau und methodisches Vorgehen dargestellt, Assessmentinstrumente dargestellt, Ergebnisse dargestellt, Limitation

	studies with cancer patients				kardio pulmonale Fitness hat	erkannt, keine Bias dargestellt
16	Tsimopoulou, Ioanna et al. (2015): Psychological Prehabilitation Before Cancer Surgery. A Systematic Review	Review		Vergleichen/Untersuchen der psychologischen Interventionen bezüglich einer Prähabilitation	Eine psychologische Betreuung vor einer Operation hat positive Effekte auf die Lebensqualität und auf die somatischen Symptome	Aufbau und methodisches Vorgehen dargestellt, Ergebnisse dargestellt, Limitation nicht erkannt, Bias nicht dargestellt
17	West, M. A. et al. (2014): Effect of prehabilitation on objectively measured physical fitness after neoadjuvant treatment in preoperative rectal cancer Patients: a blinded interventional pilot study	Kohorten-studie	39	Untersuchen, wie sich eine neoadjuvante Radiochemotherapie auf die körperliche Aktivität auswirkt. Einteilung in zwei Gruppen. Sechs Messpunkte	Eine neoadjuvante Therapie verringert die körperliche Fitness. Durch ein Sportprogramm kann diesem entgegengewirkt werden. Im Vergleich zu Kontrollgruppe schlechtere Werte erzielt	Kleine Teilnehmergröße, methodisches Vorgehen teilweise dargestellt, Ethikkommission nicht erwähnt, Ausscheiden von Patienten nicht dargestellt, Ergebnisse teilweise ausreichend dargestellt, Limitation erkannt
18	West, M. A. et al (2014): The	Kohortenstudie	27	Untersuchen der Veränderungen vor und	Es ist erkennbar, dass die körperliche Fitness	kleine Teilnehmergröße,

	effects of neoadjuvant chemoradiotherapy on physical fitness and morbidity in rectal cancer surgery patients			nach neoadjuvanten Therapie. Zwei Messpunkte	niedriger ist als zu Beginn der Radiochemotherapie	methodisches Vorgehen dargestellt, Ethikkommission erwähnt, Ausscheiden von Patienten dargestellt, Ergebnisse dargestellt, Limitationen erkannt
19	Xu, Y. et al. (2015): A Walk-and-Eat Intervention Improves Outcomes for Patients With Esophageal Cancer Undergoing Neoadjuvant Chemoradiotherapy	RCT	59	Überprüfung der Effekte der Walk-and-Eat Interventionen. Einteilung in zwei Gruppen. Zwei Messpunkte	Teilnehmer können weitergehen und verlieren weniger Gewicht durch regelmäßige Ernährungsberatung	Methodisches Vorgehen dargestellt, Ethikkommission erwähnt, Ausscheiden von Patienten nicht erwähnt, Ergebnisse geringfügig dargestellt, Limitation erkannt, keine Bias dargestellt

Anhang 2: Exkludierte Studien (nach dem Alphabet sortiert)

	Autor, Titel, Jahr	Ausschlussgrund
1	Armstrong, K. W. et al. (2016): Recent trends in surgical research of cancer treatment in the elderly, with a primary focus on lung cancer: Presentation at the 2015 annual meeting of SIOG	Minimaler Fokus auf Prähabilitation
2	Baima, J. et al. (2015): Teaching of Independent Exercises for Prehabilitation in Breast Cancer	Ausscheiden von Patienten nicht dargestellt, Ergebnisse unzureichend dargestellt
3	Chen, B. P. et al. (2016): Four-week prehabilitation program is sufficient to modify exercise behaviors and improve preoperative functional walking capacity in patients with colorectal cancer	Keine neuen Erkenntnisse, Ergebnisse der Ernährungsberatung und psychologische Betreuung werden nicht dargestellt
4	Cornette, T. et al. (2016): Effects of home-based exercise training VO2 in breast cancer patients under adjuvant or neoadjuvant chemotherapy (SAPA): a randomized controlled trial	Fokus liegt auf während der Radio- und /oder Chemotherapie
5	Failla, M. J. et al. (2016): Does Extended Preoperative Rehabilitation Influence Outcomes 2 Years After ACL Reconstruction?	Thematik ist nicht Krebs
6	Guinan, E. M. et al. (2016): The physiotherapist and the esophageal cancer patient: from prehabilitation to rehabilitation	Fokus liegt mehr auf der Rehabilitation
6	Halloway, S. et al. (2015): Prehabilitation Interventions for Older Adults: An integrative Review	Es geht nicht um onkologische Patienten
7	Heldens, A.F. J. M. et al. (2016): Feasibility and preliminary effectiveness of a physical exercise training program during neoadjuvant chemoradiotherapy in individual patients with rectal cancer prior to major elective surgery	Keine neuen Erkenntnisse
8	Van der Kloot, W. A. et al. (2016): The effects of illness beliefs and chemotherapy impact on quality of life in Japanese and Dutch Patients with breast or lung cancer	Fokus liegt auf dem internationalen Vergleich
9	Knight, K. A. et al. (2017): Systematic review: the impact of exercise on mesenteric blood flow and its implication for preoperative rehabilitation	Es geht nicht um onkologische Patienten
10	Li, C. et al. (2012): Impact of a trimodal prehabilitation program on functional recovery after colorectal cancer surgery: a pilot study	Keine neuen Erkenntnisse

11	Loprinzi, P. D & Lee, H. (2014): Rationale for Promoting Physical Activity Among Cancer Survivors: Literature Review and Epidemiologic Examination	Ergebnisse über die Veränderung der Blutwerte
12	Lotzke, H. et al. (2016): Use of the PREPARE (PREhabilitation, Physical Activity and exeRcisE) program to improve outcomes after lumbar fusion surgery for severe low back pain: a study protocol of a person-centred randomised controlled trial	Es geht nicht um onkologische Patienten
13	Mans, C. M. et al. (2015): Postoperative outcomes following preoperative inspiratory muscle training in patients undergoing cardiothoracic or upper abdominal surgery: a systematic review and meta analysis	Es geht nicht um onkologische Patienten
14	Morielli, A. R. et al. (2016): Exercise motivation in rectal cancer patients during and after neoadjuvant chemoradiotherapy	Ergebnisse sind nur teilweise verwendbar
15	Onerup, A. et al. (2017): The effects of pre- and post operative physical activity on recovery after colorectal cancer surgery (PHYSSURG-C): study protocol for a randomized controlled trial	Noch keine Ergebnisse verfügbar
16	Rao, R. et al. (2012): Bootcamp During Neoadjuvant Chemotherapy for Breast Cancer: A Randomized Pilot Trial	Fokus liegt zum größten Teil auf Blutwerten, Ergebnisse unzureichend dargestellt
17	Van Rooijen, S. et al. (2017): Preoperative modifiable risk factors in colorectal surgery: an observational cohort study identifying the possible value of prehabilitation	Fokus liegt auf den Risikofaktoren
18	Le Roy, B. et al. (2016): Effect of prehabilitation in gastro-oesophageal adenocarcinoma: study protocol of a multicentric, randomised, control trial – the PREHAB study	Noch keine Ergebnisse verfügbar
19	Santa Mina, D. et al. (2014): Prehabilitation for men undergoing radical prostatectomy: a multi-centre, pilot randomized controlled trial	Noch keine Ergebnisse verfügbar
20	Shaarani, S. R. et al. (2013): Effect of Prehabilitation on the Outcome of Anterior Cruciate Ligament Reconstruction	
21	Silver, J. K. et al. (2015): Cancer rehabilitation and palliative care: critical components in the delivery of high- quality oncology services	Fokus liegt auf der Rehabilitation
22	Wang, L. et al. (2015): Does preoperative rehabilitation for patients planning to undergo joint replacement surgery improve outcomes? A systematic review and meta- analysis of randomised controlled trials	Es geht nicht um onkologische Patienten

23	West. M. A. et al. (2014): The Effect of Neoadjuvant Chemoradiotherapy on Whole- Body Physical Fitness and Skeletal Muscle Mitochondrial Oxidative Phosphorylation In Vivo in Locally Advanced Rectal Cancer Patients- An Observational Pilot Study	Keine neuen Erkenntnisse
24	West. M. A. et al. (2016): The effect of neoadjuvant chemotherapy and chemoradiotherapy on exercise capacity and outcome following upper gastrointestinal cancer surgery: an observational cohort study	Noch keine Ergebnisse verfügbar

Interviewleitfaden

1. Was hätten Sie sich vor Ihrer Chemotherapie oder Bestrahlung gewünscht?
2. Hätten Sie sich vorstellen können vor der Chemotherapie oder Bestrahlung an einem Sportprogramm, Ernährungsberatung oder psychische Betreuung teilnehmen zu können? Wenn ja oder nein warum?
3. Wie sollte nach Ihrer Meinung so ein Sportprogramm aufgebaut sein?

Nachfragen könnten sein:

→Alleine oder in einer Gruppe?

→Wo sollte es stattfinden?

→Welche Sportarten (Radfahren, Walking, Joggen, Schwimmen, Aerobic oder Krafttraining)?

→Wie häufig in der Woche?

→Wie lange sollte das Programm insgesamt gehen?

4. Wie sollte nach Ihrer Meinung die Ernährungsberatung aufgebaut sein?

Nachfragen könnten sein:

→Alleine oder in einer Gruppe?

→Wo sollte es stattfinden?

→Wie häufig sollte eine solche Beratung angeboten werden?

5. Wie sollte nach Ihrer Meinung die psychologische Betreuung aufgebaut sein?

Nachfragen könnten sein:

→Alleine oder in einer Gruppe?

→Wo sollte es stattfinden?

→Wie häufig sollte es die psychische Betreuung angeboten werden?

Anhang 4: Einleitung für das Interview

„Das Thema des Interviews ist die Prähabilitation bei Tumorpatienten. Es geht darum, dass vor der eigentlichen Therapie – also Bestrahlung oder Chemotherapie - einige Wochen zuvor Sport gemacht wird, es eine Ernährungsberatung gibt und man psychologisch betreut wird. Diese Angebote werden teilweise im Krankenhaus oder zu Hause durchgeführt. Teilweise alleine oder auch in Gruppen.

Ich möchte Sie gerne dazu befragen wie Sie sich eine Prähabilitation vorstellen würden.“



Informationsblatt zum Forschungsprojekt „Prähabilitation bei Tumorpatienten“ im Rahmen einer Bachelor Thesis.

Sehr geehrter Patient,

im Rahmen meiner Bachelor Thesis im Studiengang Pflegeentwicklung und Management an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften möchte ich herausfinden, welche Bedürfnisse und Vorstellungen Sie von einer Prähabilitation haben. Dafür würde ich mit Ihnen ein Einzelgespräch führen. Die Interviewdauer beträgt höchstens 20 Minuten. Sie haben das Recht jeder Zeit eine Pause zu nehmen oder es abubrechen. Um die Fülle der Informationen verarbeiten zu können, werde ich mit Hilfe eines Diktiergerätes das Gespräch aufzeichnen. Die Aufnahmen sind nur der Interviewerin und der betreuenden Professorin zugänglich. Ihre Daten werden pseudoanonymisiert, so dass es keine Rückschlüsse auf Sie geben kann. Das Gespräch wird nach der Auswertung der Ergebnisse gelöscht.

Sollten Sie sich dafür entschließen doch nicht an der Studie teilzunehmen, bitte ich Sie um eine schnellstmögliche Rückmeldung unter der dort unten aufgeführten Handynummer. Eine Nichtteilnahme hat keine Auswirkung auf Ihren weiteren Behandlungsverlauf.

Für Ihre Mitarbeit möchte ich mich im Voraus bedanken.

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung. Sie können mich unter folgender Handynummer erreichen: 0176/84125669.

Mit freundlichen Grüßen

Jacqueline Würzner

Anhang 6: Einverständniserklärung der Interviewpartner



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Einverständniserklärung zur Forschungsarbeit „Prähabilitation bei Tumorpatienten“ im Rahmen der Bachelor Thesis.

Ich bin über das Vorgehen dieser Forschungsarbeit schriftlich informiert worden. Ich bin damit einverstanden, dass das Interview aufgenommen wird und anschließend für die Forschungsarbeit verwendet wird. Ihre persönlichen Daten werden pseudoanonymisiert. Die Daten sind nur der Interviewerin und der zuständigen Professorin zugänglich. Nach der Auswertung der Ergebnisse wird das Interview gelöscht.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an der Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich weiß über die Möglichkeit Bescheid, dass ich meine Teilnahme jederzeit ohne Angaben von Gründen abbrechen kann, ohne dass Nachteile für mich entstehen.

Ich habe eine Kopie von der Einverständniserklärung erhalten.

Ort, Datum des Teilnehmers

Unterschrift der Forscherin

Anhang 7: Interviewteilnehmer 1

Interview: Teilnehmer 1

Geschlecht: weiblich

Diagnose: Rektumkarzinom

Datum des Interviews: 27.04.2017

Dauer des Interviews: 11:19 Minuten

1 I: Gut, vielen Dank, dass sie an dieser Studie teilnehmen. Was hätten Sie
2 sich vor ihrer Chemo oder Bestrahlung gewünscht?

3

4 T1: (...) Eigentlich gar nichts. Äh, weil ich ja noch nicht wusste, was auf mich
5 zukommt. Ich habe das erste Mal eine Chemo und Bestrahlung bekommen
6 und wusste noch nicht wie das ablaufen wird. Ich habe erst hier mit
7 Patienten gesprochen, die schon mal so etwas durchgemacht haben. Ne,
8 die haben mir gesagt, was man für Nebenwirkungen hat und was alles
9 passieren kann. Ich bin völlig unvorbereitet hierhergekommen, ne. Also,
10 ähm, ich hatte ein Einführungsgespräch über meinen Krebs, was für eine Art
11 von Krebs ich habe. Habe die Ärztin auch um um Aufklärung gebeten, wie
12 schwer das und und und mit Lebenserwartung und, äh, das hat sie auch
13 gemacht, aber was so hier so, ähm, im Laufe der Behandlung auf mich zu
14 kommt, da war ich völlig unvorbereitet. (00:58)

15

16 I: Also die Aufklärung hätte besser sein können?

17

18 T1: Was heißt besser? Da ich mich nicht vorbereitet hatte, konnte ich auch
19 nichts fragen, ne. Wenn sie eine Diagnose Krebs bekommen sind Sie
20 geplättet. Sie haben gar keine Fragen, außer warum ich!

21

22 I: Okay, hätten Sie sich vorstellen können, vor einer Chemo oder
23 Bestrahlung an einem Sportprogramm, Ernährung oder psychologische
24 Betreuung teilzunehmen? Wenn ja oder nein - warum?

25

26 T1: Ja, ähm, weil ich mich erstens gerne bewege. Ich bin jetzt nicht so der
27 Übersportler, ähm, aber ich bewege mich gerne. Ich bin der Meinung, äh,
28 wenn man, äh, aufrecht gehen kann und und sich bewegen kann, dann geht
29 es einem besser. Das habe ich selber gemerkt, ich bin draußen spazieren
30 gegangen, es ging mir gut, an der frischen Luft ging es mir gut. Ich hatte mir
31 jetzt sogar, äh, einen Infekt eingefangen, weil man sagte, das passiert
32 durch die Strahlentherapie, mmh, manchmal das Immunsystem ein bisschen

33 leidet. Ich habe aber gemerkt, weil ich draußen an der frischen Luft war,
34 ging es mir besser. Und ich habe dann auch solche einfachen Sachen
35 gemacht, die man zu Hause trainieren kann alleine, Treppensteigen und so,
36 äh, die auch so ihre Wirkung haben. Und und hab das ganz für mich
37 gemacht. Äh, es gab ja kein Sportprogramm, aber ich würde mich freuen, wenn
38 es eins gäbe. (02:16)

39

40 I: Und, ähm, wie wie sollte so ein Sportprogramm nach Ihrer Meinung
41 aufgebaut sein? Beispielsweise sollte das, ähm, in einer Gruppe passieren?

42

43 T1: Mmhh, weiß ich nicht, ähm, ich würde das einzeln besser finden. Ähm,
44 manchmal kommen hier, äh mmh, zu einigen Patienten, wenn es vom Arzt
45 verordnet wird, Physiotherapeuten, ne. Die beschäftigen sich mit den
46 Patienten einzeln. Also ich selber würde es einzeln eigentlich auch besser
47 finden, weil dann kann besser, äh, auf die Schwierigkeiten, die jeder Patient
48 so hat, eingehen. Ich zum Beispiel, äh, ich kann gut laufen, das können aber
49 nicht alle Patienten, nicht?! Ich denke, es ist bestimmt schwierig, äh,
50 Patienten mit Unterschiedlichen Gebrechen- sagen wir mal so- neben dem
51 Krebs, äh, so zusammenzuführen. (03:16)

52

53 I: Okay also Sie würden jetzt sagen lieber einzeln...?

54

55 T1: Ja lieber einzeln!

56

57 I: Würden Sie das lieber zu Hause machen oder, äh, lieber - würden Sie
58 dafür lieber vier Wochen, beispielsweise im Krankenhaus liegen wollen?

59

60 T1: Ähm, ich würde es lieber im Krankenhaus machen wollen, weil ich glaube
61 im Krankenhaus ist es intensiver. Ich würde, aber auch nur so eine lange Zeit
62 ins Krankenhaus gehen wollen, wenn das wirklich, ähm äh mmh naja,
63 nicht wie manchen Reha. Da ist es so, da hat man vormittags zwei
64 Behandlungen und dann läuft den ganzen langen Tag nichts. Also wenn
65 man schon so ein Sportprogramm aufbaut, dann sollte das man sich den
66 Patienten auch angucken. Wie gesagt, deshalb auch einzeln, wie alt ist der,
67 wie fit ist der und dann sollte man ihn auch so fordern, so wie man das kann
68 und zwar den ganzen Tag über, ne. Wenn man nur eine Behandlung hat
69 und dann war es das, ne. Das bringt nichts. Dafür brauche ich nicht vier Wochen
70 ins Krankenhaus gehen, ne. Das läuft in manchen Reha-, äh, (...) zentren schief.
71 Das habe ich zum Beispiel bei meinem Mann gesehen, der war auch schwer krank
72 und, ähm, konnte sich auch sehr gut bewegen. Der hätte auch an so einem
73 Sportprogramm Freude gehabt, ne. Ähm, und ähm, der
74 bewegte sich auch unheimlich gerne, aber das ist einfach nichts abgelaufen, ne.
75 Und wenn man so ein Sportprogramm aufbaut, dann sollte man, äh mmhh
76 naja ähm, jetzt eine Veranstaltung haben, dann eine Pause, dann wieder

77 eine Veranstaltung, dann wieder eine Pause. So, wie der Patient das
78 verkraftet kann, ne. Dass das wirklich über den Tag, äh, abgesichert ist mit
79 verschiedenen Sachen. Vielleicht ein bisschen Gymnastik, bisschen Wandern,
80 bisschen Schwimmen, von allem so ein bisschen, ne. (05:02)

81

82 I: Welche welche Sportübungen würde Sie an sich bevorzugen? Was
83 glauben Sie? Sie haben ja jetzt erfahren, was es heißt, Chemo oder
84 Bestrahlung zu bekommen: der Körper ist ein bisschen reduziert, aber was
85 könnten Sie sich selber vorstellen, was würden Sie gerne machen wollen?

86

87 T1: Äh, also ich, äh, ich würde gerne Wandern. Das könnte man so in der
88 Gruppe machen, so gemütlich, so nach dem Walking- Stil so, ne, gemütlich,
89 äh, oder Radfahren oder, äh, Schwimmen. Wobei, beim Radfahren ist bei mir
90 im speziellen Fall, das nicht ginge, äh, weil ich das nicht mehr darf, dadurch,
91 dass die rechte Augenseite vom Tumor kaputt gemacht worden ist.
92 Aber da muss man bei jedem Patienten eben einzeln gucken, aber sonst
93 finde ich Radfahren eine schöne Sache. Das kann man ja auch auf einem
94 Ergometer machen, ne. (05:55)

95

96 I: Joa. Okay, ähm, gut- wir haben ja gerade über Sport geredet und hätten
97 Sie sich vorstellen können, an einer Ernährungsberatung teilzunehmen?

98

99 T1: Ähm, ich bin Diabetiker und ich hatte zig Ernährungsberatungen und habe
100 festgestellt, ähm gut, wenn man, ähm, man muss sich erst einmal drauf
101 einlassen. Aber inzwischen bin ich so geschult, dass ich eine
102 Ernährungsberatung selber halten könnte und bin zum Ergebnis gekommen,
103 das spielt sich im Kopf ab und wenn man das nicht will, äh, wenn man nicht
104 selber bereit, ist sich selber zu maßregeln, dass nicht selber aus eigenem
105 Antrieb schafft, hilft einem auch keine Ernährungsberatung. Es nützt einfach
106 nichts, man kann so, äh, Eckpfeiler, äh, festlegen, ne, aber das kann man auch,
107 ja, da macht man einmal ein Gespräch und dann ist gut. Dann weiß man
108 das im Grunde, ne. Äh, es gibt ja nur Kohlenhydrate, Fette und Eiweiße und
109 wenn mal einmal klärt, wie sich das aufteilt, ist das für Nicht- Diabetiker im
110 Prinzip gegessen, ne. Ich sage mal ein bisschen mehr Lernarbeit haben
111 Diabetiker, da die sich spritzen müssen oder so, ne, aber ansonsten denke ich, ist
112 das eine Sache, die muss jeder mit sich abmachen. Ich zum Beispiel bin
113 mein ganzes Leben übergewichtig und weiß ganz genau, was ich essen darf
114 und was nicht essen darf. Und das ist auch so, wenn ich mich daran halte ist
115 mein Zucker bombastisch und niedrig und lass ich mich hinreißen und greif
116 in meine Schublade, wo da paar Süßigkeiten drin liegen, dann hat sich das
117 erledigt, ne. Das ist eine reine Kopfsache und das muss man selber mit sich
118 selber ausmachen. Also bringt in meinen Augen nicht so viel, diese
119 Ernährungsberatung, ne. Das habe ich, wie gesagt, Diabetespraxis so oft
120 gehabt, ne. (07:45)

121

122 I: Man geht davon aus, wenn man Chemo oder Bestrahlung bekommt,
123 brauch man ganz viel Eiweiß, d.h. man ist viel Quark oder sonstiges essen.
124

125 T1: Ja gut, ich habe ja nichts dagegen, wenn man den, äh äh, das zum
126 Beispiel wusste ich wieder nicht. Wenn man den Patienten im Vorfeld einmal
127 sagt, äh, das und das kannst du essen und trinken, das tut gut, das kann
128 man ruhig machen, ne. Jetzt aber wie gesagt, hier nicht über zig Stunden
129 oder so. (08:18)

130

131 I: Eine Sitzung?

132

133 T1: Eine Sitzung, wo man das mal klärt und dann ist gut, ne. (08:23)

134

135 I: Und, ähm, genau. Der letzte Punkt wäre die psychische Betreuung. Hätten
136 Sie sich vorher so etwas gewünscht?

137

138 T1: (...) Weiß ich gar nicht. Ähm, ich habe hier, mmh, ich habe hier solche
139 Betreuer erlebt bei anderen Patienten. Und ich muss Ihnen ganz ehrlich
140 sagen, ich hätte das nicht haben wollen. Mich hat das mehr runtergezogen
141 beim Zuhören schon, äh, wie mir das geholfen hätte. Ähm, ich bin - ich bin
142 so ein Typ, äh, also ja im Grunde schaffe ich es noch, mich selber zu
143 motivieren und möchte mich mit Dingen motivieren, sagen wir mal die mir
144 guttun. Und da ein Psychologe mich, äh äh, der trifft mich völlig
145 unvorbereitet. Der kennt mich nicht und, äh äh ja, der geht vielleicht einen ganz
146 anderen Ansatz und einen ganz anderen Weg mit mir wie mir es persönlich
147 es guttun würde. Der macht das so, wie er das in der Schule gelernt hat und
148 ich sage, ich denke mir vielleicht oh Gott hör bloß auf zu reden, ne äh, du
149 bringst mich gleich zum Heulen, ne, mit dem was du mir da erzählst, ne. Nicht
150 jeder, also ich bin zum Beispiel der Typ, ich möchte nicht so ein so ein
151 Gefasel hören mit es wird schon wieder alle gut, so nach dem Heia Popeia
152 Prinzip. Das bringt mir überhaupt nichts. Ich bin jemand, ich wollte von
153 Anfang an Wissen, äh, wie bösartig ist mein Tumor, wie viel Lebenserwartung
154 habe ich, wie kann ich dagegen ankämpfen. Und, äh, ich zum Beispiel habe
155 mir was ganz Blödes einfallen lassen. Einer Bettnachbarin in Altona ist
156 aufgefallen, dass wenn ich jemand davon erzählt habe, ich habe auch allen
157 Leuten davon erzählt, weil ich der Meinung bin, dass es wichtig ist, dass die
158 Freunde und die Bekannten wissen, wie es um einen steht. So, und und der
159 ist aber aufgefallen beim Telefonieren, dass ich immer gesagt habe, ich habe
160 immer von meinem Tumor geredet. Und dann hat die zu mir gesagt, äh, sag
161 gib dem doch (lachen), gib dem doch einem Namen (lachen), dann kannst
162 du ihn einmal im Tag in den Hintern treten und seitdem heißt er Hugo
163 (lachen). Und wenn ich jetzt darüber rede, sage ich immer, ich habe einen
164 Deal mit Hugo und, äh äh, habe ihm gesagt er kann mich kriegen, aber erst,

165 wenn ich 81,2 bin. Und und ich sag mal, sich irgendwie mental aufzubauen
166 kann man glaube ich selber, äh, besser wie wie jemand Fremdes, weil man
167 selber weiß was einem guttut, ne. Man sucht sich ganz automatisch die
168 Freunde, mit denen man sich umgeben möchte. Das kommt ganz von
169 alleine, fand ich jedenfalls, ne. Also man tut automatisch, was einem guttut,
170 ne ja. (11:15)

171

172 I: Vielen Dank für das Gespräch und dass Sie sich Zeit genommen haben.
173 Möchten Sie abschließend noch was sagen?

174

175 T1: Ähm, man muss gucken für wen das ist. Wie gesagt, nicht alle können alle
176 Übungen machen oder wollen einen Psychologen. Das ist wirklich von dem
177 Einzelnen abhängig. (11:19)

Anhang 8: Interviewteilnehmer 2

Interview: Teilnehmer 2

Geschlecht: männlich

Diagnose: Pharynxkarzinom

Datum des Interviews: 03.05.2017

Dauer des Interviews: 09:06 Minuten

1 I: Gut, also vielen Dank, dass Sie mit mir das Interview führen. Und, ähm,
2 die erste Frage, die ich an Sie habe ist, ähm, was hätten Sie sich vor ihrer
3 Chemotherapie oder Bestrahlung gewünscht? So ganz allgemein gefragt.

4

5 T2: Also mehr Information eigentlich über den Ablauf der der Therapie an
6 sich, genauere Informationen. Und, äh, wenn halt da Vorkehrungen
7 vorgenommen werden müssen, dann hätte ich auch gerne das gewusst.
8 Was hätte ich machen können, um die Therapie oder die Chancen der
9 Therapie besser funktioniert, äh, gemacht. (00:39)

10

11 I: Welche Informationen haben Sie denn erhalten?

12

13 T2: Ähm, (...) wie lange die Therapie andauern wird, was für eine Therapie
14 das ist halt - eine Radiochemotherapie. Ähm, nur halt während der Therapie
15 an sich werden erst andere Details bekannt, die man Anfang noch nicht
16 wusste. (01:02)

17

18 I: Okay. Und, ähm, ich habe Ihnen ja vorhin von der Prähabilitation erzählt. Hätten
19 Sie sich vorstellen können vor der Chemotherapie oder Bestrahlung an so
20 einer Sporttherapie oder, äh, Ernährungsberatung oder äh psychologische
21 Betreuung teilzunehmen. Wenn ja oder nein, begründen Sie dieses bitte.

22

23 T2: Auf jeden Fall würde ich psychologische Betreuung nicht unbedingt
24 machen wollen, ähm, Sport mach ich selber gerne. Ähm, das hätte ich sehr
25 gerne gemacht und eine Ernährungstherapie auch. Ernährungstherapie, weil
26 halt während der Therapie, die mache man auf jeden Fall an Gewicht
27 abnimmt. Ich habe dann halt selber mit mehr Nahrung, Nüssen usw., äh,
28 ungefähr zwei Kilo zugenommen, damit ich halt nicht so viel abnehme.
29 Würde mir gerne, ich hätte mir gerne gewünscht, dass die Ärzte mir sagen
30 paar Wochen vorher, äh, das und das müssen sie essen, damit die halt die
31 Therapie besser verkraften können. Ähm, Sport wie gesagt, mache ich
32 persönlich privat und das würde ich auch gerne machen. (02:13)

33

34 I: Und wie sollte so so ein Sportprogramm für Sie aussehen. Wie würden Sie
35 sich das wünschen?

36

37 T2: Ähm, also Cardio- und, äh, Muskelaufbautherapie hätte ich gerne
38 mitgemacht. Und, ähm, natürlich darf das Ding ja halt nicht, äh, acht Stunden am
39 Tag andauern, sondern halt, ich weiß nicht, eine Stunde oder anderthalb
40 nach der Arbeit. Das wäre halt wunderbar. Ne, also wie gesagt ich bin
41 Mitglied in einem Fitnessclub und da mache ich auch halt gerne solche
42 Sachen selber. Und wenn das halt ärztlich betreut wäre, gezielt auf die
43 Therapie, die machen muss, äh, wäre das toll gewesen. (03:01)

44

45 I: Würden Sie das im Krankenhaus oder zu Hause oder in einer anderen
46 Praxis machen wollen? Lieber in einer Gruppe oder alleine?

47

48 T2: Ähm, zu Hause eher nicht. Ähm, so in einem Krankenhaus. Hier auch
49 zum Beispiel in St. Georg gibt es auch halt, ne so so (...) einem Fitness Club in
50 dem Sinne, aber halt ein Bereich wo ja Bewegungstherapie stattfinden kann und
51 sind auch Geräte, da hätte man dahin können. Ähm, mir ist es
52 recht, wenn es in einer Gruppe oder halt, äh, einzeln gemacht wird. Es ist
53 später halt die Kostenfrage, da bin ich eigentlich offen. (03:47)

54

55 I: Offen?

56

57 T2: Offen!

58

59 I: Und Sie haben ja jetzt schon gesagt, dass das anderthalb Stunden gehen
60 sollte, wie häufig ungefähr in der Woche?

61

62 T2: Mindestens dreimal. Also ich wäre auch, äh, ich wäre bereit dann halt weiß ich
63 nicht, dass fünfmal die Woche zu machen, äh, aber wie gesagt, mindestens
64 dreimal. (04:07)

65

66 I: Und Sie würden dafür immer ins Krankenhaus fahren?

67

68 T2: Ja, das würde ich machen. (04:11)

69

70 I: Okay. Und wie lange sollte insgesamt sollte diese Therapie/
71 Sportprogramm für Sie dauern, vor der Therapie?

72

73 T2: Äh, ich weiß nicht. Also das müssen natürlich die Ärzte sagen halt, was
74 man sich dabei erhofft. Keine Ahnung, ein Aufbau von Muskeln halt, halt Cardio,
75 Tempo dementsprechend kann man sich die Zeit – die Länge sozusagen
76 halt errechnen. Also, äh, ich weiß es nicht, zwei bis vier Wochen wäre halt
77 meine grobe Vorstellung. (04:46)

78

79 I: Okay. Ähm, bei der Ernährungsberatung, wie sollte die aufgebaut sein?

80 Sie haben ja schon gesagt, dass Sie gerne mehr zu Ernährung gehört

81 hätten. Wie sollte das aufgebaut sein?

82

83 T2: Gut, äh, ich bin halt kein Ernährungsexperte, da muss man halt so ein

84 Gespräch mit einem Experten durchführen, äh, der mir halt sagen soll, was

85 ich essen soll, worauf ich verzichten soll. Mir wurde gesagt zum Beispiel,

86 dass man auf Zucker verzichten soll, weil sich die Krebszelle davon gerne

87 ernährt. Das hat mir zum Beispiel kein Arzt direkt gesagt. So, das wäre schon

88 einmal halt eine wichtige Information, die ich während vielleicht einer

89 Ernährungstherapie gerne mitgeteilt bekommen hätte. Ähm, wie gesagt d.h. was

90 soll ich essen, wie häufig und, äh, um während der Therapie eventuell gegen

91 gewisse Nebenwirkungen noch, äh, vorbereitet zu sein. (05:51)

92

93 I: Wie viele Sitzungen wären angebracht gewesen?

94

95 T2: Also, wenn Ernährungstherapie vielleicht zwei, wo man halt in der einen

96 Therapie alles bespricht – allgemein und das halt erst einmal für eine Woche

97 durchzieht und dann halt so ein Abschlussgespräch, um herauszufinden, äh,

98 mach ich das alles richtig, verkrachte ich alles das so usw., fände ich wichtig.

99 Ähm, also hier finde ich halt alleine, weil das wahrscheinlich

100 für jede Krebserkrankung spezifische Ernährungstherapie geben müsste,

101 also alleine ist besser. (06:39)

102

103 I: Und, ähm, wie sollte nach Ihrer Meinung so eine psychologische Betreuung

104 aufgebaut sein?

105

106 T2: (...) Dazu kann ich nicht viel sagen. Äh, also ich bin psychisch ziemlich

107 stark. Ich bin halt ein positiver Mensch. Das macht mir halt auch nichts aus.

108 Ähm, (...) weiß ich nicht (...). Kann ich leider nicht viel zu sagen. (07:07)

109

110 I: Aber wenn Sie sich mal da rein versetzten würden, ja? Wie würden Sie

111 sich das vorstellen?

112

113 T2: Ähm, also eine Psychotherapie muss natürlich der Einzelfall gemacht

114 werden in Einzelsitzungen. Und, ähm, natürlich ist - musst die nicht eigentlich nur

115 vor der Therapie stattfinden, sondern auch während Therapie. Äh, weil man fühlt

116 sich auch während Therapie (...) schlechter, ähm, davor man akzeptiert die Sache

117 noch nicht, dass man so schwer erkrankt ist und, ähm, das kann man

118 eventuell eben noch schnell verkräften und halt akzeptieren. Aber dann

119 dauert die Therapie halt mehrere Wochen und da kommen dann wieder

120 Zweifel, ne. Äh, und das würde dann halt ein Therapeut mit einem

121 besprechen, um Einen zu stärken und halt Einen positiv abzustimmen. So

122 stelle ich mir das vor und das könnten halt mehrere Sitzungen
123 vielleicht also einmal die Woche irgendwie, weiß ich nicht, fünf Wochen lang
124 oder so. Das, was der Einzelfall eben braucht. (08:19)
125
126 I: Und was würden Sie abschließend noch sagen zur Prähabilitation?
127
128 T2: Das ist eine gute Sache. Man muss nur einfach den zeitlichen Rahmen
129 auch, ähm, festhalten und daran denken für mich, äh, als Arbeitnehmer, äh,
130 hätte ich ein bisschen Schwierigkeiten halt die Zeit dafür zu finden, wobei für
131 den Sport für diese anderthalb Stunden hätte ich da pro Tag mir nehmen
132 können. Finanziell kann das auch schwierig werden, weil ich kann nicht so
133 lange krankgeschrieben sein und halt so lange weg sein von der Arbeit.
134 Ähm, aber sonst finde ich das eine gute Idee, um halt besser vorbereitet zu
135 sein, äh, auf die Therapie. (09:02)
136
137 I: Gut. Vielen Dank für das Gespräch.
138
139 T2: Gerne. (09:06)

Anhang 9: Interviewteilnehmer 3

Interview: Teilnehmer 3

Geschlecht: männlich

Diagnose: Bronchialkarzinom

Datum des Interviews: 23.05.2017

Dauer des Interviews: 08:32 Minuten

- 1 I: Vielen Dank, dass Sie, äh, an dieser Studie teilnehmen und die Eingangsfrage
2 ist, äh, was hätten Sie sich vor ihrer Chemotherapie oder Bestrahlung
3 gewünscht?
4
- 5 T3: Joa, was hätte ich mir da gewünscht (...). Schwer zu sagen, ne (husten).
6 Also Sie meinen jetzt wahrscheinlich nach der Diagnose, die ich bekommen
7 habe? (00:22)
8
- 9 I: Genau.
10
- 11 T3: Muss ich ehrlich sagen, habe ich keine Ahnung (...). (00:27)
12
- 13 I: Sind Sie aufgeklärt worden, ausreichend?
14
- 15 T3: Ich denke schon. Ne, war gut (husten). (00:34)
16
- 17 I: Ihnen hat jetzt nichts gefehlt?
18
- 19 T3: Ne, kann ich jetzt nicht sagen. Also ich fühlte mich auch nach der ersten
20 Chemo noch ganz fit, ne. Und ganz normal konnte ich
21 in die Stadt gehen alles, wir konnten Essen gehen, ich konnte ordentlich
22 essen, ne also. Mir hat nichts gefehlt. Aber ab der zweiten Chemo, da ging
23 es mit mir eben bergab, ne. Dass eben die Kräfte auf einmal ordentlich nachließen,
24 ne. Und der Appetit und das Ganze alles wegblieb (...). Naja. (01:15)
25
- 26 I: Wenn (...) wie hätten Sie sich, ähm, vorgestellt oder ne, also hätten Sie
27 sich vorstellen können vor der Chemotherapie oder Bestrahlung an so
28 einem Sportprogramm, Ernährungsberatung oder psychologische Betreuung
29 teilzunehmen? Wenn ja oder nein - warum?
30
- 31 T3: Joa, so an einem Sportprogramm hätte ich dann schon Interesse gehabt
32 ne, um eben die Fitness ein bisschen aufrechtzuerhalten, ne. Ich bin ja

33 vorher sehr viel immer Fahrrad gefahren, ne, was ich erledigen konnte mit
34 dem Rad, habe ich mit dem Rad gemacht. Ich habe zwischendurch
35 Radtouren gemacht. Ne, das war mir für mich immer sehr wichtig. Ich bin
36 auch immer sehr viel zu Fuß gelaufen, da wir auch einen Hund haben und
37 der braucht ja Bewegung. Ne, und das war nachher alles natürlich nicht
38 mehr drin. Ne, also mir wurde auch gesagt dann ne, dass ich bloß nicht jetzt
39 mit dem Fahrrad am Verkehr teilnehmen soll, ne. Das vermisse ich natürlich
40 ganz schön (husten). (02:29)

41

42 I: Joa. Hätten Sie sich auch vorstellen können an einer Ernährungsberatung
43 oder psychologische Betreuung teilnehmen zu können, vorher?

44

45 T3: Psychologische Betreuung glaube ich, brauche ich gar nicht bei der family,
46 die ich habe. Ne, die mich wirklich unterstützen und die machen sich glaube
47 ich mehr Sorgen als ich (lachen) (husten). Ne, joa, Ernährungsprogramm
48 (husten) weiß ich nicht so, was mir das bringen soll. Ich habe schon
49 abgenommen. (03:09)

50

51 I: Okay. Gut, wie hätten Sie sich denn so ein Sportprogramm vorgestellt?
52 Wie hätte das aufgebaut sein sollen?

53

54 T3: Naja, zum Beispiel so eine kleine Radfahrergruppe, ich sag mal so, fünf,
55 sechs Leute nicht so groß, dass man sich so eine kleine Tour auserarbeitet.
56 Ne, und dann so wie nach Kondition so 40 50 Kilometer fährt, ne.
57 Zwischendurch wahrscheinlich mit Pausen, kommt darauf an, wie die
58 Anderen sind. Ne, also ich bin zum Beispiel pro Tag teilweise bis 120
59 Kilometer mit dem Rad gefahren. (03:52)

60

61 I: Oh okay.

62

63 T3: Und das mit Gepäck und Zelt mit Pütt und Pan (lachen). Wir haben
64 regelrecht (husten) Radreisen gemacht. Ne, aber wie gesagt mit so einer
65 kleinen Radgruppe macht das natürlich auch Spaß, ne (...). (04:08)

66

67 I: Und noch eine andere Sportart?

68

69 T3: Joa, sonst bin ich gar nicht der große Sportler (husten). Eventuell noch
70 Nordic Walking, könnte ich mir vielleicht noch vorstellen. Hauptsache,
71 draußen in der Natur und sich bewegen. (04:24)

72

73 I: Und frische Luft haben und bewegen.

74

75 T3: Frische Luft haben! Ich bin nicht so der Hallensportler und so, der bin ich
76 nicht (husten). (04:33)

77
78 I: Okay, und das wiederum in einer Gruppe oder lieber alleine?
79
80 T3: Nö, das würde ich auch schon in einer Gruppe sagen, ne (...). Oder
81 eben auch, äh, schwimmen, ne. Ich bin früher auch ganz viel
82 geschwommen, jahrelang auch in der DLRG, joa (...). (04:57)
83
84 I: Und wie häufig sollten die Sportarten sein?
85
86 T3: Boah, ich würde sagen, dass sollte man nicht übertreiben. Einmal die
87 Woche, ne (husten). (05:05)
88
89 I: Und insgesamt sollte so ein Programm wie lange gehen Ihrer
90 Meinung nach?
91
92 T3: Joa, bis wie soll man sagen, bis man sich richtig fit fühlt, ne. Acht
93 Wochen bestimmt. (05:22)
94
95 I: Und, ähm (...), wie sollte nach Ihrer Meinung so eine Ernährungsberatung
96 aufgebaut sein?
97
98 T3: Puh, davon habe ich ja so gar keine Ahnung, da fragen Sie mich zu viel.
99 Da weiß ich wirklich nicht, was ich dazu sagen soll (lachen).
100 (05:43)
101
102 I: Sollte das zum Beispiel in einer Gruppe sein oder alleine?
103
104 T3: Ne, wenn, denke ich schon eher in einer Gruppe, ne, weil alleine hat man
105 wahrscheinlich kein Bock dazu (lachen). (05:54)
106
107 I: Können Sie sich denn darunter vorstellen, was eine Ernährungsberatung
108 ist?
109
110 T3: Joa, ich denke einmal, dass die einem sagen, dass ich gesund ernährt,
111 ne was man lieber lässt und was gut für einen ist. (06:11)
112
113 I: Genau. Vor, während der Chemotherapie nach der Chemotherapie
114 Bestrahlung. Okay, ähm, also für Sie wäre das Angebot nichts?
115
116 T3: Ne (husten).
117
118 I: Und die letzte Frage ist, wie hätten Sie sich psychologische Betreuung
119 vorgestellt. Also Sie haben ja eben schon gesagt, dass sie die
120 wahrscheinlich gar nicht in Anspruch nehmen würden, weil Sie so einen

121 guten Rückhalt von der Familie haben, aber glauben Sie, ähm, dass es in
122 einer Gruppe angenehmer wäre oder wenn man es lieber alleine macht?
123
124 T3: Ich weiß nicht, ob es in einer Gruppe unbedingt angenehmer ist, ne.
125 Wenn man von den anderen Schicksalen weiß, also ich, äh, selbst wie
126 gesagt (husten) mach mir so keine großen, in Anführungszeichen,
127 Gedanken, aber ich bin sehr mitfühlend wenn andere leiden und das wäre
128 für mich somit noch härter, ne (lachen), wenn ich die anderen Schicksale dann so
129 mitkriege. Das wäre nicht einfach für mich. (07:23)
130
131 I: Wie häufig sollte denn so etwas gemacht werden?
132
133 T3: Ich würde sagen einmal pro Woche, ne. (07:31)
134
135 I: Einmal pro Woche, okay. Aber finden Sie das Programm sinnvoll?
136
137 T3: Äh, für bestimmte Leute (husten) mit Sicherheit, ne. Oder für einen großen
138 Teil vielleicht. Ne, wie gesagt für mich sehe ich das weniger. (07:51)
139
140 I: Und könnten Sie sich vorstellen an so einem Programm teilzunehmen,
141 also mit Sport und Ernährungsberatung und psychologischer Beratung also,
142 wenn es dieses Programm geben würde?
143
144 T3: Ich glaub das schwer (...). (08:06)
145
146 I: Was würde Sie davon abhalten?
147
148 T3: (Husten) Joa, wie gesagt, dieses (...) (räuspern) ganze Gruppen, wie heißt das,
149 ne, keinen Gruppenzwang, aber das jeder mit seinen Problemen die Anderen
150 mitbelastet und was weiß ich nicht alles. Das wäre nichts für mich. (08:29)
151
152 I: Okay. Das war es. Danke für das Gespräch.

Anhang 10: Interviewteilnehmer 4

Interview: Teilnehmer 4

Geschlecht: weiblich

Diagnose: Rektumkarzinom

Datum des Interviews: 30.05.2017

Dauer des Interviews: 07:19 Minuten

- 1 I: Ja, vielen Dank, dass Sie an dieser Studie teilnehmen. Ähm, die
2 Eingangsfrage ist, was hätten Sie sich vor ihrer Chemotherapie oder
3 Bestrahlung gewünscht. (...) Gibt es da Etwas?
4
5 T4: (...) Joa, ich bin auf den Arzt zugegangen und habe ihn gefragt, ob man
6 in Richtung Sport, Vitalität und Fitness etwas tun könnte. Meine Idee war
7 schon, mich selbst ein bisschen in Richtung Sport kräftemäßig aufzubauen
8 zu zu stärken, das ist das Wort, stärken. Und da hat er Arzt ja gesagt: „*Ne,*
9 *lassen Sie mal sein, machen Sie alles das was sie vorher gemacht haben.*
10 *Dabeibleiben Sie mal! Wenn Sie dann die ganzen Therapien hinter sich*
11 *haben, können Sie vielleicht mal gucken, ob Sie sich dahinterher dann*
12 *sportlich mehr, äh, aktivieren, mehr Unternehmen im Bereich Sport, so“.* Hätte
13 ich mir gewünscht doch schon vorher“. (01:02)
14
15 I: Was haben Sie denn vorher für Sport gemacht?
16
17 T4: Ich laufe viel. Also laufen nicht in dem Sinne mit Jogging, sondern, ähm,
18 auch nicht Wandern, ganz normal spazieren gehen – sehr viel. (01:14)
19
20 I: Okay.
21
22 T4: Ohne Stöcker, ohne alles. Also einfach wie man zieht Schuhe – ich
23 ziehe meine Schuhe an, gehe in die Natur, an die frische Luft und, äh,
24 bewege mich mit meinen Beinen. (01:26)
25
26 I: Hätten Sie sich vorstellen können, vor der Chemotherapie oder
27 Bestrahlung an so so einem Programm wie Sport, ähm, Sportprogramm,
28 Ernährungsberatung oder psychologische Betreuung teilnehmen zu
29 können? Wenn ja oder nein, begründen Sie das.
30
31 T4: Ja, ja! Ich habe auch, äh, Sport hatten wir ja das Thema. Ich habe die
32 Frage an den Arzt gestellt. Ernährung hatte ich mich auch erkundigt bei
33 meiner Krankenkasse, ob es da so Kurse gibt. Nun ist die Zeit knapp

34 gewesen. Ähm, (...) da konnte ich einfach nicht. Äh es gab Kursangebote,
35 aber die wahrzunehmen war einfach nicht mehr möglich. Hätte ich aber
36 auch gerne gemacht, ja. (02:05)

37

38 I: Und so eine psychische Betreuung hätten Sie daran auch teil-?

39

40 T4: Habe ich bekommen.

41

42 I: Haben Sie bekommen?

43

44 T4: Ich habe darauf, äh, ich bin, äh, (...) nach der, äh, Feststellung der
45 Krankheit, äh, Darmkrebs hat, äh, (...) hieß es, Sie müssen zur Bestrahlung
46 und das hat mir emotional plötzlich eine wahnsinnige Panik gemacht. Ich
47 war dann auf der Bestrahlungsbank. Ich habe es einmal mit einer
48 Beruhigungstablette geschafft, das zweite Mal ohne Beruhigungstablette
49 nicht. Ich bin aufgestanden und weggelaufen oder dritte Mal, weiß ich nicht.

50 Und da hat der Arzt gesagt: „*Ich kann ihnen nicht jedes Mal diese Tablette geben*
51 *zur Beruhigung, davon werden sie abhängig*“. So, ich habe es aber nicht
52 geschafft, dann bin ich wieder hin, bin wieder heulend weggelaufen. Und

53 dann habe ich alle Hebel in Bewegung gesetzt und habe gesagt, so geht es
54 nicht. Gibt es eine andere Therapie oder was kann ich jetzt tun, ich kann das
55 nicht ohne die Beruhigungstablette. Ja, dann bin ich zum Neurologen

56 überwiesen worden und hab mir auch selber einen Psychologen gesucht.

57 So, joa. (03:18)

58

59 I: Das hat Ihnen auch persönlich geholfen?

60

61 T4: Dann durfte ich doch mit einem Mal die Beruhigungstabletten
62 nehmen. Und dann hat der Arzt zu mir, äh, süffisant gesagt: „*Fragen Sie den*
63 *Arzt mal, wie Sie davon wieder unabhängig werden mit seiner Begleitung*“.

64 Jedenfalls habe ich von dem Neurologen die Tabletten gekriegt und von
65 dem Internisten auch sofort. Und ich war zweimal zum Psychologen Dr.
66 ,naja ähm, das war auch sehr, sehr nett. Es ging mir aber nicht um eine
67 Therapie der Panik, es ging mir auch nicht um die Therapie des Krebses
68 oder der Krebskrankheit. Es ging mir mal wieder um die Therapie für mein
69 Leben und meiner eigenen Biografie. Also nicht speziell, weil ich jetzt
70 plötzlich krank bin. Es ist auch nichts Neues in Richtung Angst und Panik.

71 Jap, aber in dem - dieser Anlass der ebenen Krankheit, hat mich dazu
72 geführt, doch nochmal wieder einen Psychologen aufzusuchen nach 20
73 Jahren mal wieder, ja. (04:25)

74

75 I: Ähm

76

77 T4: Das habe ich mir gewünscht und das habe ich ja dann auch bekommen

78 und das ist gut gewesen. (04:30)

79

80 I: Das ist schön.

81

82 T4: Ja. (04:32)

83

84 I: Wie sollte nach ihrer Meinung so ein Sportprogramm aufgebaut sein?

85

86 T4: Also mein eigener Wunsch wäre dabei (...). (04:46)

Das Gespräch wurde unterbrochen, weil die Ärztin Blut abnehmen wollte. Nach 20 Minuten wurde das Gespräch fortgeführt, obwohl dem Befragten deutlich anzusehen war, dass er Schmerzen hatte. Der Befragte bestand darauf, weiter zu machen.

87 I: Wie sollte nach Ihrer Meinung so ein Sportprogramm aufgebaut sein?

88

89 T4: Also, da kann ich ja nur von mir sprechen, mein Wunsch wäre gewesen, so

90 eine Kombination zwischen schwimmen, Bewegung möglichst aller

91 Gliedmaßen leicht im Wasser mit anschließender oder vorweg Krafttraining

92 nochmal gezielte Muskelaufbau- Strategie. (05:14)

93

94 I: Und wo sollte das nach Ihrer Meinung stattfinden?

95

96 T4: Ist egal. Da wo ein Schwimmbecken ist. Sie fragen mich aber auch

97 (lachen). Da wo es Wasser gibt. Und (05:53)

98

99 I: Und sollte so etwas zu Hause gemacht werden? Und äh,

100

101 T4: Achso, ambulant? Ambulant! (05:59)

102

103 I: Oder stationär?

104

105 T4: Mhhh, gerne ambulant. (06:14)

106

107 I: Lieber alleine oder in einer Gruppe?

108

109 T4: Ja! Lieber alleine. (06:19)

110

111 I: Und wie häufig sollte so etwas gemacht werden?

112

113 T4: Dreimal! (06:25)

114

115 I: Dreimal.

116
117 T4: Mindestens. (06:27)
118
119 Und wie lange sollte insgesamt dieses ganze Programm gehen?
120
121 T4: Stunde pro Tag. (06:31)
122
123 I: Gut, und wenn man das auf Wochen rechnet, wie lange sollte dann
124 gehen?
125
126 T4: (...) Naja, zwei bis drei Wochen müsste das schon sein. (06:41)
127
128 I: Bevor man mit der Chemotherapie oder Bestrahlung beginnt?
129
130 T4: Joa. (06:43)
131
132 I: Okay. Wie sollte nach Ihrer Meinung eine Ernährungsberatung aufgebaut
133 sein?
134
135 T4: (...) Gezielt auf die, äh, auf den entsprechenden Krebs. Also bei mir
136 wäre jetzt Darmkrebs. Die Information, was würde gut sein für den Darm
137 oder was würde unterstützend sein für den Darm, äh, der jetzt eh
138 angeschlagen ist durch (...) durch die falschen Zellen. Gezielt! Äh, wer
139 Magenkrebs hat, was soll er essen, wer Darmkrebs hat, was schont den
140 Darm. Joa. (07:19)
141
142 I: Sollte das stationär stattfinden?

Das Gespräch wurde hier abgebroch, da deutlich der Teilnehmerin anzusehen war, dass die Schmerzen schlimmer wurden

Anhang 11: Kategorien, Ankerbeispiele und Kodierregeln

	Kategorienbezeichnung	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
OK ⁷ 1	Standardbetreuung	Standardbetreuung bedeutet, dass die Patienten aufgeklärt werden über ihre Erkrankung, die Therapie, Erfolgchancen.	Also, ähm, ich hatte ein Einführungsgespräch über meinen Krebs, was für eine Art von Krebs ich habe. Habe die Ärztin auch um um Aufklärung gebeten wie schwer das und und und mit Lebenserwartung und, äh, das hat sie auch gemacht, aber was so hier so, ähm, im Laufe der Behandlung auf mich zu kommt, da war ich völlig unvorbereitet. (T1: Z.9-14)	
			Ähm, (...) wie lange die Therapie andauern wird, was für eine Therapie, das ist halt, eine Radiochemotherapie. Ähm, nur halt während der Therapie an sich werden erst andere Details bekannt, die man Anfang noch nicht wusste. (T2: Z.13-16)	
OK 2	Individuelle Betreuung	Individuelle Betreuung meint hier, dass über die Standardbetreuung hinaus individueller Maßnahmen erläutert, geplant und durchgeführt werden.	Also mehr Information eigentlich über den Ablauf der der Therapie an sich, genauere Informationen. Und, äh, wenn halt da Vorkehrungen vorgenommen werden müssen, dann hätte ich auch gerne das gewusst. Was hätte ich machen können, um die Therapie oder die Chancen der Therapie besser funktioniert. (T2: Z.5-9)	Umfasst zusätzlich Angebote und Maßnahmen wie zum Beispiel was getan werden kann bei Übelkeit & Erbrechen, Ernährung oder Depressionen.
OK 3	Sprachlosigkeit	Wenn nicht gewusst wird wie auf eine	Wenn sie eine Diagnose Krebs bekommen sind geplättet. Sie haben gar keine Fragen. (T1: Z.19-20)	

⁷ OK: Oberkategorie.

		Situation reagiert werden soll.		
OK 4	Prähabilitation	Es bedeutet, dass vor eine Zytostatika oder Radiotherapie Sport, Ernährung und psychologische Betreuung durchgeführt wird	Ja (T1: Z.26)	Es geht um die Frage, ob sich eine Prähabilitation gewünscht wird. Es können auf alle drei Therapien bezogen sein oder nur auf eine Therapie.
			Auf jeden Fall würde ich psychologische Betreuung nicht unbedingt machen wollen, ähm, Sport mach ich selber gerne. Ähm, das hätte ich sehr gerne gemacht und eine Ernährungstherapie auch. (T2: Z.23-25) Ähm, aber sonst finde ich das eine gute Idee, um halt besser vorbereitet zu sein, äh, auf die Therapie. (T2: Z.134-135)	
			Ich glaub das schwer. (T3: Z.144) Joa wie gesagt (...) (räuspern) ganze Gruppen, wie heißt das, ne, kein Gruppenzwang, aber das jeder mit seinen Problemen die anderen mitbelastet und was weiß ich nicht alles. Das wäre nichts für mich. (T3: Z.148-150)	
			Ja, ja! (T4: Z.31)	

UK⁸ 4.1	Individualisierung	Es muss immer der Einzelfall betrachtet werden.	Ähm, aber man muss gucken für wen das ist. Wie gesagt nicht alle können alle Übungen machen oder wollen einen Psychologen. Das ist wirklich von dem einzelnen abhängig. (T1: Z.175-177)	Eine Prähabilitation muss spezifisch und individuell für jeden sein.
UK 4.2	Eigene Strategien	Sind geplante Maßnahmen, um ein gewisses Ziel zu erreichen.	Das habe ich selber gemerkt, ich bin draußen spazieren gegangen, es ging mir gut. (T1: Z.29-30) Und ich habe dann auch solche einfachen Sachen gemacht die man zu Hause trainieren kann alleine, Treppensteigen und so, äh, die auch so ihre Wirkung haben. Und und hab das ganz für mich gemacht. (T1: Z34-36)	Es werden eigene Strategien entwickelt, um den körperlichen Abbau entgegen zu wirken.
			Meine Idee war schon mich selbst ein bisschen in Richtung Sport kräftemäßig aufzubauen zu zu stärken, das ist das Wort, stärken. (T4: Z.6-8)	
UK 4.3	Finanzierung	Wie kann zukünftig die Prähabilitation finanziert werden.	Es ist später halt die Kostenfrage. (T2: Z. 52-53)	
UK 4.4	Finanzieller Druck	Es kann zu finanziellen Einbußen kommen.	Finanziell kann das auch schwierig werden, weil ich kann nicht so lange krankgeschrieben sein und halt so lange weg sein von der Arbeit. (T2: Z. 132- 133)	
OK 5	Sport	Körperliche Bewegung in jeglicher Art.	Äh, es gab ja kein Sportprogramm, aber ich würde mich freuen, wenn es eins gäbe. (T1: Z.37-38)	Zustimmung oder Ablehnung bezüglich eines Sportprogrammes.

⁸ UK: Unterkategorie.

			Ähm, Sport mach ich selber gerne. Ähm, das hätte ich sehr gerne gemacht. (T2: Z. 24-25)	
			Joa, so an einem Sportprogramm hätte ich dann schon Interesse gehabt, ne, um eben die Fitness ein bisschen aufrecht zu erhalten, ne. (T3: Z.31-32)	
			Hätte ich mir gewünscht doch schon vorher. (T4: Z. 12-13)	
UK 5.1	Wohlbefinden	Ein Gefühl von Gelassenheit und Zufriedenheit.	An der frischen Luft ging es mir gut. (T1: Z.30)	Welche Maßnahmen gibt es um selber Wohlbefinden herzustellen.
			Hauptsache, draußen in der Natur und sich bewegen. (T3: Z.70-71) FrISCHE Luft haben. (T3: Z.75)	
			Joa, ich bin auf den Arzt zugegangen und habe ihn gefragt, ob man in Richtung Sport, Vitalität und Fitness etwas tun könnte. (T4: Z. 5-6) Ich ziehe meine Schuhe an, gehe in die Natur an die frISCHE Luft und, äh, bewege mich mit meinen Beinen. (T4: Z.21-23)	
UK 5.2	Individualisierung	Es muss immer der Einzelfall betrachtet werden.	Ich selber würde es einzeln eigentlich auch besser finden, weil dann kann besser, äh, auf die Schwierigkeiten, die jeder Patient so hat, eingehen. Ich zum Beispiel, äh, ich kann gut laufen, das können aber nicht alle Patienten, nicht?! Ich denke, es ist bestimmt schwierig,	Ein Sportprogramm muss spezifisch und individuell für jeden Patienten sein.

			<p>äh, Patienten mit Unterschiedlichen Gebrechen- sagen wir mal so- neben dem Krebs, äh, so zusammenzuführen. (T1: Z.46-51)</p> <p>Dann sollte das man sich den Patienten auch angucken. Wie gesagt, deshalb, auch einzeln, wie alt ist der, wie fit ist der und dann sollte man ihn auch so fordern so wie man das kann und zwar den ganzen Tag über, ne. (T1: Z. 65- 68)</p>	
			<p>Und wenn das halt ärztlich betreut wäre, gezielt auf die Therapie die machen muss. (T2: Z.42-43)</p>	
UK 5.3	Setting	Der Ort, wo ein Programm durchgeführt werden soll.	<p>Ähm, ich würde es lieber im Krankenhaus machen wollen, weil ich glaub im Krankenhaus ist es intensiver. (T1: Z.60-61)</p>	Der Wunsch an welchem Ort das Sportprogramm durchgeführt werden soll.
			<p>Ähm, zu Hause eher nicht. Ähm, so in einem Krankenhaus. (T2: Z.48)</p>	
			<p>Ambulant (T4: Z.101)</p>	
UK 5.4	Sportarten		<p>Vielleicht ein bisschen Gymnastik, bisschen Wandern, bisschen Schwimmen, von allem so ein bisschen, ne. (T1: Z.79-80)</p> <p>Äh, also ich äh ich würde gerne Wandern. Das könnte man so in der Gruppe machen so gemütlich, so nach dem Walking Stil so, ne, gemütlich, äh, oder Radfahren oder äh Schwimmen. (T1: Z. 87-89)</p>	Aufzählung unterschiedlicher Sportarten.

			Ergometer (T1: Z.94)	
			Kardio- und äh Muskelaufbautherapie (T2: Z.37)	
			Kleine Radfahrergruppe (T3: Z.54) Nordic Walking (T3: Z.70) Schwimmen (T3: Z.81)	
			Eine Kombination zwischen schwimmen, Bewegung möglichst aller Gliedmaßen leicht im Wasser mit anschließender oder vorweg Krafttraining nochmal gezielte Muskelaufbau Strategie (T4: Z.90-92)	
UK 5.5	Einzel oder Gruppentraining		Mmhh, weiß ich nicht, ähm, ich würde das einzeln besser finden. (T1: Z.43) Das könnte man so in der Gruppe machen so gemütlich (T1: Z. 87-88)	Zustimmung oder Ablehnung eines Einzel- oder Gruppentrainings.
			Ähm, mir ist es eigentlich recht, wenn es in einer Gruppe oder halt, äh, einzeln gemacht wird. (T2: Z.51-52)	
			Nö, das würde ich auch schon in einer Gruppe sagen, ne. (T3: Z.80)	
			Lieber alleine. (T4: Z.109)	
UK 5.6	Stunden am Tag	Stundenzahl am Tag.	Eine Stunde oder anderthalb nach der Arbeit. (T2: Z. 39-40)	Angaben wie viele Stunden am Tag trainiert werden soll
			Stunde pro Tag. (T4: Z.121)	

UK 5.7	Häufigkeit in der Woche		Mindestens dreimal. (T2: Z.62)	Angaben wie häufig in der Woche trainiert werden soll.
			Einmal pro Woche. (T3: Z.133)	
			Dreimal. (T4: Z.113)	
UK 5.8	Dauer der Therapie		Zwei bis vier Wochen wäre halt meine, grobe Vorstellung. (T2: Z.76-77)	Angaben wie lange das Sportprogramm gehen soll.
			Acht Wochen. (T3: Z.92-93)	
			Zwei bis drei Wochen. (T4: Z.126)	
UK 5.9	Verbote	Gewisse Dinge zu unterlassen.	Ne, also mir wurde auch gesagt dann ne, dass ich bloß nicht jetzt mit dem Fahrrad am Verkehr teilnehmen soll, ne. (T3: Z.38-39)	Ärztlich ausgesprochene Verbote.
			Und da hat er Arzt ja gesagt: „ <i>Ne lassen Sie mal sein, machen Sie alles das was sie vorher gemacht haben. Dabei bleiben Sie mal!</i> “ (T4: Z.8-10)	
OK 6	Ernährung	Ernährung ist die Zufuhr von Nährstoffen, Vitamine und Mineralien.	Ähm, ich bin Diabetiker und ich hatte zig Ernährungsberatungen und habe festgestellt, ähm, gut, wenn man ähm man muss sich erst einmal drauf einlassen. Aber inzwischen bin ich so geschult, dass ich eine Ernährungsberatung selber halten könnte. (T1: Z.99-102)	Zustimmung oder Ablehnung, ob an einer Ernährungsberatung teilgenommen werden würde.
			Ähm, das hätte ich sehr gerne gemacht und eine Ernährungstherapie auch. (T2: Z.24-25)	

			Ne, joa, Ernährungsprogramm (husten) weiß ich nicht so, was mir das bringen soll (T3: Z.47-48) Ne. (T3: Z.116)	
			Ernährung hatte ich mich auch erkundigt bei meiner Krankenkasse, ob es da so Kurse gibt. Nun ist die Zeit knapp gewesen. Ähm, (...) da konnte ich einfach nicht. Äh, es gab Kursangebote, aber die wahrzunehmen war einfach nicht mehr möglich. Hätte ich aber auch gerne gemacht. Ja. (T4: Z.32-36)	
UK 6.1	Individualisierung	Es muss immer der Einzelfall betrachtet werden.	99 Ähm, also hier finde ich halt alleine, weil das wahrscheinlich für jede Krebserkrankung spezifische Ernährungstherapie geben müsste, also alleine ist besser. (T2: Z.99-101)	Eine Ernährungsberatung muss spezifisch und individuell für jeden Patienten sein.
			Gezielt auf die, äh, auf den entsprechenden Krebs. (T4: Z.135)	
UK 6.2	Eigene Strategien	Sind geplante Maßnahmen, um ein gewisses Ziel zu erreichen.	Ernährungstherapie, weil halt während der Therapie die mache man auf jeden Fall an Gewicht abnimmt. Ich habe dann halt selber mit mehr Nahrung, Nüssen usw., äh, ungefähr zwei Kilo zugenommen, damit ich halt nicht so viel abnehme. (T2: Z.25-28)	Es werden eigene Strategien entwickelt, um der Gewichtsabnahme entgegenzuwirken.
UK 6.3	Informationen	Sind gezielte Mitteilungen.	Wenn man den Patienten im Vorfeld einmal sagt, äh, das und das kannst du essen und	Gezielte Informationen zum Thema Ernährung bei Krebs.

			trinken, das tut gut, das kann man ruhig machen. (T1: Z.126-128)	
			Der mir halt sagen soll, was ich essen soll, worauf ich verzichten soll. (T2: Z.84-85)	
			Dass die einem sagen das ich gesund ernährt, ne, was man lieber lässt und was gut für einen ist. (T3: Z.110-111)	
UK 6.4	Einzel- oder Gruppentraining		Ähm, also hier finde ich halt alleine. (T2: Z.99)	Zustimmung oder Ablehnung eines Einzel- oder Gruppentrainings.
			Eher in einer Gruppe. (T3: Z.104)	
UK 6.5	Dauer der Ernährungsberatung	Allgemeine Dauer der Ernährungsberatung.	Hier nicht über zig Stunden. (T1: Z.128) Eine Sitzung, das mal klärt und dann ist gut, ne. (T1: Z.133)	
			Also wenn Ernährungstherapie vielleicht zwei, wo man halt in der einen Therapie alles bespricht – allgemein und das erst einmal für eine Woche durchzieht und dann halt so ein Abschlussgespräch. (T2: Z.95-97)	
OK 7	Psychologische Betreuung	Bearbeitung von psychischen Problemen oder Konflikten.	Und ich muss ihn ganz ehrlich sagen, ich hätte so etwas nicht haben wollen. (T1: Z.139-140)	Zustimmung oder Ablehnung, ob eine psychische Betreuung gewünscht gewesen wäre.

			Auf jeden Fall würde ich psychologische Betreuung nicht unbedingt machen wollen. (T2: Z.23-24)	
			Psychologische Betreuung glaube ich brauch ich gar nicht, bei der family die habe. (T3: Z.45-46)	
			Habe ich bekommen. (T4: Z.40) Ähm, das war auch sehr, sehr nett. (T4: Z.66)	
UK 7.1	Motivation	Gewisse Handlungen durchzuführen	Ähm, ich bin -ich bin so ein Typ, äh, also ja im Grunde schaffe ich es noch mich selber zu motivieren und möchte mich mit Dingen motivieren, sagen wir mal die mir guttun. (T1: Z.141-144)	
			Und dann habe ich alle Hebel in Bewegung gesetzt und habe gesagt so geht es nicht. Gibt es eine andere Therapie oder was kann ich jetzt tun, ich kann das nicht ohne die Beruhigungstablette! (T4: Z.52-55)	
UK 7.2	Deprimiert	Niedergeschlagene Stimmung.	Mich hat das mehr runter gezogen beim Zuhören schon äh wie mir das geholfen hätte. (T1: Z.140-141)	
			Aber ich bin sehr mitfühlend wenn andere leiden und das wäre für mich somit noch härter, ne, wenn ich die anderen Schicksale dann so mitkriege. Das wäre nicht einfach für mich. (T3: Z.127-129)	

UK 7.3	Einzel- oder Gruppentherapie		Ähm, also eine Psychotherapie muss natürlich der Einzelfall gemacht werden in Einzelsitzungen. (T2: Z.113-114)	Zustimmung oder Ablehnung eines Einzel- oder Gruppentrainings.
			Ich weiß nicht, ob es in einer Gruppe unbedingt angenehmer ist, ne. (T3: Z.124)	
UK 7.4	Bewältigungsstrategien	Eigene entwickelte Strategien zur Bewältigung von Problemen.	Gib dem doch einem Namen (lachen), dann kannst du ihn einmal im Tag in den Hintern treten und seitdem heißt er Hugo. (T1: Z.161- 163)	
UK 7.5	Dauer der Therapie	Allgemeine Dauer der psychologischen Betreuung.	Einmal die Woche irgendwie weiß ich nicht fünf Wochen lang. (T2: Z.123)	Angaben wie lange eine psychologische Betreuung gehen soll.
			Einmal pro Woche. (T3: Z.133)	

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

Hamburg, den 25.08.2017

Jacqueline Würzner