

Therapeutische Umschau

Herausgeber
Thomas D. Szucs

Gelistet in MEDLINE, EMBASE und SCOPUS

Gastherausgeber
Florian Strasser

Integrative Onkologie

Integrative Onkologie

Gemeinsamkeiten und Kerndisziplinen
der Integrativen Onkologie

Evidenz, Forschungsmethodik und Qualitätskriterien in der
Integrativen Onkologie: Grundlagen, Konsens und Perspektiven

Integrative Onkologie im klinischen Alltag:
Fort- und Weiterbildung

Integrative Palliative und End-of-Life Care in der Onkologie

Die Rolle der Integrativen Onkologie in der
(post-kurativen) Survivorship Care

Zum Kennenlernen: Abonnieren Sie auch die Fortbildungszeitschrift «der informierte arzt»

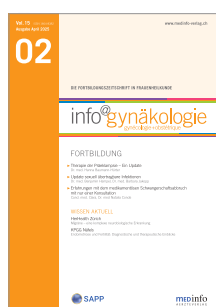
☐ **Abo «der informierte arzt»**
Ich möchte keine Zeitschrift «der informierte arzt» verpassen und wünsche ein Jahresabonnement (12 Ausgaben/Jahr), zum Preis von CHF 95.–

☐ **Kombi-Abo mit «Therapeutische Umschau»**
(12/10 Ausgaben) zum Preis von: **CHF 195.–**
(statt CHF 245.–)
AssistenzärztInnen, StudentInnen: CHF 130.–



Weitere Fachzeitschriften vom Aertzteverlag medinfo:

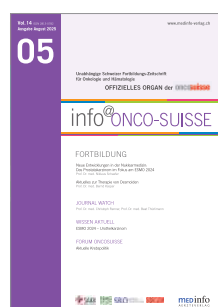
Bitte senden Sie mir auch ein Exemplar von:



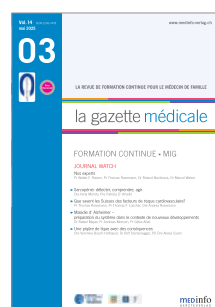
☐ info@gynäkologie



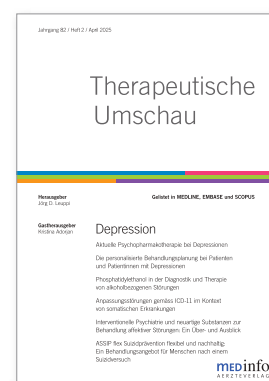
☐ info@herz+gefäss



☐ info@ONCO-SUISSE



☐ la gazette médicale



☐ Therapeutische Umschau

Name, Vorname: _____

Fachgebiet: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Datum: _____

© 2025 Aertzteverlag medinfo AG

Bitte senden an:

Aertzteverlag **medinfo** AG
Seestr. 141 · 8703 Erlenbach
www.medinfo-verlag.ch
info@medinfo-verlag.ch

medinfo
AERTZTEVERLAG
Therapeutische Umschau 2025; 82 (5): I

Jahrgang 82/Heft 5/2025

Therapeutische Umschau

Herausgeber: Prof. Dr. med. Dr. iur. Thomas D. Szucs

Integrative Onkologie

Gastherausgeber

PD Dr. med. Florian Strasser

Autoren

PD Dr. med. Florian Strasser
Dr. med. Marc Schläppi
Dr. med. Natalie Kalbermatten, M.Sc.
Prof. Dr. med. Chantal Berna
Dr. med. Natacha Bordry
Dr. med. Marie-Estelle Gaignard
Dr. med. Isabell Ge
Sara Kohler, MScN
Dr. med. Tilly Nothhelfer
Dr. med. Nurgül Usluoglu

Prof. Dr. med. Ursula Wolf
Dr. med. Julia Reusch
Prof. Dr. med. Arnoud J. Templeton
Dr. med. Gisèle Montavon
dipl. med. Theresia Knittel
Prof. Dr. med. Claudia M. Witt
Dr. med. univ. Sandra Pittl
Dr. med. Corrado Bertotto
PD Dr. med. Matthias Kröz

ISCADOR®

*Integrative Tumorbehandlung
mit Misteltherapie*



Ganzheitlicher
Ratgeber kostenlos
für Ihre Patienten:
[www.iscador.com/
gkb-1125](http://www.iscador.com/gkb-1125)

ISCADOR AG

ISCADOR® Wirkstoff: fermentierter wässriger Auszug aus der frischen Mistel-Pflanze (*Viscum album* L.) von verschiedenen Wirtsbäumen; teilweise auch mit einer Metallsalzzugabe
Indikation: Zusatzbehandlung bei malignen und benignen Tumorerkrankungen **Anwendung:** zur subkutanen Injektion (s.c.) **Kontraindikationen:** Allergie auf Mistelzubereitungen; Temperaturen > 38°C; chron. granulomatöse Erkrankungen, floride Autoimmunerkrankungen und solche unter immunsuppressiver Therapie; Hyperthyreose **Unerwünschte Nebenwirkungen:** Es können allergische oder allergoide Reaktionen auftreten; bei selten beobachteten allgemeinallergischen (anaphylaktischen) Reaktionen mit Angioödem, Schüttelfrost, Atemnot und Bronchospastik und Schock ist eine sofortige antiallergische Notfalltherapie durchzuführen und das Präparat abzusetzen **Interaktionen:** Zu Interaktionen liegen keine Untersuchungen vor **Abgabekategorie:** B **Weiterführende Informationen:** s. Fachinformation auf www.swissmedinfo.ch **Iscador AG, Kirschweg 9, 4144 Arlesheim**

HOHE LEKTIN- UND VISCOTOXIN GEHALTE ¹



abnobaVISCUM Fraxini
NEU kassenzulässig

INTEGRATIVE ONKOLOGIE mit abnobaVISCUM Fraxini

- Steigerung der Lebensqualität ²
- Verringerung der Nebenwirkung von Standardtherapien ³



11.2025_INSGH

ABNOBA Wissen schafft Lebensqualität

Z: für die Stärken 20 mg, 2 mg, 0,2 mg und 0,02 mg: 1 Ampulle enthält 1 ml, 0,1 ml, 0,01 ml oder 0,001 ml eines Fluidextrakts aus frischem Eschenmistelkraut (*Viscum album* L. subsp. *album*, herba, Wirtsbaum *Fraxinus excelsior* L., *Fraxinus angustifolia* Vahl oder ihre Hybriden), DEV 1:50 (relativ zur Frischpflanze), Auszugsmittel: Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Ascorbinsäure, Wasser für Injektionszwecke (2,03 : 0,34 : 97,63). Für die Potenzen D6, D10, D20 und D30: 1 Ampulle enthält Wirkstoff *Viscum album* Fraxini ex herba recente col. D6 / D10 / D20 / D30 (HAB 32) 1 ml. **I:** zur Zusatzbehandlung bei malignen Erkrankungen bei Erwachsenen ab 18 J. (Anregung von Form- und Integrationskräften zur Auflösung und Wiedereingliederung selbstständiger Wachstumsprozesse, z. B. bei gut- oder bösartigen Geschwulstkrankheiten, definierten Präkanzerosen oder Rezidivprophylaxe nach Geschwulstoperationen). **D:** für die Stärken 20 mg, 2 mg, 0,2 mg und 0,02 mg und die Potenz D6: mit Stärke 0,02 mg dreimal wöchentlich beginnen, stufenweise Steigerung bis zum Erreichen der optimalen Dosis, jeweils 1 ml der Injektionslösung der entsprechenden Stärke 2-3 x wöchentlich subkutan injizieren. Für die Potenzen D10, D20 und D30: die Potenzstufen D10 bis D30 sind nach individueller Indikationsstellung anzuwenden. **KI:** Allergie auf Mistelzubereitungen; akut entzündliche bzw. hoch fieberhafte Erkrankungen; chronische granulomatöse Erkrankungen und floride Autoimmunerkrankungen und solche unter immunsuppressiver Therapie; Hyperthyreose mit Tachykardie. **W/VM:** dosisabhängige allergische Reaktion bei zu rascher Dosissteigerung; nach > 4 Wochen Pause individuelle Dosis ermitteln, mit der Stärke 0,02 mg beginnen; Präparat bei primären Hirn- und Rückenmarkstumoren oder intracranialen Metastasen mit Gefahr einer Hirndrucksteigerung nur nach strenger Indikationsstellung und unter engmaschiger klinischer Kontrolle verabreichen; Ampulle kurz in der Hand erwärmen um Bildung von Kälteagglutininen zu vermeiden. **IA:** in vitro geringfügige Inhibition verschiedener CYP450-Isoenzyme, deshalb keine WW mit anderen Arzneimitteln zu erwarten; keine Untersuchungen vorliegend zu anderen immunmodulierenden Substanzen. **SS/SZ:** nicht anwenden, ausser klar notwendig. **UW:** geringe Steigerung der Körpertemperatur; lokale Entzündungsreaktionen an der Injektionsstelle; regionale Lymphknotenschwellung; lokalisierte oder systemische allergische oder allergische Reaktionen; Aktivierung vorbestehender Entzündungen und entzündliche Reizerscheinungen oberflächlicher Venen im Injektionsbereich; Auftreten von chronisch granulomatösen Entzündungen, Autoimmunerkrankungen; Symptome einer Hirndrucksteigerung bei Hirntumoren/-metastasen. **P:** 8 Ampullen zu 1 ml. **AK:** A, kassenzulässig. **Stand Info:** Juni 2022 (V04). **Zul-Inh.:** Future Health Pharma GmbH, 8620 Wetzikon. Ausführliche Informationen siehe Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch

ABNOBA GmbH Allmendstraße 55 · 75223 Niefern-Öschelbronn | Germany · www.abnoba.de

Zulassungsinhaber: Future Health Pharma GmbH, 8620 Wetzikon

Unser Service - Ihr Wohlbefinden



WIR SIND DA FÜR SIE

Montag bis Freitag 8.00 – 12.00 Uhr
und 13:30 – 17.00 Uhr
Samstag 8:30 – 11.30 Uhr

Bahnhof Apotheke Langnau AG
Abteilung Cannaplant
Dorfstrasse 2 | 3550 Langnau i. E.
Telefon 034 402 12 55 | Fax 034 402 25 35
info@cannaplant.ch | www.cannaplant.ch



cannaplant

Kompetenzzentrum
für medizinisches Cannabis

EDITORIAL

- 142 **Integrative Onkologie**
Florian Strasser, Marc Schläppi

ORIGINALARBEITEN

- 144 **Gemeinsamkeiten und Kerndisziplinen der Integrativen Onkologie**
Natalie Kalbermatten, Chantal Berna, Natacha Bordry, Marie-Estelle Gagnard, Isabell Ge, Sara Kohler, Tilly Nothhelfer, Florian Strasser, Nurgül Usluoglu, Claudia M. Witt, Ursula Wolf
- 157 **Evidenz, Forschungsmethodik und Qualitätskriterien in der Integrativen Onkologie: Grundlagen, Konsens und Perspektiven**
Isabell Ge, Marie-Estelle Gagnard, Sara Kohler, Julia Reusch, Florian Strasser, Arnoud J Templeton
- 163 **Integrative Onkologie im klinischen Alltag: Fort- und Weiterbildung**
Gisèle Montavon, Sara Kohler, Theresia Knittel, Claudia M. Witt
- 168 **Integrative Palliative und End-of-Life Care in der Onkologie**
Sandra Pittl, Corrado Bertotto, Natalie Kalbermatten
- 173 **Die Rolle der Integrativen Onkologie in der (post-kurativen) Survivorship Care**
Julia Reusch, Matthias Kröz, Tilly Nothhelfer, Florian Strasser

Die «open-access» Möglichkeit wurde ermöglicht durch finanzielle Beiträge der Fachgesellschaften: ASA, OPS, SFMBM, SMGP, SNIO, SVHA, UNION, VAOAS und die **Stiftung Natural Health Swiss Foundation**



Assoziation Schweizer Ärztgesellschaften
für Akupunktur und Chinesische Medizin



Onkologiepflege Schweiz



Schweizer Fachverband Mind Body
Medicine



Schweizerische Medizinische Gesellschaft
für Phytotherapie



Swiss Network for Integrative Oncology



Schweizerischer Verein Homöopathischer
Ärztinnen und Ärzte



Schweizerischer komplementärmedizinischer
Ärzteorganisationen



Vereinigung anthroposophisch orientierter
Ärzte in der Schweiz



Natural Health Swiss Foundation

Einführung: Integrative Onkologie

Florian Strasser^{1,2}, Marc Schläppi¹

¹ Zentrum Integrative Medizin, HOCH Health Ostschweiz, Kantonsspital St. Gallen, Schweiz

² Cancer Fatigue Clinic (Münsterlingen, Sargans, Schaffhausen), Schweiz

In einem europäischen Survey gaben 19 bis 73 % der an Krebs betroffenen Patienten an, Komplementärmedizin zu nutzen (1), mit Zunahme der Nutzung in den letzten Jahren (2). Die Gründe sind unterschiedlich: bessere Symptomkontrolle, Wohlbefinden für Körper und Psyche, selber etwas tun können, den Leib gegen den Krebs stärken. Auch sollte Komplementärmedizin zu Beginn angeboten werden (3). Nach dem Diagnoseschock besteht häufig der Wunsch, aus einer passiven in eine selbstwirksame, aktive Rolle überzugehen (4, 5). Chemotherapien, Immuntherapien, komplexe zielgerichtete Therapien, Radiotherapie und Operationen können als aggressiv und unmenschlich erlebt werden, geübte Achtsamkeit, Kunsttherapie, äusserer Anwendungen oder eine selbst injizierte Misteltherapie, als menschengemäss und gesundheitsfördernd. Man wird wieder Herr/Frau im eigenen Leib, wird wieder Gestalter seiner persönlichen Biographie.

Mittlerweile belegen auch Studien den positiven Effekt von integrativmedizinischen Massnahmen auf die Lebensqualität sowie die Symptomkontrolle in allen Phasen der Krebserkrankung (z. B. bei Nausea, Wallungen, Polyneuropathie, Angst, Schlafstörungen, Fatigue). Nicht zuletzt hat die im Jahr 2003 gegründete nordamerikanische Society for Integrative Oncology (SIO: <https://integrativeonc.org>) dazu beigetragen, die wissenschaftliche Evidenz für Komplementärmedizin in der Onkologie deutlich zu verbessern. Guidelines werden in prominenten Journals publiziert, sodass von verschiedenen Seiten der Appell kommt, die Standards of Care in der Onkologie anzupassen und Komplementärmedizin systematisch zu integrieren (6). In Deutschland sind ebenfalls S3-Leitlinien für Komplementärmedizin in der Onkologie erschienen (<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/komplementaermedizin>). Bei belegter Wirksamkeit sollte eine ausgewählte Komplementärmedizin bereits bald nach der Diagnose einer Krebserkrankung angeboten werden, im Sinne einer *frühen integrativen Onkologie*.

In der Schweiz ist ein gewisses komplementärmedizinisches Angebot in den Kliniken für Onkologie schon längst nicht mehr die Ausnahme. Keine integrative Onkologie zu führen, wird zum Konkurrenznachteil. Am 25. April 2024 wurde im Kantonsspital Aarau von über 20 Institutionen das *Schweizerische Netzwerk für Integrative Onkologie* SNIO (<https://integrative-oncology.ch>) gegründet (**Abb. 1**). Darunter alle Universitätsspitäler und mehrere Kantons-spitäler. Ziele des Netzwerkes sind die Förderung von Qualität, Edukation und klinischer Forschung in der integrativen Onkologie. SNIO zählt heute 24 Mitglieder aus allen Landesregionen. Dieses Jahr sind im November am *Schweizerischen Kongress für Hämatologie und Onkologie* SOHC in Basel mehrere Symposien geplant: *Nursing Inter-*

ventions in Integrative Oncology gemeinsam mit der Onkologie Pflege Schweiz, *Integrative Medicine in Pediatric Oncology* mit der Schweizerischen Pädiatrischen Onkologie Gruppe SPOG, ein *SNIO Science Update* (<https://www.sohc.ch>) und Integrative Onkologie wird im *Basiskurs Medizinische Onkologie* regulär geschult.

Dankenswerterweise haben sich für diese Auflage der Therapeutischen Umschau Experten von SNIO-Institutionen erfolgreich an die Arbeit gemacht, um einen fundierten und spannenden Einblick in die Disziplinen und Themen der integrativen Onkologie zu ermöglichen.

Die klinischen Angebote von Integrativer Onkologie in SNIO-Zentren basieren auf der Vielfalt der (Traditionell-) Komplementären und Integrativen Medizin (7) und zeigen die Fokussierung auf die in der Schweiz besonders verankerten 7 Kerndisziplinen. Im **Artikel Gemeinsamkeiten und Kerndisziplinen** wird die gemeinsame Basis dieser Kerndisziplinen diskutiert. Dazu gehören die SNIO-Statuten (**siehe Kasten**), die auf der Definition der SIO aufbauen (8), und Charakteristika der Schweiz und Europas berücksichtigen, wie z. B. das Verständnis von Phytotherapie (Mehrkomponenten-Extrakte aus ganzen Pflanzen), von Lebensstilmedizin (Fokus auf Verhaltensänderungen basierend auf achtsamer Selbstreflexion und Verbundenheit) oder von traditioneller Medizin (inkl. ganzheitliche medizinische Systeme [Whole Medical Systems]).

Die Artikel der 7 Kerndisziplinen diskutieren neben den Inhalten auch Aspekte der verfügbaren **wissenschaftlichen Evidenz** und **spezifische Qualitätskriterien**. Diese beiden Aspekte werden vertieft in den Artikeln *Forschung und Weiter- und Fortbildung*.

Auch in der Integrativen Onkologie sind präzise, konkrete Forschungsfragen notwendig, basierend auf einer soliden und reflektierten klinischen Praxis mit Einbezug der Patienten.

Auszug aus SNIO-Statuten

- Integrative Onkologie ist eine patientenzentrierte und zielorientierte Integration von Interventionen aus der komplementären und integrativen Medizin (KIM) in die konventionelle onkologische Behandlung und Betreuung.
- Die betreffenden Interventionen werden dabei von Ärzt/-innen, Pflegenden und Therapeut/-innen mit einer in der Schweiz anerkannten, zertifizierten Ausbildung durchgeführt.
- Ein integrativonkologisches Behandlungskonzept gründet auf einem ganzheitlichen bio-psycho-sozio-spirituellen (BPSS) Menschenverständnis und anerkennt die salutogene Beziehung von Mensch zu Mensch sowie zwischen Mensch und Natur.



Abb. 1

tenpräferenz. Der **Artikel Forschung** diskutiert das Dreibein (oder 3 Säulen) der evidenzbasierten Medizin und die Wahl einer geeigneten Forschungsmethodik. Dabei ist ein grundlegendes Verständnis der gelebten klinischen Realität der Integrativen Onkologie erforderlich (u. a. Patientenauswahl, Beschreibung des therapeutischen Kontexts, angemessene Kontrollgruppen, relevante Ergebnis-Kriterien [z. B. Kohärenz, Autonome Regulation (9)]) und ein breites Repertoire an (kombinierten) Forschungsmethoden mit unterschiedlichen gesetzlichen Vorschriften und Möglichkeiten der vernetzten Forschung (*SNIO Working Group Forschung*). Dieser Artikel soll dazu beitragen, die Evidenzverankerung der Integrativen Onkologie in der Schweiz zu stärken.

Qualitätskriterien in der Onkologie basieren v. a. auf der Weiter- und Fortbildung, Zertifizierungsprozessen und fachlichem Austausch. Dabei werden zunehmend spezifische Qualitätsindikatoren in Leitlinien (www.leitlinienprogramm-onkologie.de/qualitaetsindikatoren) formuliert. In der Integrativen Onkologie werden einerseits für Kerndisziplinen spezifische Qualitätskriterien definiert. Diese dienen sowohl zur Sicherstellung der bestmöglichen Wirksamkeit von therapeutischen Massnahmen (u. a. mit adäquater fachlicher Qualifikation der Fachpersonen) als auch zur Minimierung von Risiken. Im **Artikel Weiter- und Fortbildung** werden Angebote der Weiter- und Fortbildung vorgestellt und diskutiert (*SNIO Working Group Edukation*) und auch allgemeine Qualitätskriterien für die Integrative Onkologie diskutiert (10) (wie adäquate Informationen über die onkologische Erkrankung und Behandlungsoptionen zur Vermeidung von falschen Heilsversprechungen; wie Einbettung der aktiv erfragten Patientenpräferenz in die klinische Entscheidungsfindung mit robuster Evidenzverankerung; oder wie proaktive, transparente Koordination und Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren für eine optimale interdisziplinäre, patientenzentrierte Versorgung).

Ein wesentliches Element für die Entwicklung von Qualitätskriterien für Integrative Onkologie in der Schweiz im Sinne einer konsensuellen, transparenten und verantwortlichen «Best Practice» ist das **SNIO-Projekt Konsensus** der SNIO Working Group Konsensus (siehe Artikel Forschung).

Das Spektrum an möglichen Angeboten der Integrativen Onkologie in den Behandlungspfaden der modernen On-

kologie ist breit. In den beiden **Artikeln Palliative und End-of-Life Care** sowie **Survivorship** werden beispielhaft ausgewählte Behandlungsmöglichkeiten bei typischen klinischen Situationen (z. B. Insomnie, CINP, Fatigue, Symptomkontrolle am Lebensende) diskutiert. Dabei werden auch Gemeinsamkeiten der Integrativen Onkologie mit der modernen onkologischen Survivorship Care, der Palliativmedizin und Supportive Care diskutiert (11), beispielhaft bezüglich Ernährung mit Verbindung von onkologischer Ernährungsmedizin und Unterstützung von Verhaltensänderungen mit Massnahmen der Integrativen Onkologie. Dabei hat die Integrative Onkologie das Potenzial, Lücken in der Krebsbehandlung und unterstützenden Pflege zu schliessen, muss jedoch Kompetenzen aus den «konventionellen» Bereichen (z. B. Ernährung, Bewegungswissenschaft, Rehabilitation, Psychologie, Palliativmedizin) einbringen und die konventionelle onkologische Versorgung anerkennen und (gegenseitig) respektieren. Es spielt wie bei der Supportive Care und Palliative Care weniger die Zuteilung zu einem Begriff eine Rolle (12), sondern primär, dass patientenzentrierte, bedürfnisorientierte, qualitativ hochstehende, evidenzbasierte Massnahmen in transprofessioneller und interdisziplinärer Zusammenarbeit zu den betroffenen Menschen beim Leben mit und nach Krebs kommen.

Wir wünschen Ihnen eine inspirierende und lehrreiche Lektüre dieser Ausgabe.

PD Dr. med. Florian Strasser

Senior Research Consultant
Zentrum Integrative Medizin, HOCH Health Ostschweiz
Kantonsspital St. Gallen
Rorschacher Strasse 95, 9000 St. Gallen

Cancer Fatigue Clinic
(Münsterlingen, Sargans, Schaffhausen), Schweiz
cancerfatigueclinic@hin.ch

+ Interessenkonflikte

am Onlinebeitrag unter www.medinfo-verlag.ch

DOI: <https://doi.org/10.23785/TU.2025.05.001>

Literatur

am Online-Beitrag unter www.medinfo-verlag.ch

Gemeinsamkeiten und Kerndisziplinen der Integrativen Onkologie

Natalie Kalbermatten¹, Chantal Berna², Natacha Bordry², Marie-Estelle Gagnard³, Isabell Ge⁴, Sara Kohler⁵, Tilly Nothhelfer⁶, Florian Strasser^{7,8}, Nurgül Usluoglu⁹, Claudia M. Witt¹⁰, Ursula Wolf¹¹

¹ Onkologie/Hämatologie, Kantonsspital Münsterlingen, Schweiz

² Centre de médecine intégrative et complémentaire, CHUV, Lausanne, Schweiz

³ Department of Oncology, Swiss Cancer Center Leman, Geneva University Hospitals, Schweiz

⁴ Frauenklinik und Brustklinik, Universitätsspital Basel, Schweiz

⁵ Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut für Pflege, Winterthur, Schweiz

⁶ Klinik für Onkologie und Hämatologie, Kantonsspital Baden, Schweiz

⁷ Zentrum Integrative Medizin, Hoch Health Ostschweiz, Kantonsspital St. Gallen, Schweiz

⁸ Cancer Fatigue Clinic (Münsterlingen, Sargans, Schaffhausen), Schweiz

⁹ Onkologie und Hämatologie, Spital Thun, Schweiz

¹⁰ Lehrstuhl Komplementär- und Integrative Medizin, Universität Zürich, Schweiz

¹¹ Institut für Komplementäre und Integrative Medizin, Universität Bern, Schweiz

Zusammenfassung: In der Schweiz wird durch verschiedene ärztliche Fachrichtungen eine Vielzahl von Behandlungen der Integrativen Onkologie (IO) angeboten. Für 5 Disziplinen kann ein Fähigkeitsausweis (SIWF: Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) erworben werden: Anthroposophisch erweiterte Medizin (VAOAS), klassische Homöopathie (SVHA), Phytotherapie (SMGP), TCM/Akupunktur (ASA) und klinische Hypnose (SMSh). Damit können die Leistungen via Grundversicherung abgerechnet werden. Für Mind Body Medicine kann ein CAS erworben werden (CAS Gesundheitspsychologische Lebensstiländerung und Mind Body Medicine (SFMBMB)). Die Integrative Pflege ist bei vielen ärztlichen Disziplinen ein wichtiger therapeutischer Partner mit Entwicklung eigener Weiterbildungsprogramme. Diese 7 Kerndisziplinen der IO beruhen auf unterschiedlichen Konzepten und Traditionen mit gleichzeitig – zumindest teilweise – Gemeinsamkeiten wie ein multidimensionales Menschenbild, der Orientierung an Salutogenese, der Stärkung von Selbstwirksamkeit sowie der Bedeutung von Lebensstilfaktoren und Therapieindividualisierung. Diese Kerndisziplinen werden mit unterschiedlicher Verfügbarkeit an den Zentren des Swiss Network for Integrative Oncology (SNIO: www.integrative-oncology.ch) angeboten, grundsätzlich begleitend zu konventionellen onkologischen Therapien und einer engen, transparenten Kommunikation mit onkologischen Fachpersonen. Das SNIO verfolgt das Ziel, Qualitätskriterien zu entwickeln, Behandlungsangebote (auch zukünftige, wenn Qualitätskriterien erfüllt sind) zu vernetzen, vernetzte Forschung zu fördern und Weiterbildungen zu fördern, um eine koordinierte und qualitätsgesicherte Versorgung zu ermöglichen.

Schlüsselwörter: Integrative Onkologie, Komplementärmedizin, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), Mind Body Medicine, Phytotherapie, Anthroposophisch erweiterte Medizin, Medizinische Hypnose, Integrative Pflege, Homöopathie

Common features and core disciplines of integrative oncology

Abstract: In Switzerland, a wide range of integrative oncology (IO) treatments is offered by various medical disciplines. A certificate of competence (SIWF: Swiss Institute for Medical Education, allows to bill from basic insurance) can be obtained for five disciplines: anthroposophic medicine (VAOAS), classical homeopathy (SVHA), phytotherapy (SMGP), TCM/acupuncture (ASA), and clinical hypnosis (SMSh). For Mind Body Medicine a CAS can be obtained (SFMBM). Integrative Nursing is an important therapeutic partner in many medical disciplines, with own established education programmes. These seven core disciplines of IO are based on different concepts and traditions, but they also have, at least in part, commonalities such as a multidimensional view of humanity, a focus on salutogenesis, the strengthening of self-efficacy, and the importance of lifestyle factors and individualised therapy. These core disciplines are offered with varying availability at the centres of the Swiss Network for Integrative Oncology (SNIO: www.integrative-oncology.ch), generally accompanying conventional oncological therapies and close, transparent communication with oncology specialists. The SNIO aims to develop quality criteria, coordinating treatment offers, promote network research, and encourage further training in order to enable coordinated and quality-assured care.

Keywords: Integrative oncology, complementary medicine, Traditional Chinese Medicine (TCM), Mind Body Medicine, phytotherapy, Anthroposophically Extended Medicine, Homeopathy, Clinical Hypnosis

Einleitung

Gemäss der Definition der Society for Integrative Oncology (SIO) ist Integrative Onkologie «ein patientenzentriertes, evidenzinformiertes Gebiet der Krebstherapie, das Mind-Body-Verfahren, natürliche Produkte und/oder Lebensstiländerungen aus unterschiedlichen Traditionen begleitend zu den konventionellen Krebstherapien einsetzt. Die Inte-

grative Onkologie versucht, Gesundheit, Lebensqualität und klinische Outcomes über den Behandlungsverlauf hinweg zu optimieren und Menschen zu befähigen, Krebs vorzubeugen und zu aktiven Teilnehmern vor und während der Krebsbehandlung sowie über diese hinaus zu werden» (1).

Häufig wird der Begriff «Integrative Onkologie» auch als «die Integration von komplementärmedizinischen Therapien in die konventionelle Onkologie» erklärt. Welche

therapeutischen Verfahren ergänzend, d.h. komplementär zur konventionellen Therapie, angewendet werden, ist abhängig von den lokalen Gegebenheiten, wie beispielsweise kulturellen oder gesundheitspolitischen Aspekten. Es gibt bisher keine allgemein akzeptierte Definition von Komplementärmedizin, ausser dass diese ergänzend zur konventionellen Medizin eingesetzt wird. Die sinnvolle synergistische Kombination von Komplementärmedizin und konventioneller Medizin wird dann Integrative Medizin genannt (2). Im deutschsprachigen Raum sind beispielsweise «Gesamtsysteme» wie die Anthroposophisch erweiterte Medizin oder die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) verbreitete Methoden. Neben diesen «Gesamtsystemen» spielt beispielsweise die therapeutische Anwendung von Arzneipflanzen in der Integrativen Medizin bzw. Integrativen Onkologie eine wichtige Rolle, und die Herstellung von pflanzlichen Arzneimitteln folgt gesetzlich geregelten Prozessen. Zudem sind verschiedene nicht pharmakologische Therapien wie Akupunktur/Akupressur, Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), Massageformen, achtsamkeitsbasierte Bewegungstherapien wie Tai Chi/Qi Gong, Yoga und Heileurythmie verbreitet, die teilweise ursprünglich ebenfalls aus den oben genannten «Gesamtsystemen» stammen.

Die Komplementärmedizin ist seit einer Volksabstimmung im Jahr 2009 in der Schweizerischen Verfassung verankert, und vier der komplementärmedizinischen Fachrichtungen werden durch die Grundversicherung erstattet, wenn sie von Ärzt/-innen ausgeübt werden, welche Inhaber/-innen eines entsprechenden SIWF-Fähigkeitsausweises sind. Diese sind aktuell Anthroposophisch erweiterte Medizin, Traditionelle Chinesische Medizin/Akupunktur, klassische Homöopathie und Phytotherapie (Pflanzenheilkunde). Bedingungen für einen solchen Fähigkeitsausweis sind ein Facharzt/-titel, um die 360 Stunden definierte Weiterbildung, eine Abschlussprüfung und regelmässige Rezertifizierung. Als Dachverband repräsentiert die UNION der komplementärmedizinischen Ärzteorganisationen diese vier Richtungen (3). Neuere komplementärmedizinische Richtungen, die gerade in der Onkologie eine grosse Rolle spielen und in der Schweiz ebenfalls verbreitet sind, sind die sogenannte Mind Body Medicine und die medizinische Hypnose. Sie werden durch den Schweizer Fachverband Mind Body Medicine (SFMBM) und die Schweizerische Ärztesgesellschaft für Hypnose (SMSh) qualitätsgesichert. Zudem spielt die Integrative Pflege sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Integrativen Onkologie eine zunehmende Rolle (siehe Abschnitt weiter unten) (4).

Die oben genannten Fachrichtungen weisen – zumindest teilweise – gewisse Gemeinsamkeiten auf, so z.B. das Inszenieren der Salutogenese (5), ein Betonen von Lebensstilfaktoren, ein explizites Menschenbild (häufig multidimensional, ähnlich der Palliative Care) (6) und eine Individualisierung der Therapie. Diese Gemeinsamkeiten wurden bisher nicht explizit formuliert; eine solche gemeinsame Abstimmung von «Grundprinzipien» erscheint jedoch wichtig, um die konzeptuelle Basis für die Integrative Onkologie, wie sie in den Schweizer Krebszentren gelebt wird, festzuhalten. Das Formulieren solcher «Grundprinzipien» ist das Ziel eines Delphi Consensus des Swiss

Network for Integrative Oncology (SNIO), der aktuell durchgeführt wird und mittels dessen mittelfristig auch Kriterien für hochqualitative Integrative Onkologie in Schweizer Krebszentren erstellt werden sollen.

Das **Swiss Network for Integrative Oncology** wurde 2024 als Zusammenschluss von zertifizierten Krebszentren, welche ein integrativ-onkologisches Angebot vorweisen, gegründet. Es hat zum Ziel, Zusammenarbeit, Qualität, Edukation und Forschung in der Integrativen Onkologie zu fördern. Bedingung für die volle Mitgliedschaft im Swiss Network for Integrative Oncology ist die mindestens zweimal monatliche Sprechstunde oder Konsilien durch einen Arzt/eine Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis in einer der oben genannten komplementärmedizinischen Fachrichtungen, einem Fähigkeitsausweis in medizinischer Hypnose oder einem CAS in Mind Body Medicine oder jeweils einem Äquivalent (7).

Im Folgenden werden diese verschiedenen Fachrichtungen insbesondere im Zusammenhang mit der Onkologie vorgestellt. Die Inhalte der folgenden Unterkapitel werden (nur) von den aufgeführten Autoren der Subkapitel verantwortet.

Fazit und Ausblick

Diese Kerndisziplinen der Integrativen Onkologie beruhen auf unterschiedlichen Konzepten und Traditionen, greifen jedoch – wie bereits dargestellt – auf gemeinsame Grundhaltungen zurück.

Im Rahmen der Integrativen Onkologie werden diese Disziplinen grundsätzlich begleitend zu konventionellen Therapien eingesetzt und erfordern eine enge, transparente Kommunikation mit onkologischen Fachpersonen sowie Hausärztinnen und -ärzten.

Die Auswahl geeigneter Verfahren richtet sich nach verfügbarer Evidenz aus klinischer Erfahrung und Studien für die individuelle Indikation, der lokalen Verfügbarkeit und den Präferenzen der Betroffenen.

Das Swiss Network for Integrative Oncology verfolgt das Ziel, Qualitätskriterien zu entwickeln, Behandlungsangebote (auch zukünftige, wenn Qualitätskriterien erfüllt sind) zu vernetzen und Weiterbildungen zu fördern, um eine koordinierte und qualitätsgesicherte Versorgung zu ermöglichen.

Dr. med. Natalie Kalbermatten, M.Sc.

Onkologie/Hämatologie Kantonsspital Münsterlingen
Spitalcampus 1
CH-8596 Münsterlingen
natalie.kalbermatten@stgag.ch

+ Interessenkonflikte

am Onlinebeitrag unter www.medinfo-verlag.ch

DOI: <https://doi.org/10.23785/TU.2025.05.002>

Die vollständige Literatur

am Onlinebeitrag unter www.medinfo-verlag.ch

Anthroposophisch erweiterte Medizin in der Integrativen Onkologie

Autorenschaft

Dr. med. Natalie Kalbermatten

PD Dr. med. Florian Strasser

Prof. Dr. med. Ursula Wolf

Einleitung und Definition

Die Anthroposophisch erweiterte Medizin (AEM) ist ein integrativer, multimodaler, ganzheitlicher und individueller Ansatz und vereint konventionelle Medizin mit spezifischen anthroposophisch-medizinischen Therapien. Sie wurzelt in Mitteleuropa (1) und wurde ab ca. 1910 (2) von Drs. Rudolf Steiner und Ita Wegman in Zusammenarbeit mit Ärzt/-innen und Pharmazeut/-innen entwickelt (3). Die AEM wird in vielen europäischen Ländern, auch global, praktiziert (4) und ist in Deutschland und in der Schweiz gut im Gesundheitswesen integriert (5, 6). In interprofessionellen Teams arbeiten Ärzt/-innen, Apotheker/-innen, Pflegefachpersonen, Kunst-, Heileurythmie- und Massagetherapeut/-innen und weitere Berufsgruppen zusammen (7). In ihrem ganzheitlichen Menschenbild berücksichtigt die AEM die körperlichen, vitalen, geistigen, spirituellen und sozialen Dimensionen eines Menschen (8). Durch die AEM-Linse betrachtet, stehen diese Dimensionen während des gesamten Lebenszyklus in ständiger Wechselwirkung, was bedeutet, dass eine Veränderung in einer Dimension sich auch auf die anderen Dimensionen auswirkt (9). Daher umfasst die AEM Therapien, die spezifisch auf eine oder mehrere dieser Dimensionen einwirken im Sinn eines «Whole Medical Systems» (10).

Diagnostik und therapeutisches Vorgehen

Die AEM ergänzt die üblichen diagnostischen Methoden der konventionellen Medizin mit zwei anthroposophisch-medizinischen diagnostischen Schlüsselkonzepten, namentlich der funktionellen Vier- und Dreigliederung des Menschen (11, 12, 13, 14). Nach anthroposophischem Verständnis (15) wird der menschliche Organismus nicht nur durch physikalische und chemische Kräfte geformt, sondern durch insgesamt vier Arten von Gestaltungs Kräften (funktionelle Viergliederung) (16). Diese können entweder direkt oder indirekt am Menschen wahrgenommen werden (3). Kurz formuliert, umfasst die funktionelle Viergliederung den physischen Körper (sichtbar u. a. an der Materie, quantifizierbar), die Lebensorganisation (Wachstum, Regeneration, Fortpflanzung), die Empfindungsorganisation (Emotionen, Schmerz, Freude, Sympathie, Antipathie) und die Ich-Organisation (Biografie) (17). Im Organismus wirken diese vier Kräfteorganisationen unterschiedlich in drei Funktionssystemen, die die funktionelle Dreigliederung bilden (11–14). Das Konzept wurzelt in dem methodischen Ansatz, dass Polaritäten sich gegenseitig beleuchten und damit dem Erkenntnisgewinn dienen können (Goethe) (18), welcher von Rudolf Steiner für die menschliche Gesundheit und Krankheit weiterentwickelt wurde. Die Dreigliedrigkeit umfasst das neurosensorische Nerven-Sinnes-System (NSS) und das Stoffwechsel-Gliedmassen-System

(SWGS) als die beiden Pole und das Rhythmische System (RS) als das ausgleichende, vermittelnde System. Alle drei Systeme sind funktionell in allen Teilen des Organismus vorhanden, aber jedes hat einen vorherrschenden anatomischen Ort (NSS: Schädel/Kopf; RS: Brustkorb; SWGS: Bauchraum/untere Extremitäten). Die Wahrnehmung dieser Kräfte und Funktionssysteme ist klinisch lernbar und Teil der AEM-Diagnose und -Therapie. Verschiebt sich der dynamische Zustand zu sehr oder zu lange, kann ein Krankheitszustand entstehen, zuerst funktionell und bei längerem Bestehen organisch manifest. AEM zielt darauf ab, dieses dynamische Gleichgewicht zu erhalten oder wiederherzustellen.

Therapiert wird in der AEM mit Arzneimitteln und einer Vielfalt von «nicht medikamentösen» Therapien.

Die Arzneimittel werden aus Pflanzen, Mineralien, Metallen und tierischen Substanzen nach GMP und standardisierten AM-spezifischen pharmazeutischen Verfahren hergestellt (19) und haben einen ausgezeichneten Sicherheitsausweis (4). Sie werden in konzentrierter Form und als potenzierte Produkte (siehe Kapitel Homöopathie) angewendet (Vademecum Anthroposophische Arzneimittel <https://www.gaed.de/vademecum>).

Die Misteltherapie (*Viscum album*) ist eine der bekanntesten AEM-Behandlungen bei Krebs (20) mit adäquatem Sicherheitsprofil, auch bei onkologischen Immuntherapien (21, 22). Zur Misteltherapie liegen präklinische Daten vor, u. a. zur Immunmodulation (23, 24, 25) und Hemmung von Tumorzellwachstum (26, 27). Sie wird primär durch subkutane Injektionen verabreicht. Die Misteltherapie wird eingesetzt, um Nebenwirkungen herkömmlicher Krebsbehandlungen (z. B. Krebstherapie-assoziierte Fatigue) (28) und Symptome der aktiven Tumorerkrankung zu verringern (29, 30) sowie allgemein die Lebensqualität zu verbessern (31, 32, 33). Die deutsche S3-Guideline Komplementärmedizin (Version 2.0 – Mai 2024) hat eine «Kann»-Empfehlung ausgesprochen (Evidenz 1a) für eine subkutane Misteltherapie zur Verbesserung der Lebensqualität bei soliden Tumoren (34). Die Anwendung einer Misteltherapie (Wirtsbaumwahl, Produktwahl, Dosierungen, Intervalle, Begleitmedikation) sollte durch AEM-erfahrene Ärzt/-innen individualisiert erfolgen, mit Kenntnis der AEM-Diagnostik (s. o.) und allenfalls supportiven Begleitmassnahmen (z. B. Tagesrhythmen/Schlaf, Ernährung, äussere Anwendungen).

Massnahmen der Integrativen Pflege (siehe Kapitel IP) können in der AEM als äussere Anwendungen (<https://pflege-vademecum.de/>) (35), auch begleitend zur Misteltherapie, eingesetzt werden (z. B. Schafgarben-Leberwickel [36], Oxalis-Zwerchfellwickel, Lavendel- oder Rosmarinöl-Fusseinreibungen, Aurum/Lavandula/Rosen-Herzauflege). Bei chronischen Schmerzsyndromen können rhythmische Einreibungen mit Solum (37) erfolgen.

Zur Behandlung verschiedenster Beschwerden und Nebenwirkungen der Krebstherapie (z. B. Polyneuropathie, Schlafstörungen [siehe Artikel Survivorship] oder Strahlendermatitis) steht eine breite Palette von anthroposophisch-medizinischen Heilmitteln in Verbindung mit nicht medikamentösen Therapien zur Verfügung. Heileurythmie (38, 39) und Kunsttherapien (gestalterisch: Malen,

Plastizieren) (40), Musik (41, 42), Sprachgestaltung (43) werden auch in der Onkologie eingesetzt, um die körperlichen Funktionen (z.B. bei Schmerzen oder Steifheit nach einer Operation), die Vitalität (z.B. bei Erschöpfung) und das emotionale Gleichgewicht (z.B. bei Ängsten, Depression) zu verbessern. Sie können, evtl. ergänzt mit Biografiearbeit (44), ebenfalls die Patient/-innen unterstützen, sich neu zu orientieren und Zukunftsperspektiven für ihr Leben zu finden.

Evidenz der Anthroposophisch erweiterten Medizin

Die Beurteilung der Wirksamkeit der AEM, welche seit vielen Jahrzehnten traditionell angewandt wird, umfasst ein Spektrum von AEM-Interventionen bis zum «Whole Medical System Research» (45) und sollte Eigenheiten der AEM berücksichtigen (46). Eine Evaluation erfolgte vertieft 2011 im Programm Evaluation Komplementärmedizin mit insgesamt 265 klinischen Studien, davon 253 mit positiven Ergebnissen für AEM-Interventionen (47) (s.o.). Die AMOS-Studie untersuchte AEM prospektiv bei 1631 Patient/-innen mit verschiedenen Indikationen, 21 Publikationen dokumentierten eine Wirksamkeit im «Real-World-Setting» (48). Die Herausforderung, die komplexe, dynamische, individualisierte (49) und interprofessionelle AEM zu erforschen, erfordert innovative und wissenschaftlich fundierte Konzepte (siehe Artikel Forschung).

Qualitätskriterien

Um eine wirksame, sichere und qualitätsgesicherte Anwendung der AEM zu gewährleisten, sind spezialisierte AEM-Ausbildungen, verfügbar für alle medizinischen Berufe (7) (z.B. Pflege Soleo-Akademie, Kunsttherapie und Heileurythmie Zertifikate SBFJ), notwendig (siehe Artikel Edukation). Weitere allgemeine Qualitätskriterien umfassen die kooperative und transparente Absprache mit onkologischen Fachpersonen, auch bei Patient/-innen, die keine «Schulmedizin» möchten (siehe Artikel Edukation).

Fazit

Die AEM bietet ein breites Spektrum an risikoarmen und sicheren Therapiemöglichkeiten für Symptome und Erkrankungen innerhalb des Krebskontinuums.

Literatur

1. Kienle GS, Albonico HU, Baars E, et al. Anthroposophic medicine: an integrative medical system originating in Europe. *Glob Adv Health Med* 2013;2(6):20–31
2. Martin D. 100-year anniversary of anthroposophic medicine as an integrative medical system. *Complement Med Res* 2020;27(6):375–378
3. Steiner R, Wegmann I. Grundlegendes für eine Erweiterung der Heilkunst nach geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen. GA 27, Erstausgabe 1925, 8. Unveränderte Auflage 2014. Rudolf Steiner Verlag, Basel
4. Baars EW, Kienle GS, Heusser P, Pedersen PA, van Wietmarschen HA, Kiene H, von Schoen-Angerer T, Hamre HJ. Anthroposophic Medicinal Products: A Literature Review of Features, Similarities and Differences to Conventional Medicinal Products, Scientific and Regulatory Assessment. *Glob Adv Health Med*. 2022 Mar 8;11:21649561211073079
5. Bartelme RR. Anthroposophic Medicine: a short monograph and narrative review – Foundations, essential characteristics, scientific basis, safety, effectiveness and misconceptions. *Glob Adv Health Med*

Die vollständige Literatur

am Onlinebeitrag unter www.medinfo-verlag.ch

Klassische Homöopathie in der Integrativen Onkologie

Autor

PD Dr. med. Florian Strasser

Einleitung und Definitionen

Die klassische Homöopathie (KH) basiert auf dem Ansatz, für individuelle, idealerweise einzigartige, Symptome eines Menschen ein darauf möglichst gut passendes Arzneimittel (sog. Simile) zu finden.

Die umfassende Anamnese zur Symptomsammlung mit offener und strukturierter Befragung, die «Homöopathische Anamnese», mit Systemanamnese und Themen wie Ernährungspräferenzen (Geschmacksqualitäten; fettig), Erleben von Wärme/Kälte und Sonnenlicht/Durchzug, seelischen Themata, Schlafrhythmen. Idealerweise wird ein «einzigartiges» Symptom («§ 153 Symptom»: z.B. Halsschmerzen besser durch Schlucken von festen Speisen oder Verlangen nach Entblößen bei Kälte) gefunden.

Für jedes homöopathische Arzneimittel erfolgt eine Arzneimittelprüfung: Gesunde Probanden beschreiben neue Symptome, zusammen mit toxikologischen und klinischen Beobachtungen entsteht das «Arzneimittelbild». Die homöopathischen Präparate sind potenziert und gelistet (Europäische Pharmakopöe). Zur Potenzierung wird eine Substanz (Pflanzenteile, Tierprodukte, chemisch definierte Stoffe, Mineralien) wiederholt 1:10/1:100 verdünnt und intensiv verschüttelt/verrieben. Damit werden auch Arzneimittel von unverträglichen (z.B. Silber, Jod, Petrol) oder giftigen (Schlangengift, Eisenhut, Arsen) Substanzen hergestellt. Die Wirkung von homöopathischen Hochpotenzen (ohne nachweisbare Moleküle) kann u.a. Modifikationen der Moleküldynamik betreffen (1, 2) neben insgesamt 14 verschiedenen theoretischen Modellen (3) und erklärt werden durch eine Erweiterung des naturwissenschaftlichen Materieverständnisses (4).

Ein passendes Arzneimittel wird in der Arzneimittel-Symptomsammlung («Materia medica») gesucht mithilfe eines «Repertoriums» (Bücher, Software).

Die Verlaufsbeobachtung evaluiert den Symptomverlauf und allgemeine Verlaufsparemeter (Energieniveau, Wohlbefinden, Temperaturempfindlichkeiten, Appetit, Meneses, Schlaf etc.) und fokussiert auf eine Erstreaktion, die Krankheitsentwicklung und die Entwicklung der Symptome nach der Anwendung des homöopathischen Arzneimittels. Bei akuten Verletzungen oder Infekten existieren sog. bewährte Arzneimittel, die mittels einer sehr kurzen Anamnese ermittelt werden können (Commotio, Distorsion, Insektenstich, Otitis media etc.).

Die KH erfordert eine ärztliche Weiterbildung mit SIWF-Fähigkeitsausweis Homöopathie (SVHA) (5). Daneben existieren nicht ärztliche Ausbildungen (eidgenössisches Diplom, Abrechnung nur über Zusatzversicherung).

Der Begriff Homöopathie wird auch verwendet (6) bei Anwendung von potenzierten Arzneimitteln bei Situationen mit allgemeinen Krankheitsbegriffen (z.B. «Schnupfen/Erkältung», «Gelenkschmerzen»), aber ohne individualisierte Anamnese und Arzneimittelwahl. Eine Umfrage bei

allen Ärzten des Kantons Zürich (n = 4052, Antwortrate 38%; 2.4% homöopathische Spezialisten) (7) zeigte, dass 23% mind. 1 x/Jahr homöopathische Arzneimittel verschrieben, davon 50.4% mit Erwartungen an eine spezifische Wirkung und 21.4% eines Placeboeffekts; 53% aller Ärzte unterstützen den Einsatz von homöopathischen Arzneimitteln (8).

Diagnostik und therapeutisches Vorgehen der KH in der Integrativen Onkologie

Die KH-Erstkonsultation beinhaltet typischerweise eine fokussierte körperliche Untersuchung, aber keine speziellen Laboruntersuchungen. Die homöopathische Behandlung erfolgt begleitend zur onkologischen Behandlung. Bei krebserkrankten Menschen können akute Nebenwirkungen (Toxizität) der krebsspezifischen Behandlung oder der Krebserkrankung und deren Folgen (z. B. Fatigue, CINP, Angst, Schlafprobleme, Wallungen [9], postoperatives Serom/Blutungen nach Mastektomie) [10]) mit einer (typischen, nur teilweise individualisierten) Auswahl (s. o.) von homöopathischen Arzneimitteln behandelt werden (11), dies als Teil einer supportiven onkologischen Behandlung (12). Diese wird in Frankreich von einer Mehrheit von Onkologen angestützt (13) und in Strasbourg von 1/3 der Patienten angewendet (14). Bei 98 009 Patientinnen mit neuer Brustkrebsdiagnose und Mastektomie (nationales französisches Datenregister) bekam jede 4. Frau homöopathische Arzneimittel, die supportive Medikation für Nebenwirkungen der Krebstherapie war signifikant weniger bei ≥ 3 homöopathischen Dosen (15). Die günstige und nebenwirkungsarme homöopathische Behandlung mit fokussierter Anamnese wird in ressourcenarmen Situationen gerne eingesetzt (16).

Die Risiken der KH sind klein aufgrund der minimalen substanziellen Arzneimittelwirkung.

Evidenzlage der Homöopathie

Die Grundlagenforschung (17) untersucht die Frage, ob potenzierte homöopathische Arzneimittel spezifische Wirkungen zeigen im Vergleich zu nicht potenzierten Arzneimitteln: Die Datenlage unterstützt mit Evidenz aus physikalisch-chemischen (18), In-vitro- (19), Pflanzen- (20) und Tier- (21)-basierten Experimenten eine solche Wirkung, die aber nicht mit einer heute verfügbaren Begrifflichkeit und Messmethode definiert werden kann.

Die Datenlage der klinischen Homöopathieforschung basiert auf mehreren Hundert randomisierten Studien (z. B. Insomnie [22]) mit vielen Metaanalysen zu verschiedenen spezifischen Indikationen (z. B. schwere Depression [23], Fibromyalgie [24]). Der indikationsübergreifende Unterschied von Homöopathie und Placebo wurde in sechs Metaanalysen untersucht, welche zusammengefasst wurden (25), mit besserer Gesamtwirkung allgemeiner Homöopathie als Placebo. Die Gesamtevidenz für Homöopathie (hoch/moderat/niedrig/sehr niedrig) war hoch für KH (Metaanalyse mit niedrigem [26] und hohem [27] Verzerrungsrisiko) und moderat für nicht individualisierte Homöopathie (niedriges Verzerrungsrisiko [28]).

Eine individualisierte KH-Behandlung wurde bei onkologischen Patienten in vier randomisierten Studien ein-

gesetzt (29). Zwei «Single-center»-Pilotstudien (Glasgow/UK, n = 47) (30); Seattle/USA, n = 83) (31) dokumentierten Hinweise für bessere Wirkung gegenüber Placebo von KH (Vergleich 1:1) oder einer homöopathischen Einzel- oder Kombinationssubstanz (Vergleich 1:2). Eine «Single-center»-Studie dokumentierte bei 194 Patienten mit KH parallel zur systemischen Krebstherapie Hinweise für bessere Lebensqualität gegenüber 179 Kontrollpatienten (32). Eine nachfolgende doppelblind-placebokontrollierte randomisierte Studie dokumentierte bei 98 Menschen mit fortgeschrittenem Lungenkarzinom (NSCLC) positive Effekte von KH als ergänzende supportive Behandlung im Vergleich zu Placebo auf Lebensqualität und Gesamtüberleben (33). Die Studie wurde kritisiert aus konzeptueller «Generalkritik» (34) und methodischen Gründen (35), die fehlenden methodischen Angaben wurden nach vertiefter Analyse ergänzt (36).

Die Placeboforschung dokumentiert Hinweise für bessere Wirkungen von «aktivem» Placebo (der Patient wird informiert, sog. open-label) (37) gegenüber klassischem Placebo (38). In der individualisierten Homöopathie werden den Patienten typischerweise keine Informationen abgegeben über die erwartete Wirkung des Arzneimittels.

Qualitätskriterien und Zusammenarbeit mit weiteren Disziplinen der Integrativen Onkologie

Der Einsatz von KH in der (komplexen) Onkologie erfordert sehr gute Zusammenarbeit und proaktive, transparente Kommunikation und Absprache mit onkologischen und anderen integrativ-medizinischen Disziplinen. Dazu gehört auch eine aktive Zuweisung bei ungenügenden Effekten oder (zu) hohen Erwartungen von Patienten (siehe Artikel Edukation).

Fazit

Die KH kann als eine von Patient/-innen oft erwünschte, nebenwirkungsarme und wissenschaftlich belegte Behandlungsform in der Integrativen Onkologie eingesetzt werden, sofern eine transparente und proaktive Zusammenarbeit mit onkologischen Fachpersonen gewährleistet wird.

Literatur

- Cartwright SJ. Homeopathic potencies may possess an electric field(-like) component: evidence from the use of encapsulated solvatochromic dyes. *Homeopathy*. 2020;109(1):14-22.
- Pinto A, Nagai M, Coimbra EN, et al. Bioresilience to Mercury Chloride of the Brine Shrimp *Artemia Salina* after Treatment with Homeopathic *Mercurius Corrosivus*. *Homeopathy*. 2021;110(4):244-55.
- Dombrowsky C, Klein SD, Würtenberger S, Baumgartner S, Tournier AL. Mapping the Theories and Models on the Mode of Action of Homeopathy: A Scoping Review. *J Integr Complement Med*. 2025 Jun 11.
- Kiene H, Hamre HJ. Eine zentrale Frage zur Komplementärmedizin: Gibt es in der Natur ausser den physikalischen Grundkräften noch weitere Kräfte? *Complement Med Res* 2024;31(1): 64–70.
- https://svha.ch/f_higkeitsausweis_hom_opathie
- https://www.ikim.unibe.ch/forschung/uebersichten_zum_stand_der_forschung/homeopathie/index_ger.html
- Markun S, Maeder M, Rosemann T, Djalali S. Beliefs, endorsement and application of homeopathy disclosed: a survey among ambulatory care physicians. *Swiss Med Wkly*. 2017 Oct 12;147:w14505.
- Righetti M, von Ammon K, Malchow H, Frei-Erb M, Bläuer F, Etter G. Comments on the Article 'Beliefs, Endorsement and Application of Homeopathy Disclosed: A Survey among Ambulatory Care Physicians' by Markun et al. *Complement Med Res*. 2018;25(6):417-418.

Die vollständige Literatur

am Onlinebeitrag unter www.medinfo-verlag.ch

Medizinische Hypnose

Autorinnen

Dr. med. Natacha Bordry

Prof. Dr. med. Chantal Berna

Einleitung und Definition

Hypnose ist eine Intervention, die Körper und Geist einbezieht und einen Zustand fokussierter Aufmerksamkeit und erhöhter Suggestibilität herbeiführt (1). Sie wird eingesetzt, um Patienten dabei zu helfen, ihre Wahrnehmungen, Empfindungen und Reaktionen auf Symptome zu verändern (2). Dieser psychologische Zustand wird durch geführte therapeutische Kommunikation, positive Sprache und massgeschneiderte Suggestionen erreicht, unterstützt durch eine starke Beziehung zwischen Therapeuten und Patient (3). Die klinische Hypnose, angewandt von ausgebildeten Therapeut/-innen, wird bei Krebspatienten (noch) wenig angewandt (4), möglicherweise bedingt durch begrenztes Bewusstsein, begrenzte Verfügbarkeit und verbreitete Missverständnisse – wie Ängste, die Kontrolle zu verlieren oder manipuliert zu werden (5).

Der Begriff Hypnose kann auch verwendet werden bei Anwendung einer Sprache («kommunikative Hypnose») mit Vermeidung negativer Formulierungen (z.B. wird «das wird stechen» ersetzt durch «diese Medikation betäubt die Stelle») und Optimierung von Patientenerwartungen (6). Die bewusste Fokussierung auf positive Lebens- und Erfahrungsaspekte wie Dankbarkeit (7, 8), eigene Ressourcen (9) und Lebenssinn (10, 11), als einzelne Massnahmen oder kombiniert als «Positive Psychologie Intervention» (12), enthält auch Elemente der Hypnose, es kann der Begriff Selbsthypnose verwendet werden. Dies betrifft auch Veränderungen der eigenen Denkweise (Mindset-Change) mit wachsender neurowissenschaftlicher Grundlage (13) und viele Aspekte der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) (14) (z.B. bei Insomnie [15] oder Fatigue [16], siehe Kapitel Survivorship). Bei vielen Mind-Body-Interventionen spielen (selbst-)hypnotische Elemente eine Rolle (siehe Kapitel Mind Body Medicine), auch bei Anwendung von Open-label-Placebo (17, 18).

Klinische Anwendungen von Therapeut/-innen geleiteten Hypnosen werden zunehmend in der perioperativen Anästhesie (19) eingesetzt, bei menopausalen Symptomen (20) und auch in der Onkologie (s. u.).

Diagnostik und therapeutischer Ansatz

Eine sorgfältige diagnostische Beurteilung des Patienten ist notwendig, um Sicherheit und Eignung der klinischen Hypnosetherapie zu gewährleisten. Wichtige Aspekte ist der medizinische und psychologische Zustand des Patienten, seine Bereitschaft sowie das Fehlen wesentlicher Gegenanzeigen.

Zu den wichtigsten Kontraindikationen der klinischen Hypnose gehören:

- schwere psychotische Erkrankungen wie Schizophrenie und paranoide Störungen
- starke dissoziative Störungen
- aktive Wahnvorstellungen oder Halluzinationen
- schwere kognitive Beeinträchtigungen und Demenz

- nicht kontrollierte Epilepsie
- akute Intoxikationen oder aktueller Konsum von Substanzen, die die Bewusstseinslage stark beeinträchtigen (z.B. Alkohol, Drogen)

Zur Diagnose gehören auch die Klärung und Vereinbarung der Indikation resp. des individuellen Ziels der klinischen Hypnosetherapie.

Klinische Hypnose wird klassischerweise in Einzelgesprächen von Fachleuten – Ärzten, Psychologen oder Pflegekräften mit zertifizierter Expertise (21) in klinischer Hypnose – durchgeführt. Indikationen für Gruppensitzungen umfassen z.B. Stressbewältigung, Angststörungen, bestimmte Suchterkrankungen (z.B. Raucherentwöhnung) oder Unterstützung bei chronischen Erkrankungen, bei denen die Stärkung der persönlichen Ressourcen in der Gruppe vorteilhaft ist.

Der Prozess der klinischen Hypnosesitzung dauert von wenigen Minuten bis 1–3 Stunden und umfasst üblicherweise:

- Induktion in einen entspannten, fokussierten Zustand
- Übermittlung personalisierter Suggestionen und Nutzung mentaler Bilder, z. B.
 - zur Veränderung der Wahrnehmung von Symptomen
 - zum Kennenlernen von «inneren Familienmitgliedern»
 - zum Entdecken und Stärkung sog. innerer Kraftwesen
- allmähliche Rückkehr zum normalen Bewusstsein

Das Intervall zwischen Sitzungen der klinischen Hypnose umfasst typischerweise 1–3 Wochen, angepasst an die individuelle Situation, den Zustand des Patienten und die Art des Problems. Die Behandlungsdauer variiert je nach Bedarf.

Evidenz der klinischen Hypnose und Hauptindikationen in der Integrativen Onkologie

Die Datenlage für die potenzielle Wirksamkeit von klinischer Hypnose in der Onkologie nimmt zu, angewandt sowohl in Einzelsitzungen als auch in Selbsthypnoseformaten (1, 22). Es werden positive Effekte auf Angst, Schmerz (postoperativ, neuropathisch), Nausea, Fatigue, Medikamentenverbrauch und Hospitalisationsdauer sowie auf depressive Symptome, Insomnie, Hitzewallungen und Lebensqualität gezeigt (23).

Prozedurale Angst

Hypnose wird (ASCO-/SIO-Guideline) (24) empfohlen bei diagnostischen und therapeutischen Prozeduren in der Onkologie (intermediäre Evidenz, moderate Empfehlung).

Perioperativ-Hypnosedierung

Beispielhaft zeigte eine randomisierte Studie (Aufmerksamkeitskontrolle), dass eine 15-Minuten-Hypnosesitzung (Psychologe: geführte Imagination zur Muskelrelaxation, angenehme innere Bilder/Friede, spezifische «innere Linderung» von Nausea, postoperativer Schmerz) vor Brustkrebsoperation eine verbesserte Schmerzreduktion (25) und Patientinnenerfahrung (26) bewirkte.

Fatigue

Beispielhaft zeigte eine randomisierte Studie (Aufmerksamkeitskontrolle; n = 200 Brustkrebs, Radiotherapie), dass 15 Minuten Hypnose (zu Beginn und Ende der Radio-

therapie, dazwischen wöchentlich 5 Minuten) in Kombination mit KVT eine klinisch und statistisch signifikante Verbesserung der Fatigue nach Abschluss der Radiotherapie und 1 bis 6 Monate danach aufweist (27) (siehe auch Artikel Survivorship).

Schlafstörungen

Beispielhaft zeigte eine Wartelisten-randomisierte Studie (n = 95 cancer survivors), dass eine kombinierte Self-Care- / Self-Hypnosis-Gruppen-Intervention (8-wöchentliche 2-Stunden-Sitzungen mit 15 Minuten Hypnose) eine signifikante Verbesserung der Schlafstörung (ISI) nach 3 bis 12 Monaten bewirkte (28) (siehe auch Artikel Survivorship).

Für andere Symptome (z.B. chronische Schmerzen, Übelkeit/Erbrechen bei Erwachsenen und Kindern [29] bei Chemotherapie, Krebsterapie-bedingte Hitzewallungen oder Angst ausserhalb prozeduraler Kontexte) ist die wissenschaftliche Evidenz noch limitiert.

Qualitätskriterien

Die therapeutische Qualität der Hypnose in der Onkologie hängt ab von der Kompetenz der Behandler, der Einhaltung ethischer Standards und transparenter Kommunikation. Der Titel «Hypnotherapeut» ist in den meisten Ländern nicht geschützt.

Verschiedene Anbieter können Hypnose je nach Kontext und lokalen Vorschriften durchführen, weshalb die Qualifikation der Therapeuten idealerweise durch renommierte Organisationen wie die International Society for Hypnosis (ISH) geprüft werden sollte.

Qualitativ hochwertige Hypnose erfordert:

- Therapeut/-innen mit medizinischem Hintergrund und Hypnoseexpertise
- ethisches Arbeiten im Rahmen ihrer Zulassung (z.B. nach ISH-Ethikkodex)
- sorgfältige Dokumentation der Techniken und Patientenergebnisse
- Kommunikation mit anderen Gesundheitsfachkräften
- Aufmerksamkeit für Patientensicherheit und verbale Einwilligung

Fazit

Klinische Hypnose kann als wirksame unterstützende Therapie bei onkologischen Patient/-innen eingesetzt werden zur Behandlung akuter und postoperativer Schmerzen, von Fatigue, Schlafproblemen oder anderen Symptomen bei qualifizierter Anwendung durch gut ausgebildete Therapeut/-innen mit medizinischem Hintergrund.

Literatur

1. Zahedi A, Jay Lynn S, Sommer W. How hypnotic suggestions work - A systematic review of prominent theories of hypnosis. *Conscious Cogn.* 2024 Aug;123:103730.
2. Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. *Am J Clin Hypn.* 2015 Apr;57(4):378–85.

Die vollständige Literatur

am Onlinebeitrag unter www.medinfo-verlag.ch

Mind Body Medicine und Mind-Body-Verfahren in der Integrativen Onkologie

Autorinnen

Dr. med. Marie-Estelle Gagnard

Prof. Dr. med. Claudia M. Witt

Einleitung und Definitionen

Mind Body Medicine ist ein modernes, wissenschaftlich basiertes, integratives Konzept. Es verbindet den Körper mit der Psyche, vermittelt Self Care und wird sowohl präventiv als auch therapeutisch eingesetzt. Durch multimodale Therapiekonzepte sollen Symptome reduziert, Ressourcen und Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Eine universitäre Weiterbildung erfolgt in der Schweiz nur an der Universität Zürich (1) und sichert zusammen mit dem Fachverband (2) die Qualität der Angebote.

Werden einzelne Interventionen verwendet, spricht man von Mind-Body-Verfahren (z.B. Achtsamkeitsinterventionen, Yoga, Tai Chi, Qi Gong, geführte Imagination, Atemübungen und klinische Hypnose). Ziel der Anwendung der Verfahren ist es, Krebspatient/-innen durch Reduktion psychischer Belastungen, verbessertes Symptommanagement und gesteigerte Lebensqualität während der gesamten Behandlung zu unterstützen. Trotz unterschiedlicher Formen beruhen die eingesetzten Techniken auf einem gemeinsamen Prinzip: Sie fördern die bewusste Wahrnehmung innerer Erfahrungen – emotional, kognitiv und körperlich – und ermöglichen einen veränderten Umgang damit (3). Unter den Mind-Body-Verfahren sind achtsamkeitsbasierte Interventionen am bekanntesten. Sie basieren auf dem Konzept der Achtsamkeit – häufig beschrieben als «nicht wertende Wahrnehmung des gegenwärtigen Moments» – und werden meist in strukturierten Gruppenformaten angeboten, insbesondere im Rahmen des Programms «Mindfulness-Based Stress Reduction» (MBSR) (4). MBSR-Angebote in der Schweiz findet man über den Fachverband (5). In einigen Kerndisziplinen der Integrativen Onkologie (siehe Kapitel Anthroposophisch erweiterte Medizin, Integrative Pflege und TCM in diesem Artikel) werden auch Mind-Body-Verfahren eingesetzt.

Diagnostik und therapeutisches Vorgehen

In der Mind Body Medicine steht das konzeptionelle Vorgehen im Vordergrund. Mind Body Medicine versteht den Menschen als Ganzes, bezieht seine Lebenswelt ein, orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen der Patient/-innen und integriert Achtsamkeit als zentrales Element in die therapeutischen Ansätze (2). Konzepte und Methoden aus der Gesundheitspsychologie inkl. Motivation für Verhaltensänderungen (HAPA-Modell [6]) spielen eine wichtige Rolle, und die Mind-Body-Verfahren werden individualisiert.

Diagnostik und das Vorgehen der einzelnen Mind-Body-Verfahren unterscheiden sich stark und hängen auch von deren Einbettung in komplementärmedizinische Therapiesysteme ab (z.B. Tai Chi als Teil der TCM oder Heileurythmie als Teil der Anthroposophisch erweiterten Medizin). Mind-Body-Verfahren sind in der Regel nicht medikamen-

tös und nicht invasiv und damit zumeist risikoarm. Bei bekannter schwerer Depression oder Angststörungen ist eine ärztlich-psychiatrische Verordnung und Begleitung notwendig (30).

Onkologie-spezifische Angebote

Es gibt spezielle für Krebspatient/-innen entwickelte Angebote (siehe www.integrative-oncology.ch). Zum Beispiel sind «Mindfulness-Based Cancer Recovery» (MBCR) und «Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Cancer» (MBCT-Ca) Onkologie-spezifische Weiterentwicklungen der MBSR (7, 8). MBCR integriert Achtsamkeitspraktiken mit psychoedukativen Inhalten (7), und MBCT-Ca basiert auf dem ursprünglichen MBCT-Protokoll (Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie) und kombiniert Achtsamkeit mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Strategien (8). Beide Programme werden, ebenso wie die MBSR, über acht Wochen mit wöchentlichen Gruppensitzungen sowie einem ganztägigen Retreat angeboten.

Evidenzlage zu Mind-Body-Verfahren in der Onkologie

Mind-Body-Verfahren gehören zu den häufigsten Empfehlungen in Leitlinien (siehe Artikel Edukation). Für achtsamkeitsbasierte Interventionen zeigen Studien und Metaanalysen eine Effektivität bei der Reduktion von Angst, Depression und Stress – häufige Belastungen bei Menschen mit Krebs. Auch bei der Verbesserung von Schmerzen, Fatigue, Schlafqualität und der allgemeinen Lebensqualität zeigten sich kleine bis grosse Effektstärken (9, 10). In der MINDSET-Studie war z.B. die MBCR der supportiv-expressiven Therapie deutlich überlegen sowohl in der Stressreduktion als auch in der Förderung sozialer Unterstützung – mit anhaltenden Effekten nach einem Jahr (11). Eine weitere randomisierte Studie zeigte, dass sowohl die Präsenz- als auch die Onlineversion von MBCT psychische Belastungen wirksamer reduzierten als die übliche Versorgung – insbesondere hinsichtlich Rückfallangst, Achtsamkeit und mentaler Lebensqualität (12). Die MATCH-Studie verglich Achtsamkeitsmeditation und Tai Chi, wobei auch die Präferenzen der Teilnehmenden berücksichtigt wurden, was zwar die Teilnahmebereitschaft und Zufriedenheit erhöhte, aber keinen Einfluss auf die Wirksamkeit hatte (13). Über die reine Symptomreduktion hinaus fördern achtsamkeitsbasierte Interventionen eine nachhaltige psychologische Anpassung, indem sie die emotionale Regulation, Resilienz und Fähigkeit zur Bewältigung existenzieller Belastungen – wie Angst vor Rückfällen oder Unsicherheit – mit grösserer Klarheit und Akzeptanz stärken (12, 14, 15). Neuere Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass achtsamkeitsbasierte Interventionen auch biologische Prozesse beeinflussen können, die mit Stress und zellulärer Alterung in Verbindung stehen (Veränderungen in Bezug auf den Tagesrhythmus des Cortisols [6, 17], die Herzratenvariabilität [18], Entzündungsmarker [19–21] und die Telomerlänge [22] nach regelmässiger Achtsamkeitspraxis [23–26]).

Implementierung und Qualitätskriterien

Die Formate der Angebote variieren von Einzelkonsultationen bis hin zu Gruppenangeboten, wobei sie zumeist

von Ärztinnen, Psychologinnen und Personal der Gesundheitsberufe angeboten werden. Mit der digitalen Transformation der Medizin werden Angebote zunehmend flexibel und skalierbar – was den Zugang für Patient/-innen mit Mobilitätseinschränkungen, Fatigue oder geografischer Isolation erleichtert. Die kürzlich veröffentlichte randomisierte CanRelax-Studie (27) zeigte beispielsweise, dass eine App mit Achtsamkeits- und Entspannungsübungen, unterstützt durch einen Chatbot, psychische Belastung reduzieren kann.

Die einzelnen Mind-Body-Verfahren unterscheiden sich in der Qualitätssicherung und den Ausbildungsstandards und werden durch spezialisierte Fachverbände (z. B. MBSR-Verband Schweiz [5]) geregelt. Der Schweizer Fachverband für die Mind Body Medicine hat auch Grundsätze zur Qualitätssicherung formuliert (2). Mind Body Medicine soll ausschliesslich von qualifizierten Fachpersonen (Medizin, Psychologie Gesundheitsberufe) mit Zusatzqualifikation in Mind Body Medicine in einem adäquaten Setting angeboten werden. Das Angebot ist zudem methodisch nachvollziehbar, transparent und frei von ideologischen Prägungen zu gestalten und soll sich kontinuierlich weiterentwickeln, basierend auf wissenschaftlicher Evidenz und praktischen Erfahrungen.

Fazit

Mind Body Medicine und Mind-Body-Verfahren lassen sich gut mit der Tumorthherapie kombinieren und ermöglichen eine aktive Teilnahme von Patient/-innen im Therapieprozess. Eine hochwertige Implementierung erfordert institutionelle Unterstützung (28, 29) und ausreichend Ressourcen. Die Angebote müssen die vielfältigen Bedürfnisse der Patient/-innen – einschliesslich schwer erkrankter Personen – berücksichtigen und kulturell, sprachlich sowie sozioökonomisch sensibel gestaltet sein. Die Integration dieser Interventionen in bestehende onkologische Versorgungspfade und die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen stärken eine nachhaltige Implementierung.

Literatur

1. Zurich, U.o. CAS in Gesundheitspsychologischer Lebensstiländerung und Mind Body Medicine. 2025 (cited 2025 September 2025); Available from: <https://www.psychologie.uzh.ch/de/bereiche/sob/angsoz/CAS.html>.
2. Medicine, S.F.M.B. Schweizer Fachverband Mind Body Medicine. 2025 (cited 2025 11 September 2025); Available from: <http://sfmbm.org>.
3. Carlson, L.E. and B.D. Bultz, Mind-body interventions in oncology. *Curr Treat Options Oncol*, 2008. 9(2-3): p. 127-34.
4. Kabat-Zinn, J., Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. 1990, New York, NY: Delacorte.
5. Schweiz, M.-V. Mindfulness Swiss. 2025 (cited 2025 11 September 2025); Available from: <https://www.mindfulness.swiss/>.
6. Schwarzer, R., Health Action Process Approach (HAPA) as a Theoretical Framework to Understand Behavior Change. *Actualidades en Psicología*, 2016. 30(121): p. 119-130.
7. Linden, W., Linda E. Carlson and Michael Specia: Mindfulness-Based Cancer Recovery: A Step-By-Step MBSR Approach to Help You Cope with Treatment & Reclaim Your Life. *Mindfulness*, 2011. 2: p. 216-217.
8. Bartley, T., Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Cancer: Gently Turning Towards. 2011.
9. Haller, H., et al., Mindfulness-based interventions for women with breast cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Acta Oncol*, 2017. 56(12): p. 1665-1676.

Die vollständige Literatur

am Online-Beitrag unter www.medinfo-verlag.ch

Phytotherapie in der Integrativen Onkologie

Autorinnen

Dr. med. Natalie Kalbermatten

Dr. med. Tilly Nothhelfer

Einleitung und Definition

Phytotherapie – die medizinische Anwendung pflanzlicher Arzneimittel – gehört zu den ältesten Heilverfahren der Menschheitsgeschichte (1, 2). Sie ist seit Jahrhunderten ein fester Bestandteil verschiedener traditioneller Medizinsysteme. Viele ihrer historischen Anwendungen konnten im Verlauf durch moderne pharmakologische Forschung bestätigt oder zumindest plausibilisiert werden (3–6). Phytotherapie besitzt im mitteleuropäischen Raum eine lange kulturelle Tradition und ist insbesondere in der Volksmedizin fest verankert (7). In der Schweiz ist sie insbesondere im deutschsprachigen Teil beliebt und wird breit genutzt (8).

Pflanzliche Arzneimittel liegen in vielfältigen Darreichungsformen vor – von Tees und Tinkturen über standardisierte Extrakte bis zu Zubereitungen für die äussere Anwendung. Ihre Herstellung erfolgt mittels definierter Extraktionsverfahren (ethanolisch, wässrig, CO₂), wodurch Zusammensetzung und Dosierung nachvollziehbar werden. Entscheidend ist die Abgrenzung von zugelassenen pflanzlichen Arzneimitteln zu nicht geprüften Nahrungsergänzungsmitteln (NEM), die keiner Zulassungspflicht unterliegen und teils erhebliche Qualitätsunterschiede aufweisen; insbesondere im onkologischen Kontext wird von nicht geprüften NEM abgeraten (9, 10).

Pflanzliche Arzneimittel unterscheiden sich grundlegend von konventionellen Monosubstanzpräparaten: Sie stellen komplexe Vielstoffgemische dar, deren therapeutische Wirksamkeit häufig auf synergistischen oder modulierenden Effekten mehrerer Inhaltsstoffe beruht. Im Gegensatz dazu gelten isolierte Einzelsubstanzen pflanzlichen Ursprungs, wie beispielsweise Cannabidiol (CBD) oder Curcumin, nicht als pflanzliche Arzneimittel im eigentlichen Sinn. Ein Beispiel für den beschriebenen synergistischen Effekt ist Johanniskraut (*Hypericum perforatum*), dessen antidepressive Wirkung nur im Zusammenspiel verschiedener Inhaltsstoffe reproduzierbar ist (11, 12). Ein weiteres Charakteristikum pflanzlicher Vielstoffgemische ist ihre sogenannte Pleiotropie: Viele phytotherapeutische Arzneimittel entfalten gleichzeitig mehrere Wirkungen. Ein Beispiel hierfür ist Ingwer (*Zingiber officinale*), welcher, vermutlich über eine Modulation serotonerger (5HT₃) und weiterer Rezeptorsysteme im Gastrointestinaltrakt und Zentralnervensystem, antiemetisch wirksam ist (13–15) – für Chemotherapie-induzierte Übelkeit und Erbrechen (CINV) ist die Evidenzlage allerdings heterogen (16) – und darüber hinaus analgetische, antiinflammatorische und antioxidative Eigenschaften besitzt (17).

Diagnostik und therapeutisches Vorgehen

Eine Orientierungshilfe für die klinische Anwendung pflanzlicher Arzneimittel bieten die Monografien inter-

nationaler Fachgremien wie der Europäischen Arzneimittelagentur (Committee on Herbal Medicinal Products, EMA-HMPC), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der European Scientific Cooperative on Phytotherapy (ESCOP). Diese Monografien unterscheiden zwischen «well-established use» (wissenschaftlich belegte Wirksamkeit auf Grundlage klinischer Studien) und «traditional use» (langjährige medizinische Nutzung mit Plausibilität durch pharmakologische Daten und Erfahrung) (18). Diese Unterscheidung verdeutlicht die Spannbreite zwischen studiengestützter Anwendung und systematisch dokumentiertem Erfahrungswissen.

Evidenz der Phytotherapie und typische Indikationen in der Onkologie

Viele Patient/-innen mit Krebserkrankungen interessieren sich für pflanzliche Arzneimittel als Ergänzung zu ihrer konventionellen Therapie (19). Orientierung könnte hier für behandelnde Ärzt/-innen die S3-Leitlinie «Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen Patient/-innen» bieten (20). Sie fokussiert jedoch ausschliesslich auf randomisierte kontrollierte Studien in onkologischen Populationen. Das schafft zwar eine hohe methodische Qualität, grenzt die Anwendbarkeit aber erheblich ein: Präparate mit guter Evidenz in nicht onkologischen Populationen – etwa orales Lavendelöl bei Angststörungen (21) – werden nicht berücksichtigt. Entsprechend enthält die Leitlinie nur wenige «Kann»-Empfehlungen, etwa für Mistel (*Viscum album*) zur Verbesserung der Lebensqualität, Traubensilberkerze (*Cimicifuga racemosa*) bei klimakterischen Beschwerden unter antihormoneller Therapie, Indischen Weihrauch (*Boswellia serrata*) beim tumorassoziierten Hirnödemen, Ginseng (*Panax ginseng* bzw. *quinquefolius*) bei Fatigue oder Cannabinoide bei Schmerzen und CINV. Die limitierte Evidenzlage ist im Wesentlichen methodisch bedingt: Die komplexe Zusammensetzung pflanzlicher Präparate mit variablen Inhaltsstoffgehalten erschwert eine Standardisierung, verlässliche Daten zu Dosierung und pharmakokinetischen Parametern fehlen häufig, gerade auch in besonderen Patientenkollektiven. Zudem ist eine adäquate Placebokontrolle aufgrund charakteristischer sensorischer Eigenschaften vieler Präparate nur eingeschränkt möglich (22). Um den tatsächlichen Nutzen pflanzlicher Arzneimittel im klinischen Alltag besser abzubilden, fordern Fachgesellschaften zunehmend eine Ergänzung durch hochwertige Real-World-Daten (23, 24).

Qualitätskriterien für Phytotherapie in der Onkologie

Zugelassene pflanzliche Arzneimittel weisen in der Allgemeinbevölkerung in der Regel ein günstiges Sicherheitsprofil auf (25). Bei onkologischen Patient/-innen können jedoch besondere Bedingungen wie eingeschränkte Organfunktionen oder parallele medikamentöse Therapien das Risiko verändern (26, 32).

Vor dem Einsatz von Phytotherapeutika im onkologischen Kontext ist – wie bei anderen Arzneimitteln – eine sorgfältige Prüfung möglicher Interaktionen erforderlich. Hierfür stehen verschiedene spezialisierte Datenbanken zur Verfügung, etwa «About Herbs, Botanicals & Other Products»

des Memorial Sloan Kettering Cancer Center (<https://www.mskcc.org/cancer-care/diagnosis-treatment/symptom-management/integrative-medicine/herbs>). Die dort aufgeführten Interaktionsrisiken beruhen jedoch häufig auf In-vitro-Daten und sind daher nur begrenzt auf die klinische Situation übertragbar. So sind viele Pflanzeninhaltsstoffe schlecht resorbierbar oder werden rasch metabolisiert (27), sodass angenommen wird, dass sie zumindest teilweise lokal im Gastrointestinaltrakt oder über das intestinale Mikrobiom wirksam sein könnten (28). Um das Interaktionsrisiko weder zu über- noch zu unterschätzen, ist neben der Datenbankrecherche pharmakologisches sowie fundiertes phytotherapeutisches Fachwissen erforderlich. Neben den vorher genannten pharmakokinetischen sind auch pharmakodynamische Interaktionen zu berücksichtigen. Ein wichtiges Beispiel hierfür sind Phytoöstrogene, die eine schwache Affinität zu Östrogenrezeptoren aufweisen. Hauptquellen sind Soja (*Glycine max*) und Rotklee (*Trifolium pratense*). Während niedrig dosierte Nahrungsquellen wie traditionelle Sojaprodukte als unproblematisch gelten, sollten hoch dosierte Isoflavon-Extrakte bei Hormonrezeptor-positivem Mammakarzinom vermieden werden (20, 29).

Fazit

Phytotherapie gewinnt im Kontext von «One Health» und Nachhaltigkeit zunehmend an Bedeutung. In einigen Indikationen – etwa unkomplizierte Harnwegsinfekte – empfehlen nationale Leitlinien bereits den bevorzugten Einsatz pflanzlicher Arzneimittel, um den Antibiotikaverbrauch zu reduzieren (30). In der Onkologie kann Phytotherapie – studiengestützt oder sorgfältig begründet erfahrungsbasiert eingesetzt – einen Beitrag zur Symptomkontrolle und Lebensqualität leisten. Neben pharmakologischen Effekten spielen auch kulturelle und sinnliche Aspekte eine Rolle: Zubereitungsrituale, der Duft einer Pflanze oder die Verbindung zu einer langen medizinischen Tradition können das subjektive Erleben positiv beeinflussen. Diese Aspekte sollten jedoch nicht als «blosser Placeboeffekt» verstanden werden, sondern als integraler Bestandteil einer patientenzentrierten, ganzheitlichen Therapie, die sowohl physiologische als auch psychosoziale Wirkmechanismen berücksichtigt (31).

Literatur

1. Mills S, Bone K. Principles and Practice of Phytotherapy. 2nd ed. Churchill Livingstone; 2013
2. Fabricant DS, Farnsworth NR. The value of plants used in traditional medicine for drug discovery. *Environ Health Perspect.* 2001;109 Suppl 1:69–75.
3. Cragg GM, Newman DJ. Natural products: A continuing source of novel drug leads. *Biochim Biophys Acta.* 2013;1830(6):3670–3695.
4. Li JW-H, Vederas JC. Drug discovery and natural products: end of an era or an endless frontier? *Science.* 2009;325(5937):161–165.
5. Pan SY, Zhou SF, Gao SH, et al. New perspectives on how to discover drugs from herbal medicines: CAM's outstanding contribution to modern therapeutics. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2013;2013:627375.
6. Dal Cero C, Saller R, Weckerle CS. The use of the local flora in Switzerland: A comparison of past and recent medicinal plant knowledge. *J Ethnopharmacol.* 2015;168:143–151.
7. Wolfender JL, Queiroz EF, Hostettmann K. Phytochemistry in the post-genomic era. *Phytochemistry.* 2013;91:1–4.

Die vollständige Literatur

am Online-Beitrag unter www.medinfo-verlag.ch

Integrative Pflege

Autorin

Sara Kohler, MScN

Einleitung und Definition

Die Integrative Pflege (IP) basiert auf der Definition professioneller Pflege (1). Diese umfasst [Zitat] «die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, in allen Lebenssituationen (Settings). Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung» (1).

Sie versteht sich als Ergänzung oder Erweiterung der professionellen, «konventionellen» Pflege (KP) (2, 3).

Die Erweiterung ist anhand von sechs Prinzipien darstellbar (3):

1. Menschliche Wesen sind untrennbar mit ihrer Umgebung verbunden.
2. Der Mensch hat die angeborene Fähigkeit zu Gesundheit und Wohlbefinden.
3. Die Natur hat heilende und stärkende Eigenschaften.
4. Integrative Pflege ist personenzentriert und beziehungsorientiert.
5. Integrative Pflege ist eine evidenzbasierte Praxis, die das gesamte Spektrum therapeutischer Modalitäten nutzt – von wenig bis stark intensiv/invasiv.
6. Sie konzentriert sich auf das Wohlbefinden der Pflegefachpersonen und der betreuten Personen.

Die IP umfasst ein koordiniertes professionelles Assessment des Kontextes, der Patient/-innen-Bedürfnisse (4) sowie den Einbezug der vorhandenen Evidenz (2). Sie beinhaltet zudem die Selbstfürsorge der Fachpersonen (3). IP verfolgt das Ziel, die Gesundheit der Patient/-innen zu stärken und deren Wohlbefinden sowie das ihrer Angehörigen zu fördern (3), und findet im interprofessionellen Team statt (2).

Die Salutogenese (5, 6) leitet das pflegerische Handeln ebenso wie das bio-psycho-sozial-spirituelle Modell und den Ansatz der Patientenzentrierung.

Integrative Pflegefachpersonen sind in der Lage, Patient/-innen bezüglich komplementärer Methoden zu beraten, Risiken zu erkennen und auf Basis eines integrativen Assessments (4) individualisierte Behandlungspläne zu erstellen. Je nach Hintergrund führen sie komplementäre Pflegeinterventionen (KPI) durch, die den Heilungsprozess unterstützen können. Die integrative Pflegefachperson bemüht sich aktiv um das eigene Wohlbefinden sowie das ihrer Kolleg/-innen und der behandelten Personen.

Die Curricula der KP enthalten heute, entgegen dem historischen Pflegeverständnis (7, 8), meist keine KPI mehr (9). Der ganzheitliche Pflegeansatz (z. B. «Anwendung von frischer Luft, Licht, Wärme, Ruhe und Ernährung, Förderung der Lebenskraft») (10, 11) gerät immer mehr unter Druck. Dies könnte bspw. ein Grund für 40 % Berufsaussteiger/-innen (12) sein. Auch der von 50 % der Onkologiepflegefachpersonen beklagte Zeitmangel für Zuwendung im Alltag (13)

könnte hierin begründet sein. Sinnhaftigkeit und die Möglichkeit, das Leben anderer positiv beeinflussen zu können, sind Prädiktoren für den Verbleib im Beruf (14, 15). Auch die Integration ist von jeher Bestandteil der Pflege als Disziplin – sie leitet das Denken, Handeln und die Beziehungen (3).

Um die Aus- und Weiterbildung der IP künftig zu stärken, wurden, basierend auf einem Forschungsprojekt, ein Kompetenzprofil sowie ein Handbuch für Lehrpersonen entwickelt (2). Zudem besteht ein breites Angebot an Fort- und Weiterbildungen im Bereich der komplementären Pflegeinterventionen.

Diagnostik und therapeutisches Vorgehen

Die Diagnostik wird geleitet vom Pflegeprozess (16, 17). Ausgehend von der Anamnese und dem integrativen Assessment (4) wird im interprofessionellen Team (18) die gemeinsame Zielsetzung für die Patient/-innen geplant. Die Zielsetzungen bilden dann wiederum die Basis für den individuellen Interventionsplan, welcher um KPI (18) erweitert ist und dem Prinzip folgt, sich von am wenigsten invasiv zu invasiv vorzuarbeiten (3). Aufklärung, Beratung und Anleitung sind hierbei ebenso elementare Bestandteile (19, 20). Die gemeinsame Evaluation mit den Patient/-innen und die erneute Besprechung im interprofessionellen Team setzen den diagnostisch-therapeutischen Kreislauf fort. Es handelt sich hierbei um einen iterativen Prozess, der sich jeweils an der aktuellen Situation der Patient/-innen orientiert (16).

Komplementäre Pflegeinterventionen

KPI verfolgen typischerweise das Ziel, Symptome oder Nebenwirkungen der Antitumorthérapie vorzubeugen oder zu lindern (21, 22). Es gibt einfache KPI, welche alle IP nach kurzer Einführung anwenden können (z.B. Salbenauflegen), und komplexere KPI, welche eine gezielte Fort- oder Weiterbildung benötigen (z.B. rhythmische Einreibungen oder Aromatherapie) (3). Die Auswahl der Interventionen basiert immer auf der vorhandenen Evidenz, der Expertise der IP sowie der individuellen Patient/-innen-Situation. Die KPI sollten zudem immer im Kontext der interprofessionellen Interventionsplanung gewählt werden.

Beispielhaft wird in Tab. 1 dargestellt, welcher integrative Pflegeansatz bei der Behandlung einer Schlafstörung Einsatz finden kann. In dieser Darstellung wird zudem deutlich, dass nicht zwingend alle Massnahmen durch die Pflegefachperson durchgeführt werden müssen, sondern allenfalls eine Anleitung (unter Einbezug vorhandener Angebote, bspw. der Krebsliga) oder auch eine Beratung stattfinden kann. Zudem werden immer auch andere Symptome berücksichtigt, welche allenfalls Einfluss auf den Schlaf zeigen können (z.B. Schmerz oder Hitzewallungen).

Kontraindikationen

Komplementäre Pflegeinterventionen sind meist nebenwirkungsarm (18), sollten jedoch trotzdem immer unter Berücksichtigung verschiedener Kontraindikationen wie

KPI bei Insomnie		
Tab. 1	Intensitätslevel	Indikatoren
	Level 1	<ul style="list-style-type: none"> → Einschlafschwierigkeiten → Durchschlafschwierigkeiten → Frühes morgendliches Erwachen → Milde Fatigue → Unerholsamer Schlaf
		Integrative Therapie Anpassen der Umgebung <ul style="list-style-type: none"> • Schlafhygienische Massnahmen (23) • Lichteinfluss gegen Abend reduzieren (18) • Reizreduktion (18) • Für eine kühle Raumtemperatur sorgen (18) KPI <ul style="list-style-type: none"> • Aromapflege mit Lavendel (24, 25) • Herz-Salben-Auflage mit Aurum/Lavendula cp. (18) Mind-Body-Therapien <ul style="list-style-type: none"> • Meditation (26, 27) Bewegungstherapien <ul style="list-style-type: none"> • Yoga (28)
	Level 2	<ul style="list-style-type: none"> → Einschränkungen in der Funktionalität während des Tages → Geringes Energielevel → Schläfrigkeit → Stimmungsschwankungen → Milde Fatigue → Muskelschwäche
		Interventionen Level 1 KPI <ul style="list-style-type: none"> • Lavendel-Fussbad (18) • Rosmarin-Waschung am Morgen (18) • Schlaftee (eine Tasse) (18) Mind-Body-Therapien <ul style="list-style-type: none"> • MBSR (28) • Musiktherapie Bewegungstherapien <ul style="list-style-type: none"> • Qi Gong (28) • Tai Chi (28)
	Level 3	<ul style="list-style-type: none"> → Stimmungsschwankungen → Beschwerden treten trotz ausreichender Schlafmöglichkeiten → Moderate Fatigue → Verminderte Motivation oder vermindertes Interesse an Alltagsaktivitäten
		Interventionen Level 1 KPI <ul style="list-style-type: none"> • Rhythmische Fusseinreibung mit Lavendelöl (29) Manuelle Therapien <ul style="list-style-type: none"> • Massage • Reflexologie TCM <ul style="list-style-type: none"> • Akupressur (Herz 7 oder Yin Tang) (18) • Akupunktur (Herz 7 oder Yin Tang) (18)
Anm.: eigene angepasste Darstellung in Anlehnung an Kreitzer & Koithan (2019) (3)		

relevanten Hautveränderungen, Allergien auf Einzelsubstanzen oder klinisch instabilen Situationen wie Fieber betrachtet werden. Auch Abneigungen gegen Gerüche oder Sturzgefahr (z.B. nach Öleinreibungen an den Füßen) können Aspekte sein, welche in die Entscheidungsfindung einbezogen werden sollten.

Evidenz der Integrativen Pflege

Für die Forschungsfrage der potenziellen Wirksamkeit der IP als Konzept gibt es keine spezifischen Studien. Es werden zunehmend einzelne Interventionen untersucht (30–35) und Konsensusprozesse (36) etabliert. Die methodische Qualität dieser Studien schwankt jedoch sehr und erlaubt zum aktuellen Zeitpunkt für viele Interventionen lediglich Aussagen bezüglich eines positiven Potenzials. Im Bereich der IP sollte es daher künftig ein Ziel sein, die Interventionen vermehrt auch im Setting multimodaler Therapien oder komplexer Pflegeinterventionen (37) zu untersuchen.

Implikationen für das Schweizer Setting

Übertragen auf den Schweizer Kontext bedeutet dies, dass integrative Pflegefachpersonen in der Onkologie gemeinsam im multiprofessionellen Team für die Patient/-innen einen echten Mehrwert leisten können.

In verschiedenen SNIO-Zentren (www.integrative-oncology.ch) bestehen oder entwickeln sich Angebote der IP, gefördert durch Weiterbildungen und Integration von KPI in die Routineabläufe der onkologischen Tageskliniken und Abteilungen.

Fazit

Das Konzept der IP bietet eine Chance, sowohl den Bedürfnissen der Patient/-innen als auch den Herausforderungen des Fachkräftemangels zu begegnen. Die aktuellen Entwicklungen im Bereich der Integrativen Onkologie bieten eine einmalige Chance, auch die IP zu entwickeln und damit einen Beitrag für den Erhalt und die Erweiterung professioneller Pflege zu leisten. «Das kollektive Bestreben und die Passion der Pflegefachpersonen im integrativen Setting ist, dass Integrative Pflege künftig Pflege sein wird» (3).

Literatur

1. White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H. & Stewart, D. (2025). *Renewing the Definitions of 'nursing' and 'a nurse'*. Final project report, June 2025. International Council of Nurses.
2. Lunde A, Busch M, Gunnarsdottir TJ, Falkenberg T, van Dijk M, van der Heijden MJE. Integrative Nursing – Handbook for Teachers in Nursing [Internet]. Overbosch Communicate; 2023 [cited 2025 Apr 17]. Available from: https://pure.eur.nl/ws/portalfiles/portal/83146353/Integrative_Nursing_Handbook_for_Teachers_in_Nursing.pdf
3. Kreitzer, M.J. & Koithan, M. (2019). *Integrative Nursing* (2. Aufl.). Oxford University Press.
4. Voss, M. E., Sandquist, L., Otremba, K. & Kreitzer, M. J. (2023). Integrative Nursing: A framework for Whole-Person Mental Health Care. *Creative Nursing*, 29(1), 1-19.
5. Libster, M. M. (2024). Integrative Nursing as a rudder for salutogenic system change. *J Integr Nurs*, 6, 1-2.
6. Erikson, M. & Langeland, E. (2025). Salutogenesis in the Context of Health Care. In M. Eriksson, L. Vaandrager & B. Lindström (Hrsg.) *The Hitchiker's Guide to Salutogenesis – From the Ottawa Charter for Health Promotion to Planetary Health* (2. Aufl.). Springer
7. Nightingale F. *Notes on Nursing* (unabridged republication of the first American edition published in 1860). New York: Dover; 1969.

Die vollständige Literatur

am Onlinebeitrag unter www.medinfo-verlag.ch

Akupunktur und Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

Autorinnen

Dr. med. Isabell Ge

Dr. med. Nurgül Usluoglu

Definition

Das Huang Di Nei Jing (Innerer Klassiker des Gelben Fürsten) ist das grundlegende Werk der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) und wird um 200 v. Chr. datiert. Die TCM besteht aus fünf Säulen, welche neben der Akupunktur, Arzneimitteln (Kräutern), Ernährung auch Tuina (Massage) und Gesundheitsübungen in Form von Qi Gong/Tai Chi umfassen.

Diagnostik

Yin und Yang bilden zusammen mit dem Qi das grundlegende Konzept. Yin und Yang stehen für Gegensätze, aber gleichzeitig auch für Ergänzungen. Krankheitssymptome gelten als Ausdruck eines Yin/Yang-Ungleichgewichts oder gestörten Qi-Flusses. Neben Anamnese, Inspektion und Palpation ähnlich der westlichen Medizin sind insbesondere Zungen- und Pulsdiagnostik charakteristisch für die TCM. Die Zunge wird nach Form, Farbe, Belag, Feuchtigkeit sowie Besonderheiten wie Rissen beurteilt, welche Rückschlüsse über die gestörten Funktionskreise und den Schweregrad der Erkrankung geben (1). Der Puls wird mit drei Fingern an beiden Handgelenken ertastet und nach Frequenz, Rhythmus, Volumen und Form beurteilt, wobei jede Tastposition einem bestimmten Funktionskreis zugeordnet ist (2).

Therapeutisches Vorgehen und Risikoabschätzung

Alle therapeutischen Interventionen zielen auf die Harmonisierung des Qi-Flusses und der Yin/Yang-Dynamik ab: Bewegen von Qi-Stagnationen, Lösen von Qi-Blockaden, Auffüllen bei Qi-Mangel, Zerstreuen bei pathologischen Qi-Ansammlungen. Dies geschieht durch Stimulation von Akupunkturpunkten und Leitbahnen (Akupunktur, Tuina, Qi Gong/Tai Chi) und durch Qi-beeinflussende Arznei- und Nahrungsmittel.

- **Akupunktur:** 12 Hauptleitbahnen (6 Yin-Meridiane, 6 Yang-Meridiane) verbinden Gewebe und Strukturen des Körpers wie ein komplexes Netzwerk zu einer integrierten Ganzheit. 360 klassische Akupunkturpunkte liegen auf diesen Meridianen und besitzen neben der lokoregionalen Wirkung eine Fernwirkung auf zugehöriges Organ, Gewebe, zugehörige Emotion. Zusätzlich gibt es viele sogenannte Extrapunkte. Durch Setzen von Metallnadeln an definierten Akupunkturpunkten sollen Funktionskreise angeregt und die körpereigene Regulation wiederhergestellt werden. Kontraindikationen sind u.a. schwere Thrombozytopenie, schwere Immunsuppression, eine aktive Infektion oder Fieberzustand (3) (**Abb. 1**).
- In der **Kräutertherapie** werden Rezepturen gemäss Krankheitsmustern, individuellen Symptomen und der Konstitution der Patient/-innen zusammengestellt. Der

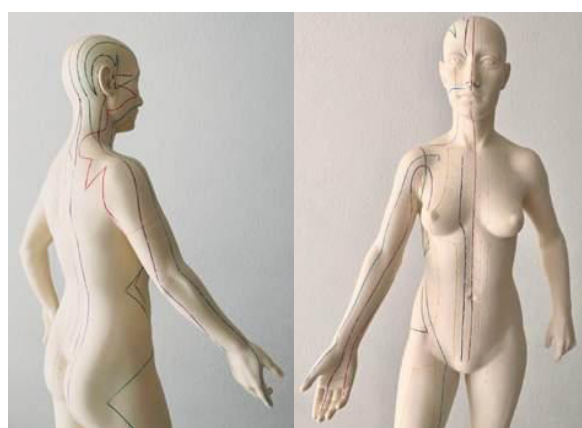


Abb. 1

breite Anwendungsbereich reicht vom einfachen Infekt bis hin zu Schmerzen, menopausalen Beschwerden, Schlafstörungen, Fatigue usw. Mögliche theoretische Interaktionen (v.a. Lebermetabolismus-CYP-System, Phytoöstrogene) müssen beachtet werden (4). Jedoch gibt es kaum Daten zur klinischen Relevanz dieser Interaktionen. Entscheidend in der Praxis sind eine offene Kommunikation und der fachliche Austausch (5).

- **Nahrungsmittel** in der TCM werden nach Temperaturverhalten, Geschmack und Wirkung auf die Funktionskreise eingesetzt, um Yin/Yang auszugleichen und Qi zu stärken. Risiken bestehen in restriktiven Diäten oder unkritischer Selbstmedikation, daher sollten Empfehlungen individuell und interdisziplinär abgestimmt werden.
- **Qi Gong und Tai Chi** sind Bewegungstherapien, die fließende Körperbewegungen mit Atmung und Achtsamkeit verbinden. Sie zielen darauf ab, den Qi-Fluss zu fördern, Stress zu reduzieren und Wohlbefinden zu vermitteln. Vor allem Qi Gong ist auch für geschwächte oder untrainierte Patient/-innen geeignet. Bei jeder Bewegungstherapie müssen instabile Knochenmetastasen oder Blutungsrisiken bei Sturz mit schwerer Thrombozytopenie beachtet werden.

Evidenz

In den letzten zwei Jahrzehnten hat die Evidenz vor allem zu Akupunktur und Qi Gong/Tai Chi deutlich zugenommen. Neurophysiologische Untersuchungen zeigen, dass Akupunktur v.a. über neuronale Reize lokale und systemische Effekte im Körper auslösen können (6). Lokale Effekte sind Förderung der Durchblutung und Wundheilung (Schmerzen, Dysgeusie) (7, 8). Zentral und systemisch kann es zur Freisetzung von Endorphinen, Serotonin und anderen Neurotransmittern kommen (Depressivität, Schmerzen, Lebensqualität) (9, 10), zur Regulation des Sympathikus-Parasympathikus-Systems (Schlaf, menopausale Beschwerden) (11) sowie zur Veränderung der Schmerzverarbeitung und -perzeption (12, 13).

Qi Gong/Tai Chi sprechen durch kombinierte Körperarbeit mit Achtsamkeit mehrere Ebenen (körperlich, geistig, emotional) an. Der Wirkmechanismus beruht einerseits auf dem Training von Kraft, Koordination und Kognition, andererseits auf einer veränderten Reaktivität in der Hypo-

thalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse sowie auf der Modulation des autonomen Nervensystems zugunsten einer parasympathischen Dominanz (14). Aufgrund der mehrschichtigen Wirkung können beide Therapieformen auch als Teil der Mind Body Medicine angesehen werden (15).

Im klinischen Kontext zeigen eine Reihe von randomisierten kontrollierten Studien, systematische Reviews sowie Metaanalysen positive Effekte. Zusammengefasst in den Leitlinien zu Integrativer Onkologie (z.B. S3-Leitlinie oder ASCO-/SIO-Practice-Guidelines) werden insbesondere folgende Bereiche hervorgehoben (16–19):

- **Schmerzen:** Akupunktur zeigt signifikante Verbesserungen bei tumor- oder therapiebedingten Schmerzen (16, 17).
- **Chemotherapie-induzierte Übelkeit und Erbrechen:** v.a. durch die Akupunktur oder Akupressur des Punktes Perikard 6 (16, 18)
- **Fatigue:** Qi Gong/Tai Chi, (Selbst-)Akupressur und Akupunktur haben einen moderaten Effekt auf tumorbedingte Fatigue während und nach abgeschlossener Therapie (16, 19).
- **Schlafstörungen:** Qi Gong/Tai Chi sollte bei Ein- und Durchschlafstörungen bei onkologischen Patient/-innen während und nach abgeschlossener Therapie zum Einsatz kommen. (Selbst-)Akupressur und Akupunktur können ebenfalls angewandt werden (16, 20).
- **Chemotherapie-induzierte periphere Neuropathie und kognitive Beeinträchtigung:** In beiden Fällen kann Akupunktur die Beschwerden lindern (16, 17).
- **Menopausale Symptome:** Akupunktur kann eine Symptombildung erzielen, ähnlich der Wirkung von Gabapentin/Venlafaxin, bei gleichzeitig deutlich geringeren Nebenwirkungen. Da Akupunktur keinen Einfluss auf die Sekretion der Geschlechtshormone hat, kann sie auch bei hormonsensitiven Krebsarten zum Einsatz kommen (16).

Qualitätskriterien

Folgende Kriterien sollten erfüllt sein für die Anwendung von Akupunktur und TCM in der Schweiz:

- **Zertifizierte Weiterbildung:** siehe Artikel Edukation
- **Interdisziplinäre Abstimmung:** Als Teil der Integrativen Onkologie sollte die Anwendung interdisziplinär mit den behandelnden onkologischen Fachpersonen abgesprochen sein (Indikation, Risiken [siehe oben], Ergebniserwartung).
- **Kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung und Evaluation** (Qualitätszirkel), Teilnahme an Forschungsprojekten

Fazit

TCM als ganzheitliches Medizinsystem bietet vor allem durch die nicht pharmakologischen Interventionen wie Akupunktur, Akupressur, Qi Gong/Tai Chi wirksame, nebenwirkungsarme Optionen zur Unterstützung onkologischer Patient/-innen und kann substantiell zur patientenzentrierten, evidenzbasierten Ergänzung konventioneller Krebstherapien beitragen.

Die vollständige Literatur

am Onlinebeitrag unter www.medinfo-verlag.ch

Evidenz, Forschungsmethodik und Qualitätskriterien in der Integrativen Onkologie: Grundlagen, Konsens und Perspektiven

Isabell Ge¹, Marie-Estelle Gaignard², Sara Kohler³, Julia Reusch⁴, Florian Strasser^{5, 6}, Arnoud J Templeton⁷

¹ Frauenklinik und Brustklinik, Universitätsspital Basel, 4056 Basel, Schweiz

² Department of Oncology, Swiss Cancer Center Leman, Geneva University Hospitals, Geneva, Schweiz

³ Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Institut für Pflege, Winterthur, Schweiz

⁴ Klinik für Onkologie und Hämatologie, Stadtspital Zürich Triemli, Schweiz

⁵ Zentrum Integrative Medizin, HOCH Health Ostschweiz, Kantonsspital St. Gallen, Schweiz

⁶ Cancer Fatigue Clinic (Münsterlingen, Sargans, Schaffhausen), Schweiz

⁷ Onkologie St. Claraspital Basel, St. Clara Forschung Basel, Medizinische Fakultät Universität Basel, Schweiz

Zusammenfassung: Die Integrative Onkologie (IO) vereint konventionelle Krebsmedizin mit evidenzinformierten komplementären Verfahren und stellt damit besondere Anforderungen an den Evidenzbegriff, die Forschungsmethodik sowie an die Bewertung der Versorgungsqualität. Der vorliegende Artikel beleuchtet zentrale theoretische, methodologische und praxisrelevante Grundlagen der IO. Dabei wird der klassische Evidenzbegriff durch die drei Säulen der evidenzbasierten Medizin differenziert betrachtet. Ergänzende Forschungsdesigns wie Mixed-Methods, pragmatische Studien, Whole-Systems-Ansätze und präferenzbasierte Designs, welche neue Perspektiven für eine valide und patientenzentrierte Evidenzgenerierung eröffnen, werden diskutiert. Zusätzlich werden Regulation und praxisorientierte Qualitätskriterien sowie der aktuelle Konsensusprozess innerhalb des neu gegründeten «Swiss Network for Integrative Oncology» (SNIO) vorgestellt, der gemeinsame Standards, Fortbildungsstrukturen und Forschungsstrategien definiert. Damit wird die Grundlage für eine kontinuierliche Weiterentwicklung dieses Fachbereichs geschaffen – hin zu einer Stärkung der IO, die sicher, wirksam und patientenzentriert ist.

Schlüsselwörter: Evidenz, Forschung, Integrative Onkologie, Qualität, Konsens

Evidence, research methodology and quality criteria in integrative oncology: fundamentals, consensus and perspectives

Abstract: Integrative oncology (IO) combines conventional cancer medicine with evidence-based complementary procedures, thereby placing special demands on the concept of evidence, research methodology, and the evaluation of care quality. This article highlights key theoretical, methodological, and practical principles. The classic concept of evidence is examined in detail through the three pillars of evidence-based medicine. Complementary research designs such as mixed methods, pragmatic studies, whole-systems approaches, and preference-based designs, are discussed as they offer new perspectives for generating valid and patient-centered evidence. In addition, regulation and practice-oriented quality criteria are presented as well as the current consensus process within the newly founded “Swiss Network for Integrative Oncology” (SNIO), which defines common standards, training structures, and research strategies. These efforts lay the foundation for the ongoing development of the field – toward an IO that is safe, effective, and truly patient-centered.

Keywords: Evidence, research, integrative oncology, quality, consensus

Einleitung

Die Integrative Onkologie (IO) steht an der Schnittstelle zwischen konventioneller Krebsmedizin und komplementären Verfahren. Mit dem wachsenden Interesse an ganzheitlichen Behandlungsansätzen stellen sich jedoch grundlegende Fragen: Was gilt in diesem Feld als «Evidenz»? Welche methodischen Standards sind angemessen und praktikabel? Und wie lässt sich die Qualität integrativer Behandlungsangebote bewerten und sichern?

Der vorliegende Artikel beleuchtet zentrale Grundlagen der IO aus methodischer und wissenschaftstheoretischer Perspektive mit dem Ziel, zu einer fundierten, konsensorientierten und zukunftsfähigen Positionierung der IO im Spannungsfeld von Wissenschaft, klinischer Praxis und Patientenrealität beizutragen.

Der Evidenzbegriff in der Integrativen Onkologie

Der Begriff «Evidenz» kann (lt. Duden) verstanden werden als «unmittelbare und vollständige Einsichtigkeit, Deutlichkeit, Gewissheit» sowie im Medizingebrauch als den «empirisch erbrachten Nachweis der Wirksamkeit eines Präparats / einer Therapieform etc.» (1). Die philosophischen Ursprünge der Evidenz liegen im 19. Jahrhundert. Der Begriff evidenzbasierte Medizin (EBM) wurde durch David Sackett et al. in den 1990er-Jahren geprägt und definiert als «*gewissenhafter, ausdrücklicher und vernünftiger Gebrauch der gegenwärtig besten wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der Versorgung individueller Patient/-innen*». Dabei liegt die Betonung auf der Integration von «*individueller klinischer Expertise (inklusive der*

*Identifikation und Verwendung der Werte des individuellen Patienten in dessen Situation) mit der «besten verfügbaren Evidenz von systematischer Forschung» (2). Auf dieser Basis wird manchmal der Begriff «Drei zentrale Säulen der EBM» verwendet (Evidenz, klinische Expertise, Individualität Patient/-in). Dabei sind nicht unabhängige Säulen gemeint, sondern die Kombination im Sinn eines Dreiecks. Die **erste Säule der EBM** benennt den aktuellen Stand der besten wissenschaftlichen Forschung oder die sog. externe Evidenz. Sackett gliederte diese hierarchisch in fünf Level (LoE) in Abhängigkeit von der möglichen Bias (Verzerrung). Diese Gliederung (3) dient noch heute als Grundlage für viele Leitlinien (z. B. ESMO [4], S3-Guidelines Onkologie [5]).*

Level 1: Grosse randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) mit eindeutigen Ergebnissen

Level 2: Kleine RCTs mit nicht eindeutigen Ergebnissen

Level 3: Kohorten- oder Fall-Kontroll-Studien

Level 4: Historische Kohorten oder Fall-Kontroll-Studien

Level 5: Fallserien, Studien ohne Kontrollen

Der Entwicklungsprozess von Guidelines wurde vom LoE erweitert mit Checklisten zur systematischen Evaluation (AGREE [6]), Beschreibung der Intervention (TIDieR [7]) und Empfehlungen (GoR: Grades of Recommendation, GRADE [8]). Onkologische Guidelines der Supportive Care können starke Empfehlungen (GoR A/B) bei tiefer Evidenz (LOE IV/V) enthalten (9, 10, 11).

Es kursieren noch immer Annahmen, dass komplementäre Massnahmen nicht wissenschaftlich überprüft seien. Dem entgegen stehen gross angelegte RCTs und Metaanalysen (siehe Artikel Kerndisziplinen) sowie Leitlinien, welche die gewonnenen Erkenntnisse zusammenfassen und in Empfehlungen übersetzen (12, 13, 14, 15, 16, 17). In der deutschsprachigen S3-Leitlinie «Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen Patient/-innen» beispielsweise entspricht der Grossteil der Empfehlungen einem hohen Evidenzgrad (I oder II) (18).

Dennoch bringt das Konzept spezifische Herausforderungen mit sich. RCTs stellen den Goldstandard (19) der Evidenzgenerierung aufgrund der geringsten Anfälligkeit für Bias dar, allerdings auch mit Fehlentwicklungen (20, 21, 22, 23, 24, 25) inkl. Publication Bias (26, 27), Spin/Reporting Bias (28, 29) und Citation Bias (30), oft assoziiert mit Industriebeeinflussung (31, 32). RCTs sind vor allem geeignet bei standardisierbaren Interventionen (33, 34) wie der Wirksamkeitsprüfung eines Medikamentes. Bei komplexen multimodalen und/oder individualisierten Interventionen wie der IO oder z. B. der hochspezialisierten Medizin (35, 36, 37) stellen RCTs nur begrenzt die ideale Forschungsmethodik dar. Durch das Streben nach «perfekten» Studienszenarien wird oft die reale Population, die eventuell kränker und komplexer ist, nicht adäquat abgebildet (Selection Bias [38, 39]; Referral Bias [40]), was die Aussagekraft der RCTs für die klinische Praxis limitiert (41). Das Expertenwissen ist (auch) in der Onkologie für die klinische Praxis und Guidelines wichtiger als RCTs (davon nur 7 % mit Placebokontrolle [42]): 94 % der Guideline-Empfehlungen basieren nicht auf RCTs (43), sondern auf Erfahrung (44) (mit Forderung nach robuster Begründung [45]), strukturierten Qualitätsbeurteilungen für Onkologika (46, 47),

Kohortenstudien (48, 49) und zunehmend Real-World-Daten (50, 51, 52). Erschwerend für die Generierung externer Evidenz kommt hinzu, dass die Forschungsfinanzierung zu komplementären Verfahren oft geringer ausfällt als für konventionelle Verfahren oder pharmakologische Studien (53), da die Verfahren selten patentierbar oder kommerziell weniger attraktiv sind.

Die **zweite Säule der EBM** stellt die individuelle klinische Expertise dar. Die Mindestvoraussetzung sollte eine solide klinische Aus- und Weiterbildung sowie kontinuierliche Fortbildung und Erfahrungsgewinn darstellen (www.union-comed.ch). Neben den konventionellen medizinischen Fachrichtungen wie «Onkologie» gibt es SIWF-akkreditierte Fähigkeitsausweise für die Kerndisziplinen (siehe Artikel Kerndisziplinen und Artikel Edukation). Eine doppelte Zertifizierung (z. B. onkologisches Fachgebiet sowie komplementärmedizinischer Fähigkeitsausweis) ermöglicht nicht nur die adäquate Abwägung der passenden Therapieform (sowohl konventionell als auch komplementär) für die aktuelle Patientensituation, sondern stellt auch den Qualitätsstandard für die Anwendung der Therapie sicher (1). Zertifizierungslabels wie «Integrative Klinik» (www.integrative-kliniken.ch) helfen dabei, ganze Institute und Abteilungen mit entsprechenden Qualifikationen hervorzuheben. Für nicht ärztliches Gesundheitsfachpersonal gibt es Register (Erfahrungs-Medizinische Register [www.emr.ch], ASCA [www.asca.ch]).

Insgesamt ist die Bandbreite an Anbietern auf dem Feld der Komplementär- oder gar Alternativmedizin gross. Sie reicht von der oben genannten Doppelzertifizierung von Facharzt/-innen bis hin zu Personen ohne jeglichen medizinischen Hintergrund (54). Hinzu kommt, dass durch Digitalisierung und Social Media die unkontrollierte Verbreitung von ungeprüften Inhalten und der Vertrieb für teils teure Produkte (siehe Artikel Integrative Palliative Care: «financial toxicity») ohne Wirksamkeits- und/oder Sicherheitsnachweis erleichtert werden (55). Es ist daher nicht immer einfach für Patient/-innen, Angehörige und gar medizinische Fachpersonen, in diesem Dschungel an Angeboten und Informationen die «Spreu vom Weizen» zu trennen. Der Abschnitt «Qualitätskriterien» beleuchtet diesen Aspekt.

Die **dritte Säule der EBM** stellt die Wünsche und Werte der Patient/-innen dar. Die Patientenpräferenz kann im Entscheidungsprozess systematisch einbezogen werden (56) und hat einen relevanten Einfluss auf das Behandlungsergebnis (57). In der IO spielt Patientenzentrierung eine tragende Rolle. Die Empfehlungen und Angebote sollten unter Einbezug der Bedürfnisse und Erfahrungen der Patient/-innen in die Beurteilung der klinisch verantwortlichen Fachperson mit Kenntnis der Evidenzgrundlagen (2) individuell angepasst sein. Um den Spagat zwischen Studiendaten/Leitlinienempfehlungen, eigenen klinischen Erfahrungswerten und Patientenpräferenz zu bewältigen, erfordert es neben entsprechenden Sachkenntnissen professionelles Einfühlungsvermögen und Kommunikationskompetenz (58). Dabei sind formelle Assessmentinstrumente für die Patientenpräferenz wenig verfügbar (59). Das konsequente Umsetzen von Shared Decision Making (60, 61), in palliativen Situationen evtl. kombiniert mit

einem strukturierten Entscheidungsprozess (62), ist die Grundlage, um gemeinsam mit den Patient/-innen zu entscheiden, was im individuellen Fall sinnvoll, nachvollziehbar und verantwortbar ist.

Zusammenfassend wird ersichtlich, dass es sich bei «Evidenz» nicht nur um eine wissenschaftliche Grösse handelt, sondern auch um ein ethisches und kommunikatives Konzept. Um der Komplexität patientenzentrierter Krebsversorgung gerecht zu werden, bedarf es in der IO, als «evidenzinformiertem, patientenzentriertem Gebiet der Krebstherapie» (63), eines dynamischen, kontextsensiblen und vielschichtigen Verständnisses des Evidenzbegriffs, welcher Forschungsergebnisse, ärztliche Erfahrung und patientenbezogene Werte gleichwertig berücksichtigt.

Forschungsmethodik

Die konventionelle biomedizinische Forschung folgt typischerweise einem linearen Weg – von mechanistischen Entdeckungen im Labor über aufeinanderfolgende Phasen klinischer Studien bis hin zur behördlichen Zulassung und klinischen Anwendung. Dieses klassische «bench-to bedside»-Modell hat sich in der Arzneimittelforschung bewährt. Die Forschung in der Integrativen Medizin (IM) kehrt diesen Ablauf jedoch häufig um (64, 65). Viele IM-Interventionen wie Akupunktur, Yoga, Pflanzenheilkunde und Meditation stammen aus jahrhundertealten traditionellen klinischen Praktiken, die oft in ganzheitlichen Medizinsystemen verwurzelt sind und sich vom westlichen, biomedizinischen Paradigma unterscheiden (64). Sie begannen typischerweise am «Krankenbett», basierend auf gelebter therapeutischer Erfahrung, während die wissenschaftliche Erforschung zur Klärung von Wirkmechanismen oder zur Quantifizierung von Effekten erst kürzlich einsetzte. Diese Verschiebung spiegelt einen eigenständigen Erkenntnisansatz wider, der der IM zugrunde liegt. Im Gegensatz zur reduktionistischen Wissenschaftstheorie der konventionellen Biomedizin, die isolierte Mechanismen und kontrollierte Variablen priorisiert, verfolgt die IM einen ganzheitlichen Ansatz (64, 66). Sie bewertet nicht nur biologische Effekte, sondern auch die Bedeutung, die Patient/-innen ihren Behandlungen beimessen, den kulturellen Kontext, die therapeutische Beziehung und möglicherweise auch die Krankheit selbst (1).

IM lehnt wissenschaftliche Forschung nicht ab, im Gegenteil: Es gibt eine wachsende Zahl an qualitativ hochwertigen Studien, die die Wirksamkeit und Sicherheit komplementärmedizinischer Ansätze in der Krebsversorgung belegen, etwa Yoga gegen Fatigue oder Akupunktur gegen Gelenkschmerzen infolge einer endokrinen Therapie (16, 67, 68, 69). Dennoch stellt die IM die Dominanz der RCTs als universellen Evidenzstandard infrage. Sie fordert die Akzeptanz für ein breiteres methodisches Repertoire – eines, das der Komplexität, dem Kontext und der persönlichen Erfahrung einer Intervention gerecht wird.

RCTs, systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen bleiben unverzichtbare Säulen der EBM (vgl. weiter oben). Dennoch zeigen sie grundlegende Einschränkun-

gen bei der Anwendung auf die IM: Viele komplementäre Ansätze sind komplex und multimodal, was eine Standardisierung erschwert, ohne dabei ihre ganzheitliche Natur zu verändern. Auch ist eine Verblindung häufig schwierig – Patient/-innen merken, wenn sie Yoga praktizieren oder Akupunktur erhalten –, und Placebos können methodische Schwächen mit sich bringen, wie im Fall der Scheinakupunktur, die nicht physiologisch inert ist und daher die wahre Behandlungseffektivität unterschätzen kann (70). Darüber hinaus finden viele IM-Interventionen in einem therapeutischen Ökosystem statt, die Patienteninteraktion mit dem Gesundheitsfachpersonal sowie individuelle Rahmenbedingungen und Anpassungen umfasst – Elemente, die sich in herkömmlichen Studiendesigns schwer isolieren oder quantifizieren lassen. Zudem zielen viele dieser Ansätze nicht nur auf die Linderung von Symptomen, sondern auch auf die Förderung von Resilienz, Krankheitsbewältigung oder Sinnfindung – Ergebnisse, die sich oft von herkömmlichen Endpunkten abgrenzen. Schliesslich ist auch das klassische hierarchische Evidenzmodell möglicherweise zu eng gefasst, da RCTs auf hohem Evidenzniveau meist hochselektive Patient/-innen-Populationen einbeziehen, die nicht die klinische Praxis widerspiegeln. Gut dokumentierte Verzerrungen – wie selektive Berichterstattung, Publikationsbias und Industrieinflüsse – erschweren die Interpretation solcher Evidenz zusätzlich (1, 71).

Erweiterung des methodischen Repertoires

Um den Realitäten und der Komplexität gerecht zu werden, hat sich die IM über die traditionellen RCTs hinaus gegenüber einem erweiterten Spektrum an Forschungsmethoden geöffnet. **Mixed-Methods-Forschung** kombiniert quantitative Ergebnisse mit qualitativen Einsichten, um nicht nur die Frage «Wirkt es?» zu beantworten, sondern auch «Wie fühlt es sich an?», «Hilft es den Patient/-innen?», und erlaubt so eine tiefere Erforschung von Patientenerfahrungen, Werten und therapeutischen Beziehungen – Dimensionen, die im ganzheitlichen Ansatz der IM zentral sind (72). **Pragmatische Studien** hingegen bewerten Interventionen im realen Versorgungskontext und ermöglichen flexible Protokolle sowie breite Einschlusskriterien, die der klinischen Praxis entsprechen. Ein gutes Beispiel ist die grosse Studie von Brinkhaus et al., die den Einsatz prophylaktischer Akupunktur während Chemotherapie bei Brustkrebspatientinnen untersuchte (73). Ihr Design spiegelte zentrale pragmatische Elemente wider: Die Behandlungen fanden im alltäglichen Krankenhausumfeld statt, mit Flexibilität in der Wahl der Akupunkturtechniken entsprechend dem Zustand der Patientin; die Studienpopulation war breit gefächert und umfasste verschiedene Brustkrebsstadien und Chemotherapieregimes; die Ergebnisse konzentrierten sich auf patientenzentrierte Masse. Bemerkenswerterweise zeigten sich zwar keine signifikanten Verbesserungen in standardisierten Lebensqualitätswerten, aber qualitative Interviews ergaben, dass die Patientinnen bedeutende psychologische und physische Vorteile während der Behandlung durch die Akupunktur erlebten (73). **Beobachtungsstudien und Register** bieten ihrerseits wertvolle Erkenntnisse aus der Praxis hinsichtlich Anwendungsgewohnheiten, Sicherheit und Lang-

zeitergebnissen, ergänzen RCT-Daten und helfen dabei, sowohl klinische Entscheidungen als auch Gesundheitspolitik zu informieren. Sie eignen sich besonders für individualisierte Ansätze wie homöopathische Präparate, traditionelle Pflanzenheilkunde oder Therapiekonzepte aus der Anthroposophisch erweiterten Medizin (AEM) (52), bei denen personalisierte Betreuung und langjährige klinische Anwendung sich nicht leicht durch konventionelle RCT-Designs abbilden lassen. Die **Whole-Systems-Forschung** wiederum bewertet die integrative Versorgung als kohärentes therapeutisches System statt isolierter Komponenten und erkennt synergetische Effekte sowie die Bedeutung des Kontextes an (74). Dieses Modell eignet sich besonders für komplexe medizinische Gesamtsysteme wie die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) und die Traditionelle Indische Medizin (Ayurveda), bei denen Ergebnisse aus dem dynamischen Zusammenspiel mehrerer Therapiesäulen innerhalb eines kulturell bedeutungsvollen Rahmens hervorgehen. So zeigte eine kürzlich an der University of California durchgeführte Studie zu einer multimodalen ayurvedischen Intervention für Brustkrebsüberlebende sowohl Durchführbarkeit als auch vielversprechende Verbesserungen in Lebensqualität, Schlaf, Fatigue und emotionalem Wohlbefinden (75). **Präferenzbasierte Studiendesigns** stellen einen weiteren innovativen und äusserst relevanten Ansatz in der IM-Forschung dar, da sie die Wahl der Patient/-innen explizit in das Studienprotokoll integrieren (76). Die kürzlich veröffentlichte MATCH-Studie (77) – bislang die grösste Untersuchung zu Mind-Body-Verfahren in der Onkologie – bietet hierfür ein wegweisendes Beispiel: Krebsüberlebende konnten zwischen einem achtsamkeitsbasierten Trainingsprogramm und Tai Chi/Qi Gong wählen oder wurden randomisiert, wenn keine starke Präferenz bez. Therapien bestand. Die Ergebnisse zeigen, dass die Berücksichtigung individueller Präferenzen sowohl die Teilnahmebereitschaft als auch die Zufriedenheit der Teilnehmenden erhöhte, obwohl keine überlegene Wirksamkeit der frei gewählten Intervention nachgewiesen werden konnte (77). Qualitative Daten verdeutlichten zudem, dass die Präferenzen stark von Erwartungen, Vorerfahrungen, Wissen und dem Gefühl der Selbstwirksamkeit geprägt waren (78). Die MATCH-Studie illustriert eindrucksvoll, wie durch die Integration von Wahlmöglichkeiten sowohl die wissenschaftliche Aussagekraft als auch die klinische Relevanz von Studien in der IO gesteigert werden können – insbesondere angesichts der Tatsache, dass Erwartungen eine zentrale Rolle in der IM haben (57). Viele IM-Ansätze sind kulturell stark besetzt und mit bestehenden Überzeugungen verbunden, die die wahrgenommene Wirksamkeit steigern und klinische Ergebnisse beeinflussen können (79, 80, 81). In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die Weltgesundheitsorganisation kürzlich den Entwurf ihrer *Global Traditional Medicine Strategy* (2025–2034) veröffentlicht hat (82). Diese hebt die Notwendigkeit hervor, Forschungsmethoden zu erweitern und anzupassen, um der besonderen Komplexität der traditionellen, komplementären und integrativen Medizin gerecht zu werden. Die Strategie plädiert für verstärkte Förderung von kultursensiblen und ganzheitlichen Forschungsansätzen, die menschenzentrierte Versorgung einbeziehen und

traditionelles Wissen respektieren (82). Ein weiteres Beispiel für ein innovatives Design ist **RISAT** (random invitation single-arm trial design) (83).

IM stellt das konventionelle «bench-to-bedside»-Forschungsparadigma infrage, indem sie einen komplexen, kontextuellen und patientenzentrierten Ansatz verkörpert und flexiblere, kreativere und vielfältigere Forschungsmethoden fordert. Anstatt komplementäre Ansätze in die starren Rahmenbedingungen pharmakologischer Studien zu pressen, sollten Forschende Methoden anwenden, die der facettenreichen Natur integrativer Versorgung gerecht werden und wissenschaftliche Strenge mit Abbildung der Real-World-Komplexität und Patientenerfahrung verbinden. Letztlich wird durch diese Weiterentwicklung der Forschungsmethodik nicht nur den Eigenschaften der IM gerecht, sondern es wird auch der Horizont der medizinischen Wissenschaft erweitert. Damit ebnet sich der Weg für eine inklusivere, mitfühlendere und wirksamere Krebsversorgung.

Intervention und Regulation

Klinische Forschung in der IO erfordert die gleichen Anforderungen an Forschungsmethodik, Bewilligung durch die **Ethikkommissionen** (EK) wie konventionell-medizinische Projekte, was die Sicherstellung der Einhaltung von Patientenrechten und deren Sicherheit, Transparenz der Forschungsprojekte inkl. Registrierung und Publikation aller Ergebnisse (auch negative Resultate) beinhaltet.

Dies bedeutet praktisch, dass Aussagen von Fachpersonen im Bereich komplementärer und integrativer Medizin zu «wissenschaftlich bewiesen» oder «durch eigene Forschung unterlegt» nur dann als seriös und vertrauenswürdig beurteilt werden können, wenn diese Forschungsprojekte in **Datenbanken** der EKs (in der Schweiz: BASEC), der Studienregister und der wissenschaftlichen Publikationen auffindbar sind (z. B. www.pubmed.gov).

Bei Forschungsprojekten mit Interventionen von medizinischen Gesamtsystemen (wie die AeM (1) oder TCM [siehe Artikel *Kerndisziplinen*]) werden aufgrund der hohen Komplexität und Wechselwirkungen individualisierter Behandlungen oft Einzelfallstudien durchgeführt. Diese Methode wird auch eingesetzt bei neuen Anwendungen von traditionellen Arzneimitteln. Für diese Forschungsprojekte und auch retrospektive Datenanalysen sind EK-Bewilligungen und eine Zustimmung von Patient/-innen («Generalkonsent» oder projektbezogene Einwilligung) erforderlich. Nur bei vollständig anonymisierten Daten ist keine Einwilligung notwendig.

Bei neuen u. a. intravenösen Anwendungen von potenzierten Arzneimitteln (siehe Kapitel *Klassische Homöopathie*) i. R. eines Forschungsprojekts muss eine klinische Studie (Swissmedic, EK) der höchsten Sicherheitskategorie C durchgeführt werden.

Die klinische Forschung in der IO soll die Behandlungskonzepte möglichst authentisch und kliniknah belassen (d. h., durch ein Forschungsprojekt soll keine künstliche Veränderung einer komplexen klinischen Realität erfolgen [75, 84, 85]), Forschungsfragen präzise formulieren (86)

und darauf aufbauend die adäquate Forschungsmethodik (siehe Abschnitt oben) entwickeln und anwenden.

SNIO-Konsensus

In die onkologische Versorgung an zertifizierten Schweizer Krebszentren wurden in den letzten Jahren zunehmend auch Angebote aus der IO implementiert. Im April 2024 haben sich einige dieser onkologischen Behandlungszentren dazu entschieden, gemeinsam das SNIO zu gründen. Die gemeinsamen Ziele fokussieren hierbei vor allem auf die Entwicklung gemeinsamer Qualitätskriterien, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie Forschungsförderung im Bereich der IO.

Um das Ziel der gemeinsamen Qualitätskriterien zu erreichen, hat sich eine Arbeitsgruppe zu Konsensusfragen gebildet, welche die Definition gemeinsamer Prinzipien und Integrationskriterien für Schweizer Krebszentren mit integrativem Angebot verfolgt.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurde durch die Arbeitsgruppe eine erste Liste möglicher Themen, beruhend auf einer narrativen Literatursuche, definiert, welche im Rahmen eines Workshops mit allen SNIO-Mitgliedern diskutiert wurde. Die Anmerkungen, Ergänzungen und Rückfragen wurden aufgenommen und durch je eine ärztliche und pflegerische Vertretung unabhängig voneinander weiter ausformuliert (Core Group).

Dieser Entwurf stellt nun im Weiteren die Basis für einen Konsensusprozess mit einer Patientenvertreterin und den weiteren Mitgliedern der Konsensusarbeitsgruppe dar. Das Ergebnis dieses Konsensusprozesses bildet wiederum den Ausgangspunkt für den geplanten formalen Delphi-Prozess. Im Rahmen des **Delphi-Prozesses** werden Vertreter/-innen der teilnehmenden Zentren eingeladen, an einer Onlineumfrage teilzunehmen. Die Umfrage enthält die Statements zu den gemeinsamen Prinzipien (1. Teil) bzw. die Statements zu den Integrationskriterien (2. Teil). Die teilnehmenden Personen geben nun an, wie stark sie dem Statement zustimmen und für wie relevant sie dieses erachten. Die Core Group wird die Onlineumfrage auswerten und alle Statements mit einer Zustimmung > 80 % annehmen. Die Statements mit einer geringeren Zustimmungsrate werden entsprechend den Anmerkungen adaptiert und fliessen in eine nächste Befragungsrunde ein. Sollte nach den ersten beiden Runden weiter eine deutliche Uneinigkeit bestehen, wird eine dritte Runde im Rahmen eines persönlichen Treffens geplant. Dieses Vorgehen wird für beide Teile durchgeführt. Der Unterschied zwischen den beiden Teilen besteht jedoch darin, dass im 1. Teil ein zweistufiger Prozess stattfinden wird, in dem zuerst die Personen mit Doppelzertifizierung abstimmen werden, und dann in einem zweiten Schritt die leitenden Onkolog/-innen und Patientenvertreter/-innen einbezogen werden. Dieses strukturierte Vorgehen im Rahmen eines Delphi-Prozesses bietet die Möglichkeit, eine stabile Basis für die weitere Zusammenarbeit der SNIO-Mitglieder zu legen und das gemeinsame Verständnis einer qualitativ hochwertigen, sicheren und nachhaltigen IO zu stärken. Insbesondere die interprofessionelle Herangehensweise und der

aktive Einbezug von Patientenvertreter/-innen sind wichtige Elemente für das Gelingen.

Praktische Qualitätskriterien für Angebote in der Integrativen Onkologie

Wie bereits weiter oben im Text erwähnt, ist es aufgrund der vielfältigen Angebote im Bereich der IO insbesondere für interessierte Laien und nicht spezifisch geschultes medizinisches Personal oftmals schwierig, die unterschiedlichen, insbesondere auch interprofessionellen Angebote bezüglich ihrer inhaltlichen Qualität zu bewerten und unseriöse, an rein wirtschaftlichen Interessen orientierte Angebote von seriösen, qualitativ hochwertigen Angeboten zu unterscheiden. Obwohl Inhalte der IO in Kursen, Lehrplänen und Schulungen vorhanden sind, sind die Informationen über die erforderlichen Kernkompetenzen unvollständig und bisher noch nicht ausreichend standardisiert. Zur besseren Orientierung können daher praktische Qualitätskriterien dienen, welche konkrete Merkmale und Standards umfassen, die die Qualität und Sicherheit der angebotenen Massnahmen sicherstellen.

Die Angebote sollten nach Möglichkeit den Kriterien der EBM unterliegen, insbesondere sollten die Angebote idealerweise auf wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen beruhen, um Wirksamkeit und Sicherheit zu gewährleisten. Ebenso spielt die Patientenpräferenz bei der Auswahl des Angebots eine entscheidende Rolle, im besten Fall können bereits Vorerfahrungen oder vorhandene Ressourcen bei der Auswahl der Methode einfließen und somit eine individuelle Beratung ermöglichen, welche auf die aktuellen Bedürfnisse und Lebenssituationen der Ratsuchenden abgestimmt ist.

Ein weiteres wichtiges Qualitätskriterium bei der Auswahl sollte die Qualifikation des anbietenden Personals sein. Fachkräfte, welche die Angebote durchführen, sollten angemessen qualifiziert sein (siehe Artikel Edukation). Des Weiteren sollten regelmässige Fortbildungen im Sinne einer dauerhaften Qualitätssicherung und laufenden Qualitätsverbesserung erfolgen. Die entsprechende Qualifikation beinhaltet auch eine individuelle Beratung der Patient/-innen. Auch Transparenz und Aufklärung über Inhalte, Ziele und mögliche Risiken des Angebotes sowie eine Integration in das onkologische Therapiekonzept im Sinne eines komplexen Therapieangebotes mit im besten Fall synergistischer Wirkung können als praktische Qualitätskriterien herangezogen werden und unterscheiden die IO somit deutlich von sogenannten alternativmedizinischen Angeboten, welche eine solche Herangehensweise ausschliesst. Die Festlegung praktischer Qualitätskriterien hilft dabei, die Sicherheit, Wirksamkeit und Akzeptanz der Angebote in der IO langfristig zu gewährleisten.

SNIO-Arbeitsgruppe Forschung

Die Arbeitsgruppe Forschung von SNIO hat zum Ziel a) multizentrische klinische Forschungsprojekte in der Schweiz zu fördern, dabei

- b) junge Forschende und Patient/-innen sowie mehrere Disziplinen aktiv einzubeziehen und
- c) gleichzeitig zentrale Fragestellungen der Implementierungsforschung aufzugreifen.

Die Gruppe ist offen für alle forschungsinteressierten Menschen aus dem medizinischen Bereich und trifft sich alle 1–2 Monate virtuell (www.integrative-oncology.ch), um a) niederschwellig Ideen für Projekte zu besprechen, b) laufende Projekte inhaltlich zu diskutieren, c) neue Projekte in die Projektdatenbank (s. u.) aufzunehmen, d) sich über wissenschaftliche IO-Tagungen auszutauschen und e) neue wissenschaftliche Publikationen zu diskutieren.

Die Projektdatenbank (87) soll

- a) den Einschluss von Patient/-innen in laufende Studien verbessern,
- b) die Mitarbeit von klinischen und/oder akademisch interessierten Einzelpersonen fördern,
- c) die Teilnahme von SNIO-Zentren an laufenden Studien unterstützen.

In dieser Liste werden Projekte aufgenommen mit Bezug zu

1. der «Allgemeinen Integrativen Onkologie» (wie definiert durch SNIO),
2. den spezifischen Fachrichtungen, vertreten im SNIO (siehe Artikel Kerndisziplinen),
3. wichtigen IO-Aspekten anderer Bereiche (z.B. Ernährung, körperliche Aktivität, Psychoonkologie).

Um an diesen klinischen Forschungsprojekten teilnehmen zu können, müssen SNIO-Zentren die folgenden Qualitätskriterien erfüllen:

- a) Einhaltung der Standardkriterien von Swiss Cancer Research (früher SAKK) für Studienzentren
- b) Einhaltung der Qualitätsstandards für die diagnostische und interventionelle IO, wie sie in den SNIO-Konsensus-Kriterien definiert werden

Fazit

Die Integrative Onkologie (IO) ordnet sich an der Schnittstelle von wissenschaftlich fundierter Schulmedizin und erfahrungsbasierten und evidenzinformatierten komplementären Therapieansätzen ein. Im Spannungsfeld zwischen konventioneller Evidenzhierarchie, individueller klinischer Expertise und den Bedürfnissen der Patient/-innen zeigt sich, dass eine rein lineare, reduktionistische Sichtweise der Komplexität integrativer Behandlungsansätze nicht gerecht wird. Stattdessen erfordert die IO ein erweitertes, dynamisches und kontextsensibles Evidenzverständnis, das auch qualitative Forschung, Mixed-Methods-Designs und patientenzentrierte Studienformate berücksichtigt.

Die methodische Vielfalt der integrativen Forschung – von pragmatischen Studien über Whole-Systems-Ansätze bis hin zu präferenzbasierten Designs – trägt dazu bei, therapeutische Realität, kulturelle Kontexte und individuelle Erwartungen angemessen abzubilden. Gleichzeitig bleibt wissenschaftliche Strenge ein zentrales Qualitätsmerk-

mal: Studien müssen ethisch bewilligt, transparent registriert und nachvollziehbar publiziert werden. Ebenso gilt: Nur durch klare Qualitätsstandards, definierte Ausbildungswege und transparente Kommunikation lassen sich integrative Angebote von unwissenschaftlichen oder gar schädlichen Praktiken abgrenzen.

Mit der Gründung des SNIO und der Etablierung eines strukturierten Konsensusprozesses wurde ein wichtiger Meilenstein für die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der IO in der Schweiz gesetzt. Durch gemeinsame Standards, interprofessionelle Zusammenarbeit, aktive Einbindung von Patient/-innen und Förderung klinischer Forschung entsteht eine solide Grundlage für eine sichere, wirksame und patientenzentrierte integrative Krebsversorgung. Damit leistet die IO nicht nur einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität onkologischer Patient/-innen, sondern auch zur Weiterentwicklung eines ganzheitlich orientierten, menschenzentrierten Gesundheitssystems.

Dr. med. Isabell Ge

Frauenklinik und Brustklinik
Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21
4056 Basel
Isabellxiang.ge@usb.ch

Interessenkonflikte

Marie-Estelle Gagnard ist Board Member des Swiss Network for Integrative Oncology. Florian Strasser ist Extended Board Member des Swiss Network for Integrative Oncology, er hat Honorare für Vorträge, Beratung oder Teilnahme an Advisory Boards erhalten (letzte 5 Jahre) von Abbott Nutrition, Danone-Nutricia, Fresenius, Helsinn, Ology, Pfizer, Sanofi; er führt in selbstständiger Tätigkeit die ambulanten Sprechstunden der Cancer Fatigue Clinic durch. Arnoud Templeton hat Honorare für Vorträge, Beratung oder Teilnahme an Advisory Boards erhalten von Astellas (I), Bayer (I), Janssen (I, P), Johnson&Johnson (P), Ipsen (I), Merck (P), MSD (I). Die weiteren Autor/-innen haben keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel deklariert.

DOI: <https://doi.org/10.23785/TU.2025.05.003>

Literatur

1. Strasser F. Evidenz der Komplementärmedizin am Beispiel Integrative Onkologie. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2023;104(24):32–4
2. Sackett DL, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71–2
3. Sackett DL. Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents. *Chest*. 1989;95(2 Suppl):2s–4s.
4. <https://www.esmo.org/guidelines/esmo-guidelines-methodology>
5. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/programm/informationen-zum-leitlinienprogramm>
6. www.agreertrust.org/resource-centre/agree-reporting-checklist
7. www.equator-network.org/wp-content/uploads/2014/03/TIDieR-Checklist-PDF.pdf
8. <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>
9. Arends J, Strasser F, Gonella S, Solheim TS, Madeddu C, Ravasco P, Buonaccorso L, de van der Schueren MAE, Baldwin C, Chasen M, Ripamonti CI; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines? *ESMO Open*. 2021 Jun;6(3):100092
10. Crawford GB, Dzierzanowski T, Hauser K, Larkin P, Luque-Blanco AI, Murphy I, Puchalski CM, Ripamonti CI; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*. 2021 Aug;6(4):100225

Die vollständige Literatur

am Onlinebeitrag unter www.medinfo-verlag.ch

Integrative Onkologie im klinischen Alltag: Fort- und Weiterbildung

Gisèle Montavon¹, Sara Kohler², Theresia Knittel³, Claudia M. Witt⁴

¹ Service d'oncologie, HFR Fribourg - Hôpital Cantonal, Fribourg ;

Service d'oncologie médicale, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne

² Institut für Pflege, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur

³ Klinik für Onkologie, Hämatologie und Transfusionsmedizin, Kantonsspital Aarau, Aarau

⁴ Lehrstuhl für Komplementär- und integrative Medizin, Universität Zürich, Zürich

Zusammenfassung: Die Integrative Onkologie gewinnt in der onkologischen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Patient/-innen wünschen sich eine ganzheitliche Betreuung, die auch physische, emotionale und spirituelle Bedürfnisse berücksichtigt. Gleichzeitig zeigen Studien positive Effekte komplementärer Verfahren auf Lebensqualität und Symptomkontrolle. Dennoch bestehen für Fachpersonen weiterhin Unsicherheiten im klinischen Alltag bezüglich Sicherheit, Wirksamkeit und Kommunikation dieser Ansätze. Dieser Artikel gibt einen Überblick über Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich der Integrativen Onkologie in der Schweiz, beleuchtet bestehende Lücken und benennt zentrale Kompetenzen, die für eine qualitätsgesicherte Anwendung erforderlich sind. Anhand internationaler Empfehlungen werden praxisrelevante Lerninhalte, didaktische Formate sowie interprofessionelle Bildungsansätze vorgestellt. Ein besonderer Fokus liegt auf der Entwicklung multiprofessioneller, evidenzbasierter und praxisnaher Bildungsangebote, die unterschiedliche Berufsgruppen – von Ärzt/-innen über Pflegefachpersonen bis zu Komplementärtherapeut/-innen – adressieren. Ziel ist es, durch strukturierte Aus-, Fort- und Weiterbildung die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern und die Sicherheit komplementärer Therapien im onkologischen Kontext zu gewährleisten.

Schlüsselwörter: Integrative Onkologie, Schweiz, Fort- und Weiterbildung, Ressourcen, Kompetenzen

Integrative oncology in everyday clinical practice: Continuing education and training

Abstract: Integrative oncology is gaining increasing importance in cancer care. Patients seek additional support that addresses not only physical, but also emotional and spiritual needs. At the same time, studies show positive effects of complementary therapy intervention on quality of life and symptom control. Nevertheless, healthcare professionals often remain uncertain in clinical practice regarding the safety, effectiveness, and communication of such therapies. This article provides an overview of continuing education and training opportunities in the field of integrative oncology in Switzerland, highlights existing gaps, and defines key competencies required for safe and evidence-informed application. Based on international recommendations, practice-relevant learning content, educational formats, and interprofessional teaching strategies are presented. A particular focus is placed on the development of multiprofessional, evidence-based, and practice-oriented educational programs that address various professional groups – from physicians and nurses to complementary therapists. The aim is to promote interprofessional collaboration through structured training and to ensure the safe and effective use of complementary therapies in the oncological setting.

Keywords: integrative oncology, Switzerland, education, resources, competences

Einleitung

Die Integrative Onkologie gewinnt immer mehr an Bedeutung; die Nachfrage seitens der Patient/-innen, die Anzahl Fachpersonen in der Schweiz mit Weiterbildung in einer integrativ-onkologischen Kerndisziplin (siehe Artikel Gemeinsamkeiten und Kerndisziplinen der Integrativen Onkologie) und Forschungserkenntnisse nehmen zu (1–5). Beispiele für wachsende belastbare Evidenz (siehe Artikel Forschung) sind die deutschsprachige S3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung onkologischer Patient/-innen (2) und die Leitlinien der Society Integrative Oncology (SIO) zusammen mit der American Society for Clinical Oncology (ASCO) zum Symptommanagement mit Integrativen Interventionen (3–5). Zudem werden komplementäre Interventionen, wie bspw. Akupunktur oder Phytotherapie, zunehmend in allgemeinen onkologischen Supportive Care Guidelines integriert wie diejenigen vom Leitlinienprogramm Onkologie (S3-Guidelines Supportive Care: z. B. bei Tumorthherapie-induzierter Nausea und

Emesis, Supportive Massnahmen in der Radioonkologie) (6) des US-amerikanischen National Comprehensive Cancer Network (NCCN: Guidelines Supportive Care; https://www.nccn.org/guidelines/category_3; in den Kapiteln Adult Cancer Pain, Cancer-Related Fatigue, Distress Management, Palliative Care und Survivorship,) oder der Multinational Association of Supportive Care in Cancer (7). Patient/-innen erhoffen sich vor allem den Einbezug ganzheitlicher physischer, emotionaler, sozialer und spiritueller Bedürfnisse (8, 9), und selbst aktiv zu sein im Leben mit Krebs i. S. von Selbstmanagement (10, 11), welche durch das onkologische Therapiekonzept oft nicht ausreichend adressiert werden (1). Es können auch Aspekte der Schulbildung und der sozialen Situation eine Rolle spielen (12). Als Reaktion auf den steigenden Bedarf offerieren immer mehr zertifizierte Tumorzentren ein integrativ-onkologisches Angebot. Das Angebot variiert, bedingt durch geografische und historisch geprägte Gegebenheiten und die Verfügbarkeit von Fachkräften, stark. Grundsätzlich gibt es in der Schweiz zwei Personengruppen, welche Angebo-

te zu komplementären Verfahren durchführen: medizinisches Fachpersonal (Ärzt/-innen und Gesundheitsfachpersonen) und Therapeut/-innen. Um die sichere Integration komplementärmedizinischer Verfahren in die Tumorthherapie zu unterstützen, benötigt es Fort- und Weiterbildung (1, 13). Die Fort- und Weiterbildungslandschaft bezüglich komplementärer Behandlungsansätze ist vielfältig und unterscheidet sich nicht nur im Umfang und in der Tiefe, sondern auch in der Qualität. Zudem sind die Angebote zumeist spezifisch auf einzelne Verfahren, z.B. Phytotherapie oder Akupunktur, ausgerichtet. Immer mehr Ärzt/-innen, Pflegefachpersonen oder auch Therapeut/-innen erkundigen sich daher nach Angeboten, die verschiedene Ansätze verbinden oder eine Basis für weitere Vertiefung bieten (14).

In diesem Artikel erhalten Sie eine Übersicht über eine sichere Praxiseinbindung komplementärer Methoden, Basiskompetenzen für integrativ-onkologische Fachpersonen, aktuell verfügbare Angebote und erste Ideen für künftige Angebote.

Die Lehre in der Integrativen Onkologie (IO): Eine Notwendigkeit für die optimale kompetente Betreuung von Patient/-innen

Die onkologischen Kenntnisse und Erfahrungen von Therapeut/-innen sind sehr unterschiedlich. Einige behandeln regelmässig onkologische Patient/-innen, andere haben keine Routine in der Begleitung krebsbetroffener Menschen oder lehnen diese ab. Die Einschätzung hinsichtlich der onkologisch-fachlichen Kompetenz der Therapeut/-innen ist sowohl für die Patient/-innen als auch medizinisches Fachpersonal ohne integrativ-medizinisches Wissen schwer möglich. Zudem liegt es häufig an den Patient/-innen selbst, die Verbindung zwischen konventionell und komplementärmedizinisch tätigen Behandler/-innen herzustellen – obwohl eine patientenzentrierte, interprofessionelle Zusammenarbeit das Ideal wäre (15).

Während ihres gesamten Krankheitsverlaufs werden Patient/-innen mit zahlreichen Ratschlägen und Informationen unterschiedlicher Qualität konfrontiert – von Angehörigen und Bekannten (16), Therapeut/-innen (17), aber auch über das Internet und soziale Netzwerke (18). Insbesondere in Phasen emotionaler Belastung (Disstress) ist es für krebsbetroffene Menschen nicht einfach, zwischen all diesen Informationen zu unterscheiden und herauszufinden, was in ihrer individuellen Situation «richtig» und fachlich korrekt ist (19).

Mitunter wird die Anwendung komplementärer Therapien als «natürlich» verharmlost. Dies gilt sowohl für Patient/-innen als auch für medizinisches Fachpersonal. Doch kann der unreflektierte Einsatz eines Phytotherapeutikums, die unsachgemässe Anwendung einer manuellen Therapie oder eine restriktive Diät bei Krebspatient/-innen schwerwiegende Folgen haben (20). Potenzielle Risiken können so unterschätzt werden.

Oder aber medizinisches Fachpersonal rät aus Vorsicht oder mangels Wissens gänzlich vom Einsatz komplementärer Therapien ab (21). Dies kann dazu führen, dass Patient/-innen komplementäre Verfahren ohne Rücksprache mit dem medizinischen Fachpersonal nutzen – oder im Gegenteil schweren Herzens darauf verzichten. In beiden Fällen ist der geschlossene Dialog eine verpasste Chance, einem vermutlich unerfüllten Bedürfnis (unmet need) der Patient/-innen gerecht zu werden (22).

Die Risikobewertung einer Komplementärtherapie fällt zwischen Patient/-innen, konventionell-medizinischem Fachpersonal (z.B. Onkolog/-innen, Onkologiepflegefachpersonen oder Hausarzt/-innen) und Therapeut/-innen sehr unterschiedlich aus (21). Um die potenziellen Risiken zu bewerten, sind daher folgende Voraussetzungen erforderlich:

a) eine proaktive, gegenseitig wertschätzende, offene Kommunikation über alle diagnostischen und therapeutischen Massnahmen (einschliesslich komplementärmedizinischer Verfahren)

b) Basiskenntnis des konventionell-medizinischen Fachpersonals der wichtigsten integrativ-onkologischen Fachdisziplinen (siehe Artikel Gemeinsamkeiten und Kerndisziplinen der Integrativen Onkologie)

c) Kenntnis und Kontakt zu regionalen Spezialisten für Integrative Onkologie (z.B. via SNIO-Verzeichnis www.integrative-oncology.ch) oder anderen Fachleuten, je nach dem im Zusammenhang mit dem identifizierten Risiko aufgetretenen Problem (z.B. Akupunktur bei Gerinnungsstörungen, Immunschwäche oder Infektionen [23]; Wechselwirkungen und mögliche Nebenwirkungen bei der gleichzeitigen Anwendung von phytotherapeutischen Behandlungen und onkologischen Therapien [24]; Mind-Body-Interventionen für psychisch instabile Patient/-innen oder bei Patient/-innen mit PTBS [20, 25]; Körpertherapien wie rhythmische Massage, Osteopathie und Chiropraktik bei Skelettrisiken aufgrund lokaler Metastasen oder Osteoporose [20, 25]). Die wichtigsten Risiken sind bei den Kerndisziplinen (siehe Artikel) zusammengefasst.

Basiswissen bzgl. Integrativer Onkologie ist daher für medizinisches Fachpersonal im Umfeld von Krebspatient/-innen sowie für die Patient/-innen selbst unerlässlich – sei es, um einen offenen Dialog über den Nutzen komplementärer Verfahren zu fördern (13, 26, 27), Risiken des Fehlgebrauchs zu erkennen (21), Patient/-innen an Fachpersonen der Integrativen Onkologie zu verweisen, auf deren Bedürfnisse einzugehen oder auch, um komplementärtherapeutische, in der supportiven Therapie validierte Optionen im Sinne eines integrativen Ansatzes anzubieten.

Im Sinne einer ganzheitlichen Patientenversorgung müssen zudem «indirekte» Risiken der Nutzung komplementärer Verfahren berücksichtigt werden wie

a) eine Verzögerung der konventionellen Behandlung (21);
b) Fehlinformationen über die onkologische Erkrankung, deren Schweregrad und Behandelbarkeit und Behandlungsoptionen bis zu falschen Heilsversprechungen;

c) isolierter Verweis auf die Patientenpräferenz (die sog. 3. Säule der Evidenz, siehe Artikel Forschung) ohne eine gleichzeitige klinisch-therapeutische und evidenzbasierte Mitverantwortung;

- d) zusätzliche finanzielle Belastungen für die Patient/-innen (insbesondere bei kostspieligen Therapien oder Präparaten), die sog. finanzielle Toxizität;
- e) ein überladener Terminkalender durch parallele «konventionelle» und «komplementäre» Termine (sog. Zeit-Toxizität);
- f) sog. aggressive integrative onkologische Behandlung nahe am Lebensende (siehe Artikel Integrative Palliative und End-of-Life Care in der Onkologie);
- g) mangelnde Koordination und Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren für eine optimale interdisziplinäre, patientenzentrierte Versorgung.

Eine gut strukturierte Integrative Onkologie mit enger, lokal vertrauter Zusammenarbeit ermöglicht eine koordinierte und individualisierte Anwendung der Verfahren, minimiert die Risiken komplementärer Medizin und nutzt deren Potenziale zur Optimierung der Lebensqualität und Symptomkontrolle bei Krebspatient/-innen.

Grundlegende Fähigkeiten und Vorschläge für die Aus-, Fort- und Weiterbildungen in IO

Im Rahmen eines zweiphasigen internationalen Projekts der SIO wurden durch systematische Literaturrecherche und ein interprofessionelles Konsensusverfahren 37 Kernkompetenzen für die Integrative Onkologie identifiziert (13). Diese Kompetenzen, die professionsübergreifend für Ärzt/-innen, Pflegefachpersonal, Psycholog/-innen, andere Gesundheitsberufe und Therapeut/-innen gelten, umfassen Wissen (Knowledge, n = 11), Fähigkeiten (Abilities, n = 17) und Fertigkeiten (Skills, n = 9). Kommunikative Kompetenzen spielen dabei eine wichtige Rolle. Die Kernkompetenzen dienen als Grundlage zur Entwicklung von Fortbildungsprogrammen, um eine sichere, evidenzbasierte und patientenzentrierte Versorgung in der Integrativen Onkologie auch im deutschsprachigen Raum zu gewährleisten (28). Auch Bennardi et al. sehen neben formaler

Vermittlung von Wissen das Lernen im Praxisfeld zum Erwerb von Fähigkeiten und zur Entwicklung der Haltung als relevant (29). Integrative Onkologie versteht sich grundsätzlich als ein Ansatz, der unter Einbezug eines multiprofessionellen Teams stattfindet (13, 30). Betrachtet man die Forschungserkenntnisse zu erfolgreicher Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe in der Praxis, zeigt sich, dass interprofessionelle Aus-, Fort- und Weiterbildungen ein Kernelement für das Gelingen darstellen (29). Zudem stärkt ein interprofessioneller Ansatz die Versorgungsstrukturen und verbessert die Outcomes der Patient/-innen (31). Für die Entwicklung neuer Fort- und Weiterbildungsangebote scheinen daher ein multiprofessionelles Dozierendenteam und eine Ausrichtung der Inhalte auf ein multiprofessionelles Zielpublikum zentral (32). Die Interprofessional Education Collaborative (IPEC) formuliert 4 interprofessionelle Kernkompetenzen, die vermittelt werden sollten (33):

- 1) Werte und Ethik
- 2) Rollen und Verantwortlichkeiten
- 3) Kommunikation
- 4) Team und Teamwork

Der Weg von der onkologisch tätigen hin zur erfahrenen integrativ-onkologischen Fachperson folgt einem Lernprozess, den schon Patricia Benner 1984 beschrieben hat (34). Sie zeigt in ihrem Werk «From Novice to Expert» auf, welche Kompetenzentwicklungsschritte Fachpersonen bei einem Rollenwechsel durchlaufen und wie das Lernen in den einzelnen Stufen bestmöglich unterstützt werden kann (35). Daran angelehnt empfiehlt sich zu Beginn ein strukturiertes Lernen, gestützt auf vorhandenes Wissen, wenn immer möglich dargestellt in regulären Krankheitsverläufen unter Zuhilfenahme von Leitlinien. Im weiteren Verlauf prägen eigene Erfahrungen und die Reflexion den Lernprozess, und das Lernen wird vor allem durch Intervention mit Kolleg/-innen und Besprechung komplexer oder spezifischer Fälle gefördert. Benner bezeichnet dies als Lernen an Paradigmafällen (36).

Dieses Wissen kann die künftige Entwicklung von integrativ-onkologischen Edukationsmaterialien unterstützen.

Inhalte möglicher Lernsequenzen zur Integrativen Onkologie

Tab. 1		
Wissen		relevant für
Lernsequenz 1	→ Basiswissen über die evidenzbasierte Medizin → Zugang zu und kritische Würdigung von wissenschaftlicher Literatur mit integrativ-onkologischen Inhalten	Anfänger/-innen in Bezug auf wissenschaftliches Arbeiten
Lernsequenz 2	→ Basiswissen über Krebserkrankungen → Fachsprache	Anfänger/-innen in Bezug auf den medizinischen Bereich allgemein oder die Onkologie spezifisch
Lernsequenz 3	→ Wissen über häufige komplementäre Ansätze (geschichtliche Aspekte, Wissensgrundlage, Wirkmechanismen, Kosten-Nutzen-Verhältnis, Kontraindikationen, Vorkommen und Behandlungsschemata)	konventionell tätige Gesundheitsfachpersonen mit wenig Wissen über komplementäre Behandlungsansätze
Lernsequenz 4	→ Wissen zu Anbieter/-innen, Qualitätskriterien und zur Finanzierung	konventionell tätige Gesundheitsfachpersonen mit wenig Wissen über komplementäre Behandlungsansätze
Lernsequenz 5	→ Wissen zur Gestaltung einer heilsamen Umgebung	konventionell tätige Gesundheitsfachpersonen mit wenig Wissen über komplementäre Behandlungsansätze
Lernsequenz 6	→ Kommunikationsstrategien und -theorien	alle Gesundheitsfachpersonen

Um rein theoretisches Wissen zu vermitteln, können beispielsweise Podcasts, Webinare oder kurze Schulungssequenzen genutzt werden. Basierend auf den Kernkompetenzen von Witt et al. lassen sich die in [Tab. 1](#) aufgeführten Inhalte ableiten und in Lernmodule einteilen (13).

Um das theoretische Wissen in einem nächsten Schritt effektiv in den Alltag zu integrieren und somit, wie von Benner (35) beschrieben, die Fertigkeiten zu schulen, braucht es zudem gemeinsame Lernsettings (29, 36). In der interprofessionellen Edukation haben sich hier Simulationen oder konkrete Fallarbeit bewährt (36). Teilnehmende verschiedener Professionen lösen hierbei gemeinsam komplexe Behandlungsszenarien und lernen so nicht nur die praktische Anwendung von Inhalten, sondern zudem auch die Zusammenarbeit miteinander besser kennen. Zum Bereich der Fertigkeiten zählt ausserdem das Erlangen praktischer Anwendungskompetenz zu konkreten komplementären Interventionen, wie bspw. Akupunktur oder auch äussere Anwendungen.

Die konkrete Handlungsfähigkeit entsteht in einem weiteren Schritt durch kontinuierliche Reflexion, Intervention oder bspw. Mentoringprogramme (36). Es geht konkret darum, eine offene und empathische Haltung zu entwickeln. Fertigkeiten sind auch, ein Verständnis den verschiedenen komplementären Verfahren gegenüber zu entwickeln und mit fehlender wissenschaftlicher Evidenz in der Kommunikation und Therapie umzugehen (13).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein stufenweises Vorgehen, welches sich an konkreten Kompetenzen orientiert, zielführend für die Entwicklung künftiger Fort- und Weiterbildungsmaterialien zur Integrativen Onkologie ist. Die Angebote sollten interprofessionell für ein multiprofessionelles Zielpublikum entwickelt werden.

Ausbildung und primärqualifizierende Weiterbildung

In der Schweiz sind nur sehr grundlegende integrativ-medizinische Inhalte in der ärztlichen studentischen Ausbildung enthalten (37). Die ärztliche Weiterbildung zum medizinischen Onkologen (SIWF-SGMO) (38) umfasst im Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2021 keine Inhalte der Integrativen Onkologie, diese fehlen auch im ESMO/ASCO Core Curriculum (39), es werden Ernährung, körperliche Aktivität, Survivorship, Palliative Care und psychosoziale Aspekte erwähnt, aber ohne explizit Themen der Integrativen Onkologie, die in Supportive Care Guidelines erwähnt sind, aufzunehmen.

Auch die Ausbildung zur Pflegefachperson HF sowie der Bachelorstudiengang zur Pflegefachperson FH enthalten nur sehr geringe Anteile an integrativ-medizinischen Inhalten. In der Regel beschränken sich diese auf den Bereich der Palliative Care, der Grundpflege und/oder der Prophylaxe bzw. das allgemeine Symptomanagement und werden je nach Schwerpunkt der Fachhochschulen bzw. der höheren Fachschulen unterschiedlich stark ausgearbeitet. In den Weiterbildungen zu Fachexpert/-innen Onkologie oder Palliative Care werden insbesondere äussere Anwendungen zum erweiterten Symptomanagement thematisiert.

Weiterbildungsangebote für die Integrative Onkologie in der Schweiz

In der Schweiz existiert bisher keine für Ärzt/-innen SIWF- anerkannte Weiterbildung in Integrativer Onkologie, die Grundlagen der Integrativen Onkologie (z. B. Grundprinzipien, Menschenbild, Diagnostisches Vorgehen) und der einzelnen Kerndisziplinen (Anthroposophisch-erweiterte Medizin, Individualisierte Homöopathie, Medizinische Hypnose, Integrative Pflege, Mind Body Medicine, Phytotherapie, TCM/Akupunktur) beinhaltet. Für einige der ärztlichen Kerndisziplinen können Fähigkeitsausweise (<https://www.siwf.ch/weiterbildung/faehigkeitsausweise.cfm>) erworben werden (siehe auch SNIO Certification Courses unten).

Eine Übersicht über vom Swiss Network for Integrative Oncology (SNIO) veröffentlichte zertifizierte Weiterbildungen und Kurse finden Sie unter folgendem QR-Code:



https://integrative-oncology.ch/media/education_certification-courses.pdf

Weiterbildungsangebote für die Integrative Onkologie im Ausland

In Deutschland bietet die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie bspw. einen Zertifizierungskurs Integrative Medizin in der Onkologie an (40), in den USA gibt es integrativ-onkologische Fellowships (41).

Fortbildungen

Im Bereich Fortbildungen besteht ein langsam wachsendes Angebot, auch mit Inhalten aus verschiedenen Kerndisziplinen der Integrativen Onkologie und Akkreditierung durch verschiedene Fachgesellschaften, wie z. B. wissenschaftliche Session des SNIO am SOHC (Schweizer Hämatologie Onkologie Kongress).

In Zukunft wird das SNIO auch einen Kalender mit den in der Schweiz verfügbaren Fortbildungen veröffentlichen.

Herausforderungen der aktuellen Aus-, Fort- und Weiterbildungen

Eine wesentliche Einschränkung bei den meisten Schweizer Aus-, Fort- und Weiterbildungen besteht darin, dass sie nicht speziell auf den onkologischen Kontext zugeschnitten sind. Das bedeutet, dass sie weder die spezifischen Risiken noch die evidenzbasierten Indikationen komplementärer Therapien (siehe Artikel Kerndisziplinen) bei Krebspatient/-innen vermitteln. Darüber hinaus werden in vielen Fort- oder Weiterbildungen wichtige Aspekte der Lebensstilmedizin im onkologischen Kontext – wie

Bewegung, Ernährung, Schlafhygiene, Stressbewältigung und psychische Gesundheit – sowie die Beurteilung von Nahrungsergänzungsmitteln oder pflanzlichen Präparaten nicht adäquat thematisiert.

In den kommenden Jahren beabsichtigt das SNIO, die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in Integrativer Onkologie zunächst für Onkolog/-innen und onkologische Pflegefachpersonen auszubauen, in einem zweiten Schritt dann auch für Patient/-innen und Komplementärtherapeut/-innen. Ein Anliegen von SNIO ist es, Gesundheitsfachpersonen, die Krebspatient/-innen behandeln, grundlegende Kenntnisse zu vermitteln und sie somit bei ihrer Befähigung zu unterstützen.

Durch den folgenden QR-Code erhalten Sie eine Auswahl an Informationsquellen, die von der medizinischen Fachgemeinschaft im Bereich der Integrativen Onkologie als zuverlässig eingestuft werden, sowie eine Sammlung von praktischen Werkzeugen (27, 42).



https://integrative-oncology.ch/media/education_resources.pdf
Mithilfe dieser evidenzbasierten Informationen kann jedes komplementärmedizinische Verfahren mit den Patient/-innen im eigenen Kontext und auf der Grundlage des Nutzen-Risiko- oder Wirksamkeit-Sicherheits-Verhältnisses besprochen werden, wie es in den SIO-Empfehlungen und den Modellen von Cohen und Eisenberg vorgeschlagen wird (20, 43, 44).

Schlussfolgerung

Integrative Onkologie ist ein zentraler Bestandteil moderner onkologischer Behandlung. Um ihr Potenzial sicher und wirksam zu nutzen, braucht es gezielte, interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen, die den onkologischen Kontext berücksichtigen. Der Aufbau entsprechender Bildungsangebote in der Schweiz ist ein wichtiger nächster Schritt, um Patient/-innen ganzheitlich, evidenzbasiert und bedürfnisorientiert begleiten zu können.

Sara Kohler, MScN, MAS onkol. Pflege, RN

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)
Departement Gesundheit; Institut für Pflege
Katharina-Sulzer-Platz 9
8400 Winterthur
sara.kohler@zhaw.ch

Interessenkonflikte

Gisèle Montavon ist Board Member des Swiss Network for Integrative Oncology. Claudia M. Witt ist Präsidentin des Schweizer Fachverbandes Mind Body Medicine und erhält Honorare für wissenschaftliche Vorträge zur Integrativen Onkologie und Entwicklung von Behandlungspfaden und Curricula von Schweizer und Deutschen Spitälern. Die weiteren Autoren haben keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel deklariert.

DOI: <https://doi.org/10.23785/TU.2025.05.004>

Literatur

- Mao JJ, Pillai GG, Andrade CJ, Ligibel JA, Basu P, Cohen L, et al. Integrative oncology: Addressing the global challenges of cancer prevention and treatment. *CA Cancer J Clin.* 2022;72(2):144-64.
- Onkologie L. S3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung onkologischer PatientInnen 2024 [Available from: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/komplementaermedizin>].
- Bower JE, Lacchetti C, Alici Y, Barton DL, Bruner D, Canin BE, et al. Management of Fatigue in Adult Survivors of Cancer: ASCO-Society for Integrative Oncology Guideline Update. *J Clin Oncol.* 2024;42(20):2456-87.
- Carlson LE, Ismaila N, Addington EL, Asher GN, Bradt J, Mehta A, et al. Integrative Oncology Care of Symptoms of Anxiety and Depression in Adults With Cancer: SIO-ASCO Guideline Summary and Q&A. *JCO Oncol Pract.* 2023;19(10):847-51.
- Mao JJ, Ismaila N, Bao T, Barton D, Ben-Arye E, Garland EL, et al. Integrative Medicine for Pain Management in Oncology: Society for Integrative Oncology-ASCO Guideline. *J Clin Oncol.* 2022;40(34):3998-4024.
- Onkologie L. S3-Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen [Available from: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/supportive-therapie>].
- Molassiotis A, Affronti ML, Fleury M, Olver I, Giusti R, Scotte F. 2023 MASCC/ESMO consensus antiemetic guidelines related to integrative and non-pharmacological therapies. *Support Care Cancer.* 2023;32(1):30.
- Wode K, Henriksson R, Sharp L, Stoltenberg A, Hök Nordberg J. Cancer patients' use of complementary and alternative medicine in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Complement Altern Med.* 2019;19(1):62.
- Paterson C, Toohey K, Bacon R, Kavanagh PS, Roberts C. What Are the Unmet Supportive Care Needs of People Affected by Cancer: An Umbrella Systematic Review. *Semin Oncol Nurs.* 2023;39(3):151353.
- Shneerson C, Taskila T, Holder R, Greenfield S, Tolosa I, Damery S, et al. Patterns of self-management practices undertaken by cancer survivors: variations in demographic factors. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2015;24(5):683-94.
- Boland L, Bennett K, Connolly D. Self-management interventions for cancer survivors: a systematic review. *Support Care Cancer.* 2018;26(5):1585-95.
- Kemppainen LM, Kemppainen TT, Reippainen JA, Salmenniemi ST, Vuolanto PH. Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scand J Public Health.* 2018;46(4):448-55.
- Witt CM, Helmer SM, Schofield P, Wastell M, Canella C, Thomae AV, et al. Training oncology physicians to advise their patients on complementary and integrative medicine: An implementation study for a manual-guided consultation. *Cancer.* 2020;126(13):3031-41.
- Ng JY, Kochhar J, Cramer H. Oncology researchers' and clinicians' perceptions of complementary, alternative, and integrative medicine: an international, cross-sectional survey. *Support Care Cancer.* 2024;32(9):615.
- Mentink M, Jansen J, Noordman J, van Vliet L, Busch M, van Dulmen S. Interprofessional contact with conventional healthcare providers in oncology: a survey among complementary medicine practitioners. *BMC Complement Med Ther.* 2024;24(1):285.
- Renet S, de Chevigny A, Hoacoglu S, Belkarfa AL, Jardin-Szucs M, Bezie Y, et al. Risk evaluation of the use of complementary and alternative medicines in cancer. *Ann Pharm Fr.* 2021;79(1):44-52.
- Keinki C, Ahmadi E, Kastrati K, Zomorodbakhsh B, Hubner J, Working Group P, et al. Cancer Patient Motives and Expectations on Non-medical Practitioners. *In Vivo.* 2022;36(5):2505-13.
- Mazzocut M, Truccolo I, Antonini M, Rinaldi F, Omero P, Ferrarin E, et al. Web Conversations About Complementary and Alternative Medicines and Cancer: Content and Sentiment Analysis. *J Med Internet Res.* 2016;18(6):e120.
- Bender JL, Hueniken K, Eng L, Brown MC, Kassirian S, Geist I, et al. Internet and social media use in cancer patients: association with distress and perceived benefits and limitations. *Support Care Cancer.* 2021;29(9):5273-81.
- Deng GE, Frenkel M, Cohen L, Cassileth BR, Abrams DI, Capodice JL, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for integrative oncology: complementary therapies and botanicals. *J Soc Integr Oncol.* 2009;7(3):85-120.
- Stub T, Quandt SA, Arcury TA, Sandberg JC, Kristoffersen AE. Attitudes and knowledge about direct and indirect risks among conventional and complementary health care providers in cancer care. *BMC Complement Altern Med.* 2018;18(1):44.
- Bonacchi A, Toccafondi A, Mambrini A, Cantore M, Muraca MG, Focardi F, et al. Complementary needs behind complementary therapies in cancer patients. *Psychooncology.* 2015;24(9):1124-30.
- de Valois B, Young T, Zollman C, Appleyard I, Ben-Arye E, Cummings M, et al. Acupuncture in cancer care: recommendations for safe practice (peer-reviewed expert opinion). *Support Care Cancer.* 2024;32(4):229.
- Wolf C, Rachow T, Ernst T, Hochhaus A, Zomorodbakhsh B, Foller S, et al. Complementary and alternative medicine (CAM) supplements in cancer outpatients: analyses of usage and of interaction risks with cancer treatment. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2022;148(5):1123-35.
- Latte-Naor S, Mao JJ. Putting Integrative Oncology Into Practice: Concepts and Approaches. *J Oncol Pract.* 2019;15(1):7-14.

Die vollständige Literatur

am Onlinebeitrag unter www.medinfo-verlag.ch

Integrative Palliative und End-of-Life Care in der Onkologie

Sandra Pittl¹, Corrado Bertotto², Natalie Kalbermatten³

¹ Zentrum für Integrative Onkologie, Zürich, Schweiz

² Zentrum für Integrative Medizin, HOCH Health Ostschweiz, Kantonsspital St. Gallen, Schweiz

³ Onkologie/Hämatologie, Kantonsspital Münsterlingen, Schweiz

Zusammenfassung: Palliative Care fokussiert auf die Lebensqualität von Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen durch eine bio-psycho-sozio-spirituelle Begleitung und multiprofessionelle Zusammenarbeit, möglichst früh im Krankheitsverlauf und bis ans Lebensende. Viele Patient/-innen wünschen in diesem Kontext auch integrativmedizinische Verfahren, die mit ihrem salutogenetischen und multidimensionalen Ansatz gut an die Grundprinzipien der Palliative Care anschliessen. Am Beispiel Anthroposophisch erweiterter Medizin und Phytotherapie wird ein Spektrum von Arzneimitteln, äusseren Anwendungen und künstlerischen Therapien aufgezeigt, die Symptome lindern und innere Ressourcen stärken können. Entscheidend ist eine fachkompetente Indikationsstellung mit sorgfältiger Abwägung von Nutzen und Belastung. Sinnvoll eingesetzt, können integrative Verfahren dazu beitragen, Menschen am Lebensende individuell und umfassend zu begleiten und die Prinzipien der Palliative Care wirkungsvoll zu unterstützen.

Schlüsselwörter: Palliative und End-of-Life Care, Integrativmedizin, Komplementärmedizin, Anthroposophisch erweiterte Medizin, Phytotherapie

Integrative palliative and end-of-life care in oncology

Abstract: Palliative care focuses on the quality of life of people with life-limiting illnesses through bio-psycho-social-spiritual support and multi-professional collaboration, as early as possible in the disease course and continuing until the end of life. In this context, many patients also seek integrative medical approaches which, with their salutogenetic and multidimensional orientation, align well with the core principles of palliative care. Using anthroposophic medicine and phytotherapy as examples, a spectrum of remedies, external applications, and artistic therapies is presented that can relieve symptoms and strengthen inner resources. A competent indication with careful consideration of benefits and burdens is essential. When applied appropriately, integrative interventions can contribute to providing individualized and comprehensive support for people at the end of life and effectively reinforce the principles of palliative care.

Keywords: Palliative and end-of-life care, integrative medicine, complementary medicine, anthroposophical medicine, phytotherapy

Einleitung

Palliative Care bezeichnet die multiprofessionelle, multidimensionale Begleitung von Menschen und deren Angehörigen mit lebenslimitierenden Erkrankungen mit dem Fokus auf Lebensqualität (1). Sie ist gemäss heutigem Verständnis früh – nämlich bereits nach Diagnosestellung einer nicht kurativ behandelbaren Erkrankung – anwendbar. Die spezialisierte Palliative Care ist in der Schweiz breit verfügbar, sowohl stationär (Palliativstationen, Hospize) als auch ambulant (Palliativsprechstunden, mobile palliative Dienste). Viele Menschen mit onkologischen Erkrankungen fragen nach Komplementär- bzw. Integrativmedizin (2). Dies trifft für alle Krankheitsstadien, auch nicht kurative, zu (3). Verschiedene integrativmedizinische Methoden/Massnahmen können für diese Patient/-innen hilfreich sein; für eine Reihe davon existieren wissenschaftliche Daten, und/oder es gibt eine relevante empirische Basis. Dieser Artikel soll die Möglichkeiten und Grenzen von komplementär- bzw. integrativmedizinischen Methoden in der Palliative und End-of Life Care beleuchten.

Palliative Care

Die moderne Palliative Care (oder auch, häufig synonym verwendet, Palliativmedizin) wurde von der britischen

Pflegefachfrau, Sozialarbeiterin und Ärztin Cicely Saunders (1918–2005) begründet (4). Die Definition der Palliative Care der WHO (2002 und 2023 [5]) bezeichnet Palliative Care als «einen Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind, verbessert durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen körperlichen, psychosozialen und spirituellen Problemen» (1). Dieses bio-psycho-sozio-spirituelle Verständnis bildet eine wichtige Grundlage für zentrale Konzepte der modernen Palliativmedizin. Palliativmedizin beinhaltet – ebenfalls gemäss WHO – einen starken Fokus auf Symptomlinderung und -prävention, eine Lebensbejahung bis zum Schluss, aber auch die Akzeptanz des Sterbens als Teil des Lebens (6), den Einbezug der Angehörigen und des multiprofessionellen Teams; sie ist zudem nicht nihilistisch, sondern schliesst durchaus auch Untersuchungsmethoden und invasive Therapien mit ein, sofern diese das Ziel der Lebensqualitätsverbesserung unterstützen.

Cicely Saunders prägte unter anderem den Begriff «total pain» (7), welcher auch auf andere Symptome übertragen werden kann. Er bedeutet, dass ein Mensch, der das Symptom Schmerz äussert, dieses häufig nicht auf den physischen Schmerz beschränkt, sondern dass auch psychologische, soziale und spirituelle (8) Dimensionen in das

Schmerzerleben einfließen (9, 10) – und damit jene biopsycho-sozio-spirituelle Gesamtsicht widerspiegeln, die in der WHO-Definition von Palliative Care verankert ist.

Bis etwa 2010 kam Palliative Care in der Onkologie überwiegend erst dann zum Einsatz, wenn onkologische Therapien mangels Wirksamkeit beendet wurden («transition from oncology to palliative care») (11). Einen Paradigmenwechsel leitete 2010 die Studie von Temel et al. im New England Journal of Medicine ein, in der 151 Patient/-innen mit neu diagnostiziertem NSCLC untersucht wurden. Jene, die zusätzlich zur onkologischen Standardtherapie regelmässige Konsultationen bei einem spezialisierten Palliative-Care-Team erhielten, zeigten nicht nur eine Verbesserung der Lebensqualität, sondern auch ein längeres medianes Überleben (12). Seitdem gilt an vielen onkologischen Zentren als Standard (13), dass Patient/-innen bereits während aktiver Krebstherapien (14) bei komplexen Symptomen oder psychosozialen bzw. spirituellen Belastungen frühzeitig an spezialisierte Palliative-Care-Teams überwiesen werden sollten (15, 16). Um die «frühe» Palliative Care klar von der Versorgung am Lebensende zu unterscheiden, hat sich für Letztere der Begriff «End-of-Life Care» etabliert (17).

Nicht alle Patient/-innen mit unheilbarer Krebserkrankung bedürfen spezialisierter Palliative Care. Viele Palliative-Care-Interventionen – etwa Gespräche über Krankheitsverständnis, Netzwerkplanung oder Symptomkontrolle – werden im Rahmen der allgemeinen Palliative Care durch Hausärzt/-innen, Onkolog/-innen und onkologische Pflegefachpersonen durchgeführt (18). Bei komplexeren oder interagierenden Symptomen bzw. bei ausgeprägten psychosozialen oder spirituellen Belastungen ist die Überweisung an spezialisierte Teams angezeigt (19, 20).

In der Schweiz ist die Verfügbarkeit von sowohl stationärer Palliative Care (Palliativstationen, Hospize) als auch ambulanter Palliative Care (Palliativsprechstunden, mobile palliative Dienste) allgemein gut (regionale Unterschiede). Für die DKG-Zertifizierung von Krebszentren, welche in der Schweiz verbreitet ist, wird für alle Patient/-innen der Zugang zu stationärer und ambulanter Palliative Care gefordert (21).

Seit dem Jahr 2016 können Fachärzt/-innen, welche sich in Palliative Care spezialisieren möchten, den SIWF-interdisziplinären Schwerpunkt Palliativmedizin erlangen. Dieser beinhaltet neben einer strukturierten theoretischen Ausbildung in Palliativmedizin von 160 Stunden eine mindestens zweijährige Tätigkeit in der spezialisierten Palliativmedizin. Ein Schwerpunkt Palliativmedizin ist Bedingung, um eine Palliativstation zu leiten. Im länderspezifischen Vergleich liegt der Aufwand für die Erlangung der ärztlichen Spezialisierung in Palliative Care zwischen Grossbritannien, wo die Palliative Care ein eigener Facharzt/-titel darstellt, und Deutschland, wo die Zusatzbezeichnung Palliative Care für Facharzt/-titelträger/-innen in 40 Stunden Kursweiterbildung und 120 Stunden Fallseminaren (Letzteres kann ersetzt werden durch 6 Monate Weiterbildung an Weiterbildungsstätten) zu erlangen ist (22).

Integrative Medizin in der Palliative Care

Unter dem Begriff «Integrative Medizin» wird die sinnvolle Verbindung von Komplementär- und konventioneller Medizin verstanden (23). In der Schweiz sind seit dem Jahr 2009 vier komplementärmedizinische Richtungen (Anthroposophisch erweiterte Medizin, TCM/Akupunktur, klassische Homöopathie und Phytotherapie) in der Verfassung festgehalten und deren ärztliche Leistungen werden über die Grundversicherung vergütet, wenn sie von einem/einer Ärzt/-in erbracht werden, welche/-r den entsprechenden SIWF-Fähigkeitsausweis besitzt (24). Viele Arzneimittel, die in den oben genannten komplementärmedizinischen Methoden verwendet werden, werden ebenfalls durch die Grundversicherung vergütet.

In den Schweizer Krebszentren, welche über ein integrativmedizinisches Angebot für onkologische Patient/-innen verfügen («Integrative Onkologie»), werden in der Regel eine oder mehrere der oben genannten Methoden und/oder Mind-Body-Medizin angeboten. Mindestens zweimal monatliche integrativonkologische Sprechstunden durch einen/eine Ärzt/-in mit einem SIWF-Fähigkeitsausweis in einer der oben genannten Methoden oder ein CAS in Mind-Body-Medizin und eine Zertifizierung des Krebszentrums sind die Bedingungen für eine Mitgliedschaft im Schweizer Netzwerk für Integrative Onkologie (www.integrative-oncology.ch) (25).

Im Folgenden bezieht sich der Begriff Komplementär- bzw. Integrativmedizin (CIM) schwerpunktmässig auf die oben genannten Methoden. Bei verschiedenen (nicht allen) komplementärmedizinischen Methoden fällt ein Fokus auf Salutogenese und ein multidimensionales Menschenbild, das häufig die psycho-spirituelle Dimension einbezieht, auf (26). Insofern finden sich hier gewisse Parallelen zu den Grundsätzen der Palliative Care. Dieser Aspekt sowie möglicherweise auch der Fokus auf einen «Team-Approach» mit der zentralen Rolle von Pflegefachpersonen in der Palliative Care sind möglicherweise ein Grund, warum in verschiedenen Palliative-Care-Settings Konzepte, wie z. B. Aromapflege, die als Teil der Phytotherapie angesehen wird, in den letzten Jahren etabliert wurden (27).

Vermeiden von «Aggressive End-of-Life Care» auch in Integrativer Onkologie

Der Begriff «Aggressive End-of-life care» bezeichnet belastende medizinische Massnahmen wie nebenwirkungsreiche Chemotherapie, Aufnahme auf die Intensivstation oder Reanimation in der letzten Lebensphase bei weit fortgeschrittener Krebserkrankung – Situationen, in denen der Nutzen in der Regel nur marginal ist. Studien zeigen, dass durch die frühzeitige Integration von Palliative Care die Häufigkeit solcher Interventionen deutlich reduziert werden kann (28, 29, 30).

Dieses Prinzip – belastende Interventionen mit geringem Nutzen zu vermeiden – gilt nicht nur für konventionelle onkologische Therapien, sondern auch für komplementär-integrative Verfahren. Auch wenn CIM-Massnahmen von vielen Patient/-innen und Behandelnden als sanft und

weitgehend frei von Nebenwirkungen eingeschätzt werden (31, 32), können sie am Lebensende dennoch relevante Belastungen mit sich bringen. Dazu zählen spezifische unerwünschte Wirkungen beispielsweise von pflanzlichen Arzneimitteln (siehe Kapitel Phytotherapie), invasive Applikationsformen wie Nadeln bei der Akupunktur (siehe Kapitel TCM) oder Infusionen/subkutane Injektionen sowie der logistische Aufwand (33) wiederholter Praxis- oder Klinikbesuche (34, 35) (sog. Time Toxicity [36]) und oft die finanzielle Belastung (sog. Financial Toxicity [37]). Die finanzielle und logistische Belastung wird wahrscheinlich unterschätzt (38). Entsprechend sollten auch CIM-Interventionen in dieser Phase kritisch auf ihr Nutzen-Belastungs-Verhältnis geprüft und gegebenenfalls in Absprache mit der Patientin bzw. dem Patienten beendet oder nicht begonnen werden. Dazu kann ein strukturierter Entscheidungsprozess wie bei systemischer Krebstherapie in palliativer Absicht angewandt werden (39).

Darüber hinaus suchen viele Patient:innen angesichts der Krankheitsprogression und des nahenden Lebensendes nach einem letzten «Strohalm». In dieser Situation steigt die Anfälligkeit für unseriöse Angebote der Komplementärmedizin, die teils sogar Heilung suggerieren. Solche Versprechungen bergen das Risiko von Enttäuschung, Fehlallokation von Ressourcen und zusätzlicher Belastung für Angehörige. In solchen Fällen erweist sich die Doppelkompetenz von Fachpersonen mit Erfahrung in Integrativer Medizin und Palliative Care als hilfreich. Sie können durch empathische Begleitung, hohe Kommunikationskompetenz und die fachliche Einordnung unseriöser Angebote dazu beitragen, dass fragwürdige «Strohhalme» nicht ergriffen werden. So bleibt Patient:innen mehr Zeit und Energie für das, was sie selbst als wesentlich erachten.

Beispiele von CIM-Interventionen in der Palliative und End-of-Life Care

Im Folgenden sollen exemplarisch die Möglichkeiten von zwei Kerndisziplinen der integrativen Onkologie (AEM, Phytotherapie) in der Palliative und End-of-Life Care dargestellt werden. Diese Auswahl ist begründet durch die Fähigkeitsausweise in den entsprechenden Disziplinen der Autoren dieses Artikels.

Anthroposophisch erweiterte Medizin

Im Vordergrund stehen erfahrungsbasierte und teilweise studienbasierte, gut nachvollziehbare Ansätze aus ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Praxis, die die konventionelle Versorgung sinnvoll ergänzen.

Medikamentöse Ansätze

Die AEM bietet ein differenziertes Spektrum an Arzneimitteln, die symptomorientiert und individuell angewendet werden (siehe Artikel Gemeinsamkeiten und Kerndisziplinen, Kapitel AEM). Meist handelt es sich um niedrig potenzierte Präparate (D1–D30) oder um nach anthropo-

sophisch-spezifischen Verfahren hergestellte Medikamente pflanzlichen oder mineralischen Ursprungs.

- **Appetitlosigkeit:** Bitterstoffpräparate wie WALA Magen-Darm Globuli velati oder WELEDA Amara Tropfen haben eine lange Anwendungstradition und fördern durch ihre bittere Komponente Appetit und Verdauung (40, 41).
- **Angst und Schlafstörungen:** Zubereitungen aus *Bryophyllum pinnatum* (Brutblatt, verschiedene Hersteller) werden in der anthroposophischen Praxis breit eingesetzt und können Angst sowie innere Anspannung positiv beeinflussen und das Ein- und Durchschlafen unterstützen (42, 43).
- **Unruhe im Sterbeprozess:** WELEDA Olibanum comp., ein potenziertes Komplexmittel aus Olibanum resina, Aurum metallicum und Myrrha, wird im Sterbeprozess angewendet, wenn Unruhe und existenzielle Not im Vordergrund stehen (44, 45).
- **Übelkeit und Verdauungsbeschwerden:** WELEDA Nux vomica comp. Dil. und WALA Magen-Darm Globuli velati werden eingesetzt, um Übelkeit und Verdauungsprobleme zu lindern (41).
- **Misteltherapie:** Mistelpräparate (in der Schweiz: Iscador, Helixor und Abnobaviscum) können Müdigkeit (Fatigue), Appetitlosigkeit und das allgemeine Wohlbefinden günstig beeinflussen (46, 47).

Äussere Anwendungen in der Pflegepraxis

Äussere Anwendungen nehmen im anthroposophischen Pflegekonzept (siehe Kapitel Integrative Pflege) einen zentralen Stellenwert ein – sie entfalten ihre Wirkung über die verwendeten, meist pflanzlichen, teils metallischen Substanzen sowie über die physikalische Wirkung der (je nach Anwendung) Wärme und/oder Feuchtigkeit bzw. rhythmischen Berührungen (44, 48).

- **Aurum-Lavandula-Herzaufgabe** kann sich positiv auf Angst und innere Unruhe auswirken (41).
- **Schafgarben-Leberwickel** können die Vitalität stärken, den Stoffwechsel regulieren und die Schlafqualität verbessern (49).
- **Oxalis-Zwerchfellaufgabe** wird bei nervöser Anspannung, Verdauungsstörungen oder seelischer Erschütterung/Schock eingesetzt (41).
- **Rhythmische Einreibungen nach Wegman/Hauschka:** Diese Pflegemethode mit rhythmisch geführten Berührungen kann Körperwahrnehmung und Vertrauen fördern (41, 48). Je nach Ziel der Anwendung werden unterschiedliche Substanzen verwendet.

Künstlerische Therapien

Anthroposophische Kunsttherapien – Malen, Plastizieren, Musiktherapie, Sprachgestaltung oder Heileurythmie, eine achtsame Bewegungstherapie – spielen in der anthroposophisch erweiterten Palliative und End-of-Life Care eine wichtige Rolle.

- Systematische Übersichten zeigen, dass künstlerische Therapien Angst und depressive Symptome bei Krebspatient/-innen deutlich reduzieren können (50, 51).
- **Heileurythmie** kann Atemnot, Schmerzen und Unruhe günstig beeinflussen, indem sie Rhythmus und Atmung harmonisiert (45, 52).
- **Sprachgestaltung und Musik** können körperliche und

emotionale Symptome lindern, Entspannung fördern und Raum für existentielle Themen schaffen (52).

Psychosoziale und spirituelle Begleitung

Das anthroposophische Menschenbild versteht Leib, Seele und Geist als Einheit und erweitert so die Begleitung im Sterbeprozess um einige Aspekte:

- **Spirituelle Begleitung:** Neben konventionellen Ansätzen (53, 54) integriert die AEM Biografiearbeit, Meditation und Entspannungsübungen, die auch nicht religiöse Menschen in spirituell-existentialen Themen begleiten können (44, 45).
- **Salutogenese und Selbstregulation:** Die AEM legt grossen Wert auf die Förderung innerer Ressourcen. Biografiearbeit, künstlerische Zugänge und äussere Anwendungen zielen auf die Unterstützung der Selbstregulation (55, 56).

Der spezifische Beitrag der anthroposophischen Palliative Care

Die AEM erweitert die allgemeine Palliativversorgung in folgenden Punkten:

1. **Ganzheitliches Pflegekonzept und äussere Anwendungen:** Durch Rhythmus, Berührung und multisensorische Erfahrungen können Geborgenheit und Stabilität vermittelt werden (44).
2. **Breites Spektrum symptomorientierter Arzneimittel** – meist pflanzlichen, teils auch mineralischen Ursprungs, die eine individuell angepasste, gut verträgliche Therapie ermöglichen
3. **Integration von Kunst und Natur:** Kreative Therapien und natürliche Substanzen erweitern das Handlungsspektrum.
4. **Fokus auf Salutogenese und Selbstregulation:** Der anthroposophisch-medizinische Ansatz betont die inneren Regulierungsfähigkeiten auch bei weit fortgeschrittener Erkrankung (55).

Fazit: Die AEM bereichert die Palliativversorgung durch ein praxisnahes Repertoire aus Arzneimitteln, äusseren Anwendungen, künstlerischen Therapien und psycho-spirituellen Begleitmöglichkeiten – stets mit dem Ziel, den Menschen in seiner körperlich-seelisch-geistigen Ganzheit in den Mittelpunkt zu stellen und seine inneren Ressourcen bis zuletzt zu stärken.

Phytotherapie

Phytotherapeutische Arzneimittel in verschiedenen Zubereitungsformen (siehe Kapitel Phytotherapie) können in der Palliative und End-of-life Care in ausgewählten Indikationen zur Symptomlinderung (u.a. Angst/Unruhe, Schlaf, Fatigue, Übelkeit) und zur positiven Beeinflussung des Gesamtfindens beitragen (57). Neben den Daten aus klinischen Studien spielt für die Nutzenbewertung auch die lange Anwendungstradition, die beispielsweise in den Monografien internationaler Fachgremien wie der Europäischen Arzneimittelagentur (Committee on Herbal Medicinal Products, EMA-HMPC) oder der Weltgesundheits-

organisation (WHO) systematisch aufgearbeitet und mit präklinischen Daten in Bezug gesetzt wird, eine Rolle.

Zu den innerlich angewendeten Arzneipflanzen zählen u.a. Zubereitungen aus der Weissbeerigen Mistel (*Viscum album*), Hanf (*Cannabis sativa/indica*), Weihrauch (*Boswellia serrata*) sowie Ingwer (*Zingiber officinale*). Für Mistelpräparate zeigen systematische Übersichten inkonsistente Ergebnisse; einzelne randomisierte Studien berichten von Verbesserungen der Lebensqualität (46), während Überlebens Effekte nicht gesichert sind. Medizinischer Cannabis kann als Add-on für einzelne Symptome (z.B. refraktäre Übelkeit, Appetitverlust, Schmerzen) nach Aufklärung und unter Beachtung von Interaktionen, Nebenwirkungen und Rechtslage erwogen werden (58, 59). In einer doppelblinden Pilot-RCT reduzierte Weihrauch (*Boswellia serrata*) peritumorales Hirnödeme bei Hirntumoren unter Bestrahlung; die Datenbasis ist allerdings klein (60, 61). Für Ingwer bei CINV (Chemotherapie-induzierte Nausea und Vomitus) fallen Ergebnisse gemischt aus: Metaanalysen und RCTs zeigen teils Vorteile (v.a. akute Übelkeit), teils keine klaren Effekte (62, 63). Für standardisierte orale Lavendelöl-Präparate (z.B. Silexan) zeigt eine Metaanalyse signifikante Angstreduktionen bei guter Verträglichkeit (64). Traditionelle und teilweise wissenschaftliche Evidenz besteht für Zubereitungen aus Baldrianwurzel, Hopfen, Passionsblumenkraut und Melisse bei Schlafstörungen (65, 66, 67, 68). Für Inappetenz verschiedenen Ursprungs werden traditionell Zubereitungen aus Bitterstoff-Arzneipflanzen eingesetzt; die Wirkung ist teilweise auch in klinischen Studien abgebildet (69, 70, 71). Die Übertragbarkeit auf die Situation des Patienten mit Inappetenz bei weit fortgeschrittener Erkrankung ist offen, ein Versuch kann jedoch, wenn vom Patienten toleriert, vertreten werden.

Äussere Anwendungen von Arzneipflanzenzubereitungen in der Form von Wickeln/Auflagen und Aromapflege werden zur Förderung von Wohlbefinden, Entspannung und Schlaf eingesetzt. Eine kleine Pilotstudie wies auf eine Fatigue-Reduktion unter Leberauflagen mit Schafgarbentee während palliativer Radiatio hin (72). Aromatherapie zeigt in systematischen Reviews Effekte auf Angst und Schlaf (73). Im Spektrum der Aromatherapie ist Lavendel (*Lavandula angustifolia*) am besten untersucht: Inhalative/topische Anwendungen (Diffusor, Duftkissen, Einreibungen) erzielten in RCTs und Reviews – auch in palliativnahen Settings – kurzfristige, überwiegend moderate Effekte auf Angst und Schlaf (73). Eine neue Studie zeigte signifikante Verbesserungen von Schlafqualität, Angstsymptomen und Schmerzen bei Brustkrebspatientinnen unter Chemotherapie, die eine Massage mit Lavendelöl erhielten, gegenüber der Placebogruppe (Massage mit Mandelöl) (74).

Symptomorientiert lassen sich beispielhaft folgende Einsatzbereiche ableiten:

- **Angst/Unruhe und Schlaf:** **Lavendelöl** (oral, inhalativ beispielsweise über Diffusor, dermal), Zubereitungen aus **Baldrian, Passionsblume, Melisse, Hopfen** (65, 66, 67)
- **Fatigue (insbesondere unter Radiotherapie):** Leberauflagen mit **Schafgarbentee** (72)
- **Inappetenz:** Zubereitungen aus Bitterstoff-Arzneipflanzen (bspw. Wermut, gelber Enzian, Löwenzahn)
- **Übelkeit/Erbrechen:** Zubereitungen aus **Ingwer** als

Add-on zur leitliniengerechten Antiemese (62, 63), medizinischer Cannabis (58, 59)

- **Hirndruck/Hirndruck:** Extrakte aus **indischem Weichrauch** in selektierten Fällen off-label nach interdisziplinärer Abwägung und Aufklärung; ggf. zum Versuch der Steroidreduktion (60, 61)

Sicherheit und Qualität: Phytotherapeutische Präparate unterscheiden sich in Extraktart, Dosis, Standardisierung und Qualität; bevorzugt sollten HMPC-/Pharmakopöekonforme Zubereitungsformen eingesetzt werden. Zu beachten sind mögliche Interaktionen (z.B. mit Sedativa, Antikoagulanzen, CYP/P-gp-Substraten) sowie eine sorgfältige Dosisfindung, insbesondere bei medizinischem Cannabis. Für die Anwendung ätherischer Öle sollten ausschliesslich zugelassene Präparate in geeigneter Dosierung und Qualität in Betracht gezogen werden.

Abschluss und Ausblick

Palliative Care vereint bio-psycho-sozio-spirituelle Begleitung und multiprofessionelle Zusammenarbeit mit dem Ziel, die Lebensqualität von Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen und ihren Angehörigen zu sichern – möglichst früh im Krankheitsverlauf (1, 12, 16). Viele Patient/-innen in der Palliative Care äussern den Wunsch nach integrativmedizinischen Angeboten (3). Zahlreiche Verfahren der Integrativen Medizin lassen sich aufgrund ihres multidimensionalen Menschenbildes mit Einbezug psycho-spirituelle Aspekte und ihres ähnlichen Teamansatzes gut mit den Grundprinzipien der Palliative Care verbinden und können, wenn sie gezielt ausgewählt und in das individuelle Behandlungskonzept eingebettet werden, wertvolle Impulse setzen (23, 26). Ein zentrales Prinzip der Palliative Care ist es dabei, belastende Massnahmen ohne klaren patientenrelevanten Nutzen zu vermeiden – unabhängig davon, ob sie aus der konventionellen oder aus der komplementär-integrativen Medizin stammen (8, 29,

30). Die AEM und die Phytotherapie stehen exemplarisch für zwei in der Palliative und End-of-life Care häufig eingesetzte Richtungen der Integrativen Medizin, die – jeweils mit eigenen Konzepten und Therapieschwerpunkten – Potenzial für die Unterstützung in dieser Lebensphase bieten, jedoch Fachkompetenz sowohl in der jeweiligen CIM-Richtung als auch in der Palliative Care erfordern, um die jeweilige Situation individuell und differenziert beurteilen zu können. Integrativmedizinische Verfahren können – richtig eingesetzt – dazu beitragen, Menschen am Lebensende umfassend, individuell und im Einklang mit den Prinzipien der Palliative Care zu begleiten.

Dr. med. Natalie Kalbermatten, M.Sc.

Onkologie/Hämatologie Kantonsspital Münsterlingen
Spitalcampus 1
CH-8596 Münsterlingen
natalie.kalbermatten@stgag.ch

+ Interessenkonflikte

Natalie Kalbermatten ist Vizepräsidentin des Swiss Network for Integrative Oncology und ist Mitglied der Eigentümerfamilie eines Unternehmens, das pflanzliche Arzneimittel herstellt und vertreibt. Die weiteren Autor/-innen haben keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel deklariert.

DOI: <https://doi.org/10.23785/TU.2025.05.005>

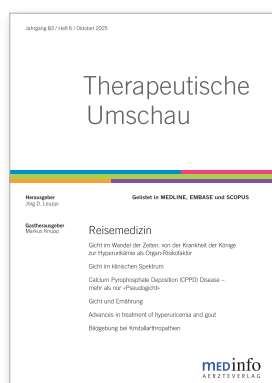
Literatur

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Bleumer T, Abel J, Bodden L, Ortiz M, Stintzing S, Pelzer U, Stephan LU. A Current Assessment of the Use of Complementary Medicine in German Cancer Patients: The CONKO 022 Investigation. *Oncol Res Treat.* 2025 Jun 4;1-7.
3. Paul M, Davey B, Senf B, Stoll C, Münstedt K, Mücke R, et al. Patients with advanced cancer and their usage of complementary and alternative medicine. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2013;139(9):1515–22.
4. Miccinesi G, Caraceni A, Garetto F, Zaninetta G, Bertè R, Broglio CM, Farci B, Aprile PL, Luzzani M, Marzi AM, Mercadante S, Montanari L, Moroni M, Piazza E, Pittureri C, Tassinari D, Trentin L, Turriziani A, Zagonel V, Maltoni M. The Path of Cicely Saunders: The „Peculiar Beauty“ of Palliative Care. *J Palliat Care.* 2020 Jan;35(1):3-7

Die vollständige Literatur

am Onlinebeitrag unter www.medinfo-verlag.ch

ANKÜNDIGUNG



Vol. 82 · Ausgabe 6 · Dezember 2025

Themenschwerpunkt der nächsten Ausgabe

Flug-, Höhen- und Tauch-Medizin

- Gastherausgeberin:
PD Dr. med. Tsogyal Latshang

Die Rolle der Integrativen Onkologie in der (post-kurativen) Survivorship Care

Julia Reusch¹, Matthias Kröz^{2, 3, 4}, Tilly Nothhelfer⁵, Florian Strasser^{6, 7}

¹ Klinik für Onkologie und Hämatologie, Stadtspital Zürich Triemli, Schweiz

² Schlafmedizin und Forschungsabteilung, Klinik Arlesheim, Arlesheim, Schweiz

³ Forschungsinstitut Havelhöhe, Berlin, Deutschland

⁴ Institut für Integrative Medizin, Universität Witten/Herdecke, Deutschland

⁵ Klinik für Onkologie und Hämatologie, Kantonsspital Baden, Schweiz

⁶ Zentrum Integrative Medizin, Hoch Health Ostschweiz, Kantonsspital St. Gallen, Schweiz

⁷ Cancer Fatigue Clinic (Münsterlingen, Sargans, Schaffhausen), Schweiz

Zusammenfassung: Die Zahl der Cancer Survivors – Menschen, die eine Krebserkrankung überstanden haben oder mit der Erkrankung leben – steigt aufgrund besserer Diagnostik und Therapie kontinuierlich an. Studien weisen darauf hin, dass viele Krebsüberlebende im Langzeitverlauf gute Funktions- und Lebensqualitätswerte aufzeigen. Vergleiche mit Referenzdaten zeigen jedoch, dass Cancer Survivors auch Jahre nach der Behandlung gegenüber der Allgemeinbevölkerung relevante Beeinträchtigungen in körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten aufweisen. Die sogenannte Cancer Survivorship Care beschäftigt sich mit der Entwicklung von Versorgungsangeboten für diese bisher nur unzureichend adressierte Problematik. Die Integrative Onkologie (IO) kann – insbesondere vor dem Hintergrund der Kombination von evidenzbasierten komplementären Therapien mit konventionellen Behandlungen mit dem Ziel einer Verbesserung von Wohlbefinden und Lebensqualität und aktivem Selbstmanagement (u. a. auch im Bereich von Ernährung und Bewegung in der Sekundärprävention) – einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Situation leisten. Häufige Probleme der Cancer Survivors wie die Cancer-related Fatigue, Schlafstörungen im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung sowie der Chemotherapie-induzierten Polyneuropathie können durch Integration von Therapiekonzepten der IO Symptome lindern und die Lebensqualität (QoL) von Krebsüberlebenden verbessern. Massnahmen aller Kerndisziplinen der IO können in vielen Bereichen der Survivorship Care ergänzend, kollaborativ und transparent zu sogenannten konventionell-medizinischen Behandlungen eingesetzt werden.

Schlüsselwörter: Survivorship, Integrative Onkologie, Fatigue, Schlafstörungen, Insomnie, CIPN, Ernährung, Bewegung

The role of integrative oncology in (post-curative) survivorship care

Abstract: The number of cancer survivors – people who have overcome cancer or are living with the disease – is steadily increasing thanks to improved diagnostics and treatment. Studies indicate that many cancer survivors show good functional and quality of life scores in the long term, but comparisons with reference data show that cancer survivors still experience significant physical, psychological, and social impairments compared to the general population, even years after treatment. Cancer survivorship care focuses on developing care services for this issue, which has not been sufficiently addressed to date. Integrative oncology can offer a substantial contribution in the improvement of the situation, particularly in light of the combination of evidence-based complementary therapies with conventional treatments, with the goal of enhancing well-being and quality of life, as well as active self-management (including nutrition and exercise in secondary prevention). Common problems experienced by cancer survivors, such as cancer-related fatigue, sleep disorders associated with cancer, and chemotherapy-induced polyneuropathy, can be reduced and the quality of life (QoL) of cancer survivors improved by integrating IO therapy concepts. Interventions from all core disciplines of IO can be used in many areas of survivorship care in a complementary, collaborative, and transparent manner alongside conventional medical treatments.

Keywords: Survivorship, integrative oncology, fatigue, sleep disorders, insomnia, CIPN, nutrition, exercise

Einleitung

In der Schweiz erkranken jedes Jahr circa 45 500 Menschen an einer Krebserkrankung (1). Die Zahl der Cancer Survivors – Menschen, die eine Krebserkrankung überstanden haben oder mit der Erkrankung leben – steigt aufgrund besserer Diagnostik und Therapie kontinuierlich an. Viele Betroffene sind jedoch mit Langzeitfolgen konfrontiert und können auch Jahre nach Abschluss der aktiven Behandlung unter anhaltenden, mit der Erkrankung oder der Therapie assoziierten Beschwerden leiden. Die überwiegende Mehrheit aller Cancer Survivors berichtet über anhaltende körperliche Beschwerden (z. B. Fatigue, therapieinduzierte Polyneuropathie, Schlafstörungen, kognitive Dysfunktionen) und psychische Symptome (z. B. emotionale Belastung/Dis-

stress, Ängste, depressive Symptome) sowie relevante soziale Herausforderungen im Bereich von Beziehungen, Familie sowie Erwerbstätigkeit im weiteren zeitlichen Verlauf. Der Begriff der sogenannten Survivorship Care, d. h. die Langzeitbetreuung nach einer Krebserkrankung, gewinnt aufgrund der oben geschilderten Zusammenhänge zunehmend an Bedeutung (2).

Definition Cancer Survivorship

Der von Fitzhugh Mullan 1985 geprägte Begriff «Cancer Survivorship» (3) wurde in den letzten Jahren unterschiedlich definiert. International durchgesetzt hat sich die Definition der US-amerikanischen Patientenorganisation

National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS), die jedes betroffene Individuum vom Zeitpunkt der Diagnose an bis zu seinem Tod als Cancer Survivor – als Krebsüberlebenden – bezeichnet (4). Diese Definition, der sich zahlreiche internationale Fachgesellschaften angeschlossen haben, ermöglicht es, die onkologische Versorgung entlang eines Kontinuums zu verstehen und damit die möglichen Auswirkungen der Krebstherapie auf die Lebensqualität des Cancer Survivor bereits während der Primärtherapie zu berücksichtigen (5). Andere Definitionsvorschläge orientieren sich an Phasenmodellen (6), welche sich am Behandlungs- und Krankheitsverlauf orientieren. Hier wird zum Beispiel die akute Behandlungsphase vom mittleren (bis ca. 5 Jahre nach Diagnosestellung) sowie Langzeitüberleben ab dem 5. Jahr nach Diagnosestellung abgegrenzt. Unterschieden werden darüber hinaus das krebsfreie Überleben und das Überleben mit einer chronischen oder fortschreitenden Krebserkrankung (4). In der Schweiz entwickelt Oncosuisse als Teil des Masterplans (7) mit zwei Expertenworkshops nationale Konsensusempfehlungen für «Cancer Survivorship Care» (Publikation in Vorbereitung) unter Verwendung der NCCS-Definition.

Survivorship Care

Studien weisen darauf hin, dass viele Krebsüberlebende im Langzeitverlauf gute Funktions- und Lebensqualitätswerte aufweisen (8). Vergleiche mit Referenzdaten zeigen jedoch, dass Cancer Survivors auch Jahre nach der Behandlung gegenüber der Allgemeinbevölkerung (nach Alter und Geschlecht angepasst) klinisch relevante Beeinträchtigungen in körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten aufweisen (2). Diese Beeinträchtigungen dienen als Ansatzpunkte für Survivorship Care Plans (SCPs), welche optimalerweise kurz nach Beendigung der Primärtherapie erstellt werden und welche neben Informationen zur Notwendigkeit zukünftiger Nachsorgeuntersuchungen in Hinblick auf mögliche Langzeit- und Spätfolgen Empfehlungen zu gesundheitsfördernden Massnahmen und zur Symptombehandlung enthalten (6). Konkret bedeutet dies, dass SCPs neben primär krankheitsspezifischen Themen auch Empfehlungen zum Lebensstil, sozialrechtliche Themen sowie psychosoziale Unterstützungsangebote enthalten sollten. Da die Probleme der Cancer Survivors oft vielschichtig sind und sich gegenseitig bedingen und/oder verstärken, erfordern SCPs einen multidisziplinären Ansatz, um dieser Problematik gerecht zu werden (9). Obwohl die Anzahl der Cancer Survivors stetig steigt, gibt es innerhalb des Schweizer Gesundheitssystems erst wenige koordinierte Nachsorgeangebote für die Zeit nach der medizinischen Erstbehandlung (10). Das Projekt All.Can hat die «Ist-Situation der Versorgungslandschaft und Empfehlungen zur Verbesserung der Krebsnachsorge» untersucht, inkl. qualitativer Interviews mit 18 Experten, einem Online-Survey und einem Validierungsworkshop, der finale Bericht ist veröffentlicht (1.5.2025 [11]).

In der Schweiz wird Survivorship Care erforscht. Die Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt aktuell das «Cancer Survivors Support Program», welches sowohl digitale

als auch persönliche Elemente eines Coachings nutzt, und koordiniert den medizinischen Nachsorgeplan, psychosoziale Unterstützungsangebote sowie die Förderung des Selbstmanagements von krebsbetroffenen Menschen. Das Projekt ist im Sommer 2024 gestartet und dauert 4 Jahre (12). Das PACE-Partnership-Projekt der Berner Fachhochschule erforscht ab Oktober 2025 für 4 Jahre mit SNF-Förderung im transdisziplinären Team, wie Fachpersonen und Menschen mit chronischer Fatigue einander besser verstehen und begegnen können (13).

Perspektive der Integrativen Onkologie

In den letzten zwei Jahrzehnten hat die Integrative Onkologie (IO) als zunehmend sichtbarer Bestandteil der Krebsbehandlung ein deutliches Wachstum erlebt. Ihr Ziel ist es, evidenzbasierte komplementäre Therapien mit konventionellen Behandlungen zu kombinieren, um das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Menschen mit Krebserkrankungen zu verbessern. Zudem sollen die betroffenen Personen befähigt werden, Krebserkrankungen vorzubeugen und sich vor, während und nach einer Krebsbehandlung aktiv zu beteiligen (14). Die Verbreitung von Programmen für IO in grossen Krebszentren weltweit spiegelt diese Realität ebenfalls wider. Verschiedene Studien zeigen, dass bis zu 50 % der Cancer Survivors traditionell-komplementär-integrative Medizin (TCIM) (15) beanspruchen (16); eine Studie aus dem Jahr 2010 kam auf einen Prozentsatz von 65 % (17). Es gibt zunehmend Forschungsarbeiten dazu, ob und wie integrative medizinische Ansätze dazu beitragen können, die Symptome und die Lebensqualität (QoL) von Krebsüberlebenden zu verbessern. Durch die Entwicklung nationaler (AWMF: Deutsche S3-Guidelines) (18) und internationaler Leitlinien (Society for Integrative Oncology, SIO) (19), die anschliessend von den entsprechenden Expertengremien gebilligt wurden, unterstützen evidenzbasierte Empfehlungen eine Reihe von therapeutischen Ansätzen für die Behandlung in diesem Bereich (siehe auch Artikel Edukation). Die drei klinischen Praxisleitlinien von ASCO-SIO, die als Leitfaden für die integrative unterstützende Behandlung dienen, umfassen Integrative Medizin zur Schmerzbehandlung (20), von Angst- und Depressionssymptomen (21) und die Behandlung von Cancer-related Fatigue (CRF) (22) und adressieren somit relevante Langzeitsymptome der betroffenen Personen. Aktuell erfolgen Umsetzungsprojekte für die Implementierung (23, 24). Im Weiteren sollen nun am Beispiel der CRF, von Schlafstörungen im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung sowie der Chemotherapie-induzierten Polyneuropathie konkrete Anwendungsbereiche von Therapiekonzepten aus der IO und die Zusammenarbeit und Überlappungen mit anderen medizinischen Fachgebieten beispielhaft bezüglich Ernährung und körperlicher Aktivität erläutert werden.

Cancer-related Fatigue (CRF)

Krebsbedingte Müdigkeit (CRF) ist eine der häufigsten Nebenwirkungen, die mit der Diagnose und Behandlung

von Krebserkrankungen einhergehen (25). Sie ist durch ein «anhaltendes und oft überwältigendes Gefühl körperlicher, geistiger und/oder emotionaler Erschöpfung» gekennzeichnet und unterscheidet sich von durch Anstrengung verursachter Müdigkeit, da sie nicht ohne Weiteres durch ausreichend Schlaf oder Ruhepausen nachlässt. Ihre Auswirkungen sind in allen Stadien der Krebserkrankung zu spüren, von der Erstdiagnose bis hin zu den Cancer Survivors. Schätzungen zur Prävalenz sind abhängig von der Definition des Schweregrads, der Behandlungsphase (während multimodaler onkologischer Erstbehandlung, Langzeit-Cancer-Survivor, End-of-Life), der onkologischen Behandlungsmodalität (Chemo-, Immun-, Hormon-, Radio- und Protonentherapie, Operation in Vollnarkose oder Kombinationen davon [26]), der Tumorart, dem Tumorstadium (aktive/inaktive Krebserkrankung), dem Geschlecht und auch dem Jahrzehnt der Publikation (früher Prävalenzraten höher) (27, 28, 29, 30, 31). Während der onkologischen Behandlung leiden 30 % bis 60 % der Betroffenen an mässiger bis schwerer Fatigue, bei Mammakarzinom deutlich mehr (58 % bis 94 %) (29). Auch Jahre nach Abschluss der Erstbehandlung in kurativer Absicht ohne Hinweis auf ein Rezidiv persistiert bei ca. 20 % bis 35 % ein klinisch relevantes Fatigue-Syndrom. Viele betroffene Cancer Survivors fühlen sich hiermit nicht gut wahrgenommen und behandelt (32). Cancer-related Fatigue (CRF) wird heute nicht mehr nur als isoliertes Symptom angesehen, sondern als eine komplexe Störung unter Berücksichtigung von Schlafstörungen. Dies verdeutlicht sich bei der Betrachtung der gängigen Definition von CRF im ICD-10, bei der z. B. zwei von zehn A-Kriterien diesen Bezug zu Schlafstörungen belegen, u.a. Insomnie und Hypersomnie sowie die Erfahrung, den Schlaf als nicht erholsam zu erleben (33). In einer deutschen Studie wurden als am stärksten ausgeprägte Symptome von Mammakarzinom-Patientinnen drei Jahre nach Erstdiagnose neben Fatigue (38 %) auch Insomnie mit 46 % in der EORTC QLQ-C30-Symptom-Skala angegeben (34). Interessanterweise persistieren gemäss einer Langzeitstudie bei über 6900 Patienten (45 % Mammakarzinom) diese Symptome über 14 Jahre mit einer Symptommelast von über 35% (35). Schlafstörungen werden im nächsten Abschnitt diskutiert.

Bei der Ätiologie der CRF werden verschiedene Faktoren postuliert: eine mitochondriale Schädigung (36) inklusive der astralen Gliazellen (37, 38, 39), neuro-immunologische Veränderungen sowie autonome Dysfunktion (41). Zur Diagnostik werden neben der ausführlichen Anamnese der ergänzende Einsatz von verschiedenen Assessments wie z.B. SIF (42), CFS-D (43), DICRFS (44) und BFI (45) empfohlen. Zusätzlich sollten mögliche Funktionseinschränkungen wichtiger Organe wie Leber, Niere oder Herz ausgeschlossen werden sowie laborchemische Untersuchungen mit dem Fokus auf eine mögliche entzündliche Aktivität, Elektrolytstörungen oder Glukosestoffwechselstörungen sowie Substratmangel (Vitamine, Mineralstoffe inkl. Selen und Zink) oder hormonelle Imbalancen sowie Status nach Virusinfektionen wie z.B. Covid-19 durchgeführt werden. Bei kognitiven Einschränkungen wird die Durchführung einer neuropsychologischen Untersuchung (optimalerweise in den Nachmittagsstunden) empfohlen, bei ausgepräg-

ten Schlafstörungen eine ergänzende schlafmedizinische Untersuchung, des Weiteren einfache körperliche Funktionstests (52) (z.B. FTSTS) (53). Therapeutisch ist bei einem CRF ein evidenzbasiertes, multimodales Interventionsprogramm empfohlen. Dieses besteht aus Ausdauer- und Krafttraining (54), Energiemanagement (55), psychologischer Begleitung mit Fokus auf emotionalen Energieverlust, Achtsamkeits- bzw. Mind-Body-Interventionen (56), Beratung zu einer antientzündlichen (57), pflanzenbasierten sowie proteinreichen Ernährung (58), Schulung zur Schlafhygiene (Berücksichtigung von Nacht/Tag-Rhythmen) (59). Die einzelnen Bestandteile des Programms sollten aufeinander abgestimmt sein, um sowohl eine Unter- als auch eine Überforderung (insbesondere auch in Hinblick auf das körperliche Training) zu vermeiden.

Die Behandlungsleitlinien der onkologischen Fachgesellschaften (60, 61, 62) beinhalten sowohl nichtmedikamentöse Interventionen der IO (siehe Artikel Kerndisziplinen), hier insbesondere bezüglich Mind-Body-Verfahren wie MBSR/MBCT, Tai Chi, Qi Gong oder restaurativem (63) Yoga, Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) mit oder ohne Hypnose zum Energiemanagement und Akupunktur/Akupressur sowie phytotherapeutischer Präparate (Ginseng) und die Verwendung von Mistelgesamtextrakt. Ein kürzlicher Übersichtsartikel (open access) fasst die Evidenz und Empfehlungen zusammen (64).

Bei der Beurteilung der verschiedenen Behandlungsmodalitäten sollten der Kontext und Kombinationsbehandlungen berücksichtigt werden. Beispielhaft zeigte eine klinische Hypnoseintervention während der Radiotherapie in kurativer Absicht bei Brustkrebs (15 Minuten Beginn und Ende, dazwischen wöchentlich 5 Min. entspannende innere Bilder und Anregungen zur Reduktion von Stress und Fatigue) in Kombination mit KVT im Vergleich zur randomisierten Kontrollgruppe (Aufmerksamkeit) eine klinisch und statistisch signifikante Verbesserung der Fatigue nach Abschluss der Radiotherapie und 1 bis 6 Monate danach (alle $P < 0.001$) (65). Auch können Patientenpräferenzen eine Rolle spielen (siehe Artikel Forschung). Cancer Survivors nach Brustkrebs (bis 18 Monate nach Erstdiagnose) wurden 3 Interventionen angeboten: Yoga, KVT und Selbsthypnose-Self-Care in Kleingruppen, 69 % wählten Self Care/Hypnose (6 Sitzungen alle 2 Wochen, jeweils 120 Minuten, davon 15 Minuten Hypnose). Die Verbesserung der Fatigue (EORTC QLQ-C30) war klinisch signifikant (Baseline 2.59 [0.78], nach 9 Monaten 2.18 [0.67], $p = 0.002$) (66). Ein anderes Beispiel ist eine intensive Yoga-Intervention im ländlichen Indien mit wenig verfügbaren anderen Behandlungen (67).

Schlafstörungen bei Cancer Survivors

Das National Comprehensive Cancer Network der USA verweist darauf, dass Schlafstörungen mit Prävalenzen von 30 %–75 % nicht nur ein häufiges, sondern auch ein vernachlässigtes Problem bei Krebspatient/-innen darstellen (68, 69). Die European Society for Medical Oncology (ESMO) stellt in ihrer Leitlinie zu Schlafstörungen dar, dass in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung die

Häufigkeit von Insomnie 6-10 % beträgt, während Insomnie bei Krebspatient/-innen dreimal häufiger auftritt (70). Dabei beziehen sich die Autoren auf Insomnie im Sinne der ICD-11, DSM-5-TR und der International Classification of Sleep Disorders (ICSD 3). Unter Insomnie werden die drei Hauptsymptome verstanden (Einschlafstörung, Durchschlafstörung, frühes Erwachen), welche mindestens dreimal pro Woche über mindestens drei Monate bestehen und auch mit Tagesfunktionseinschränkungen einhergehen (71). Die ICSD-3 definiert dies als chronische Insomnie (72).

Bis zu 95% Krebsbetroffene berichten über Schlafstörungen (70). Laut einer kanadischen Studie traten Schlafstörungen im Sinne eines insomnischen Syndroms am häufigsten bei Brustkrebspatientinnen auf, im Vergleich eher selten bei Prostatakrebspatienten. Die Ergebnisse zeigten eine Inzidenzrate von 18,6 %, eine Persistenzrate von 68,0 % und eine Remissionsrate von 32,0 % (73). Weitere Daten zeigen, dass es bei Brustkrebspatientinnen unter Chemotherapie zu einer Störung des Ruhe- und Aktivitätsrhythmus kommt, dies spiegelt sich in einer verminderten Tagesaktivität und einer vermehrten nächtlichen Unruhe wieder (74).

Aus pathophysiologischer Sicht bestehen Hinweise darauf, dass es bei Krebserkrankungen zu komplexen Dysregulationen u.a. im Bereich der Melatoninproduktion kommen kann, ausgelöst u.a. auch durch die Grösse der Primärtumoren (75, 76). Des Weiteren konnten Daten eine Assoziation zwischen einer bereits zwei Jahre vor Erstdiagnose eines Mammakarzinoms bestehenden kurzen Schlafdauer unter 6 Stunden mit einem höheren (schlechteren) Rezidiv-Score im Oncotype-DX (umfasst 21 Gen-Marker, welche auf eine stärkere Entdifferenzierung, Aggressivität oder Invasivität des Karzinoms hinweisen) aufzeigen (77).

In polysomnographischen Untersuchungen von Patient/-innen mit Mammakarzinom und Lungenkarzinom ergaben sich im Vergleich zu den Kontrollgruppen signifikant häufiger Durchschlafstörungen im Sinne von Awake-after-Sleep-Onset sowie Body-Movements (78). Epidemiologische Studien der letzten Jahre liefern Hinweise, welche auf einen Zusammenhang zwischen einem erhöhten Risiko für die Entstehung einer Krebserkrankung und dem Vorliegen eines Schlafapnoe-Syndroms hindeuten. Aus pathophysiologischer Sicht scheinen hier neben dem Auftreten von Arousal insbesondere auch die mit den Apnoen assoziierten Desaturationen als relevante Faktoren eine Rolle zu spielen (79). Insbesondere Patienten mit einem schwergradigen Schlafapnoe-Syndrom mit langen Desaturationszeiten weisen eine Risikozunahme von Krebserkrankungen auf (80). In einer retrospektiven Studie an Patienten mit einem CRF, welche mittels Polysomnographie untersucht wurden, wurde bei 33 von 39 Patienten ein Schlafapnoe-Syndrom nachgewiesen und zusätzlich auch vermehrte periodische Beinbewegungen dokumentiert (81). Neben chronischen Insomnien und einer höheren Prävalenz von schlafbezogenen Atmungsstörungen bei Krebs-Patienten wird auch von Restless-Legs Syndromen unter Chemotherapien berichtet (82). Therapeutisch kommen sowohl nicht-medikamentöse als auch medikamentöse Konzepte zum Einsatz: Bei der kognitiven Verhaltenstherapie Insomnie (CBTI),

welche neben Elementen der Schlafhygiene und Schlafedukation auch Schlafrestriktion, Stimuluskontrolle und Entspannungsverfahren beinhaltet, liegt für den Einsatz bei Cancer Survivors als auch bei Brustkrebsbetroffenen mit chronischen Insomnien eine A-Empfehlung bezüglich der Evidenz dieses Verfahrens vor (70). Dabei sind Effekte auf die Schlaffeffizienz, die Schlafqualität sowie die Schlaflatenz gut belegt (83).

Auch für auf Mind-Body-Medizin basierende Verfahren wie Meditationen (z.B. Mindfulness Meditation, MAPS) sowie Tai Chi/Chi Gong oder andere achtsamkeitsbasierte Techniken (84, 85) besteht eine B-Empfehlung (70). CBTI kann über eine Verbesserung der Schlafqualität auch eine bestehende CRF-Symptomatik verbessern (86). Bei symptomassoziierten Ursachen der Schlafstörungen, wie z. B. Schmerzen, Depression, Hypoxämie oder Anämie stehen die symptombezogenen Therapien im Vordergrund (87). Bei der medikamentösen Therapie der Insomnie liegen für den Einsatz von Benzodiazepin-Agonisten und Benzodiazepinen nur wenige Studien bei Tumorpatienten vor, für die Wirksamkeit bei Cancer-Survivors existieren keine Studiendaten (70).

Da neben fehlenden Hinweisen auf einen förderlichen Effekt auf eine physiologische Schlafstruktur und Schlafregulation auch Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für eine Verschlechterung der kognitiven Funktion durch den Einsatz von langwirksamen Benzodiazepinen bestehen (88), sollten Benzodiazepine zur schlaffördernden medikamentösen Therapie nicht eingesetzt und Benzodiazepin-Agonisten äusserst restriktiv und zeitlich nur kurz begrenzt eingesetzt werden (87). Eine weitere Therapieoption stellt Bryophyllum pinnatum 50 % zur Behandlung bei insomnischen Störungen bei Krebspatienten dar (90). Es kann die Bryophyllum-50 %-Kautablette eingesetzt werden. Zudem wurde für die Misteltherapie in einer Metaanalyse eine Reduktion von Fatigue gezeigt (91), und in einem Review zu randomisierten Studien wurden bei 7 von 10 Studien eine signifikante Abnahme von Fatigue/Müdigkeit sowie bei 6 von 9 randomisierten Studien eine signifikante Verbesserung der Schlafqualität/Schlaf-Items gefunden (92). Ferner kann auch mittels Akupunktur eine Verbesserung der Schlafqualität erzielt werden (93).

Bei Mammakarzinom-Patientinnen mit CRF wurde im Rahmen einer multimodalen Therapie über zehn Wochen, bestehend aus Psychoedukation, Schlafedukation mit einer chronoadaptierten Schlafrestriktion und Stimuluskontrolltherapie, Mal- und Eurythmietherapie und einer Kombinationstherapie, bestehend aus multimodaler Therapie und einem aeroben Training, sechs Monate nach Ende der Therapie (94) und nach vier Jahren (95) eine nachhaltige Verbesserung und Überlegenheit gegenüber einem alleinigen Ausdauertraining auf die Schlafqualität und das kombinierte Outcome Fatigue/Schlafqualität gezeigt.

Chemotherapie-induzierte periphere Neuropathie

Die Chemotherapie-induzierte periphere Neuropathie (CIPN) ist eine häufige und belastende Nebenwirkung der

Behandlung mit bestimmten Chemotherapeutika, die die Lebensqualität der Patienten erheblich beeinträchtigen kann. Die Symptome reichen von Schmerzen und Kribbeln bis hin zu Taubheit und motorischen Beeinträchtigungen. Eine Einteilung kann in Funktionsverlust (Minus-Symptome) und Übererregbarkeit durch Nerven(membran)schädigung (Plus-Symptome) erfolgen. Zu den Minus-Symptomen zählen sensorisch Hypästhesien und motorisch Funktionsverlust, zu den Plus-Symptomen zählen Missempfindungen wie Kribbeln/Ameisenlaufen, Stromgefühl oder Brennen und Schmerzen (S3-Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen Patient/-innen [96]). Während der Chemotherapie erleiden bis zu 71 % der Patienten eine CIPN (z. B. nach Taxan, Platin) (97). Bis zu 42 % verspüren die CIPN noch 2 Jahre nach ihrer taxan- und platinhaltigen Therapie (98).

Betroffene berichten als Hauptsymptome über Taubheit, Kribbeln, eingeschränkte Empfindlichkeit, stechende und brennende Schmerzen, Kältegefühl, Muskelkrämpfe u. a. (99). Das Risiko, eine periphere Neurotoxizität zu entwickeln, ist massgeblich von der Art und Dosis des eingesetzten Wirkstoffs abhängig (für Häufigkeiten und klinische Charakterisierung der substanzabhängigen Neuropathie: siehe S3-Guideline [96]). Das Risiko einer CIPN ist bei Vorliegen weiterer Risikofaktoren, wie z. B. Diabetes mellitus, Alkoholkonsum, Vitamin-B-Mangel oder einer anderen Neuropathie in der Familie oder Anamnese, erhöht (96, 100).

Die Pathophysiologie von CIPN ist komplex und nicht vollständig verstanden, aber sie wird mit der direkten neurotoxischen Wirkung der Chemotherapeutika (Platinverbindungen, Taxane, Vinca-Alkaloide, Bortezomib etc.) in Verbindung gebracht (101).

Zu den medikamentösen Optionen gehören Antikonvulsiva wie Gabapentin und Pregabalin sowie Antidepressiva wie Duloxetin oder Venlafaxin. Diese Medikamente können helfen, neuropathische Schmerzen zu lindern. Ihre Wirksamkeit variiert, und Nebenwirkungen müssen berücksichtigt werden. Laut ASCO-Guideline ist Duloxetin das Medikament mit der besten, wenn auch begrenzten Evidenz bei schmerzhafter CIPN (100). Nicht-medikamentöse Ansätze spielen eine wichtige Rolle bei der Behandlung der CIPN: Physikalische Therapie und Ergotherapie zielen darauf ab, die funktionelle Kapazität der Patienten zu erhalten und die Auswirkungen der Neuropathie auf das tägliche Leben zu minimieren (102, 103). Körperliche Aktivität (Ausdauer-, Krafttraining [104], sensomotorisches Training, Balanceübungen) kann ebenfalls helfen, die Lebensqualität zu verbessern und die funktionelle Mobilität zu erhalten (105, 106).

Für die Behandlung der CIPN werden evidenzbasierte Behandlungsmassnahmen aus verschiedenen IO-Kerndisziplinen (siehe Artikel Gemeinsamkeiten und Kerndisziplinen) eingesetzt. Ein kürzlich publizierter umfangreicher Expertenkonsensus (107) mit Durchsicht von 75 Studien unter Berücksichtigung einer früheren Metaanalyse (108) unterstützt, mit einer Beurteilung von mehr als der Hälfte der Interventionen von moderater bis hoher (v. a. subjektiver) klinischer Effektivität, eine Vielfalt von körperbasierten Therapien (Massage, rhythmische Einreibungen u. a.), Mind-Body-Verfahren, Akupunktur/Akupressur und eini-

ge phytotherapeutische Arzneimittel und Anwendungen. Exemplarisch zeigten Akupunktur/Akupressur (109, 110, 111) eine Verbesserung der Schmerzen und anderer sensorischer Symptome oder Yoga (112) eine Verbesserung der Lebensqualität und des Sturzrisikos. Es wird die lokale Applikation von Mentholcreme (1 %), Aconit- oder Solum-Öl sowie Arnica-comp-Öl, Formica-Öl oder -Salbe, Rosmarinsalbe, Pfefferminz-, Eukalyptusöl oder auch ein Leinsamenbad empfohlen.

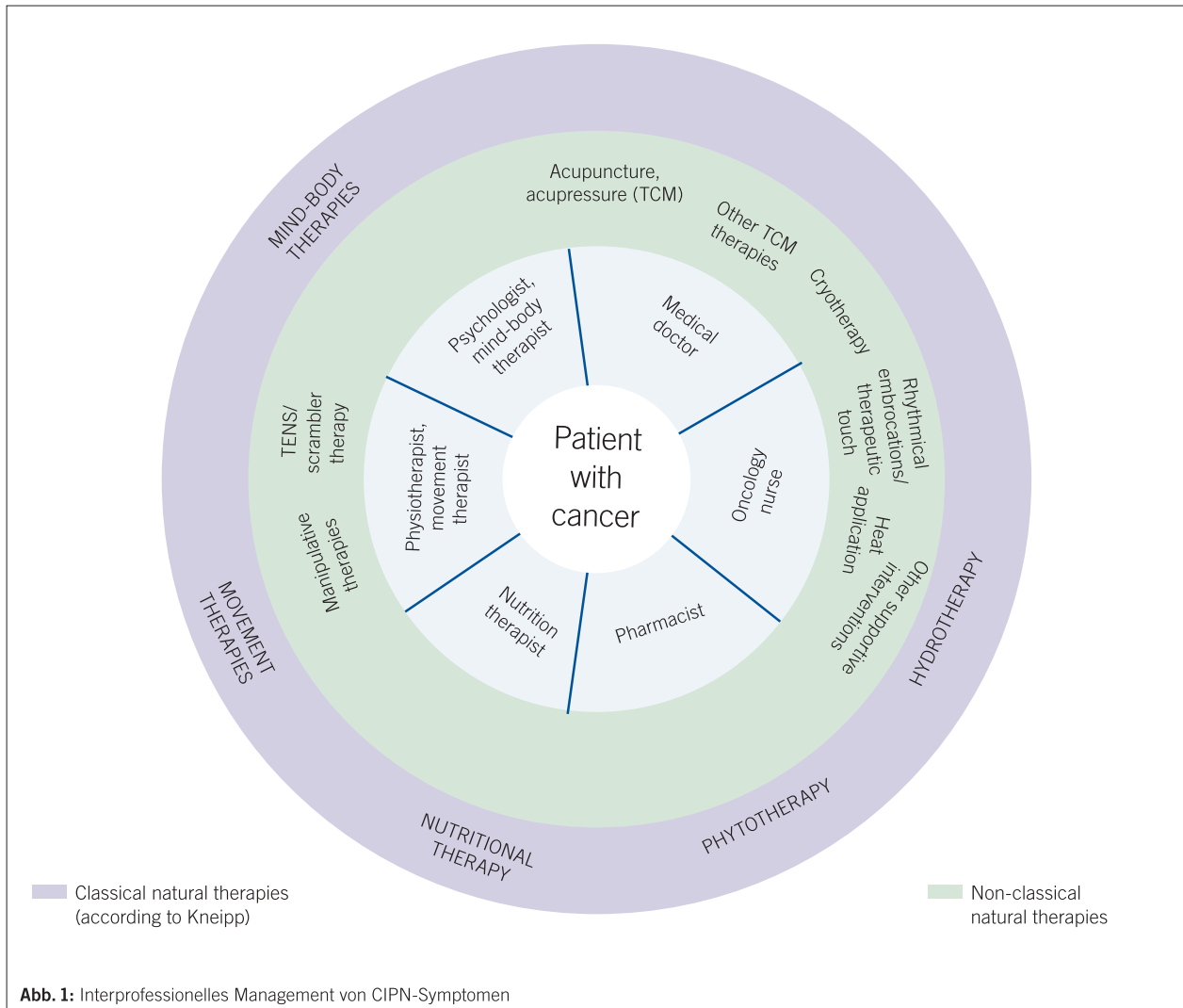
Der Expertenkonsensus betont die Bedeutung eines interprofessionellen Vorgehens (107) (Abb. 1).

Weitere Indikationen für IO-Behandlungen in der Survivorship Care

Neben den exemplarisch erwähnten Indikationen Fatigue, Schlafstörungen und CIPN liegen zunehmend Daten vor, welche die Vielzahl an Beschwerden und Einschränkungen der Cancer Survivors adressieren. Es liegen IO-Guidelines für Schmerzen (20) bei Krebs und Angst/Depression (21) vor, die S3-Guidelines Komplementärmedizin (18) und Supportive Care (96) (siehe Artikel Edukation) erwähnen weitere Massnahmen. Beispielhaft Akupunktur bei Xerostomie (113), Hitzewallungen (114) oder TCM bei therapieassoziiierter Nausea (CINV) (115).

Ernährung und körperliche Aktivität in der Survivorship Care

Krebsbetroffene Menschen interessieren sich zunehmend für eine Ernährung, die die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls oder einer Progression der Erkrankung positiv beeinflusst. Aufgrund der Bedeutung der Mangelernährung und der Tumorkachexie in der Onkologie, die weiterhin zu wenig beachtet werden (116, 117), mit negativen Folgen auf die Lebensqualität, körperliche Funktion und die Verträglichkeit und Wirksamkeit der krebspezifischen Behandlungen (118), liegt der Schwerpunkt der meisten Onkologen (119) und Ernährungsfachleute bisher auf einer Erkennung und Verbesserung der Mangelernährung und Tumorkachexie (120). Bisherige Guidelines fokussieren auf diese Thematik. In den Aktualisierungsprozess der ESPEN Guideline «Clinical Nutrition in Cancer» (121) wurden nun auch Kapitel zu Fasten, ketogener Ernährung, Mikrobiom und pflanzlichen Eiweissquellen aufgenommen. Hier zeigt sich, dass auch eine zunehmend vorliegende wissenschaftliche Evidenz mit Studien zu den positiven Auswirkungen einer antiinflammatorisch-mediterranen (122) Ernährung Aufmerksamkeit in der modernen Ernährungsmedizin erlangt hat, mit primär pflanzenbasierten (123), auf biologischen Böden angebauten Lebensmitteln, sowie einer zuckerarmen und mikrobiomunterstützenden Ernährung (124) einschliesslich Fastenimpulsen. Auch liegt eine zunehmende wissenschaftliche Evidenz vor, dass die positive Wirkung der Ernährung auf Therapie und Krankheitsverlauf mit körperlicher Aktivität kombiniert werden sollte (125), wobei körperliche Aktivität mit bester Evidenz (126) ein obligatorischer Bestandteil jeder onkologischen Behandlung darstellen sollte.



Die erfolgreiche Implementierung von Lebensstiländerungen im klinischen Alltag erfordert entsprechende Kenntnisse der Psychologie und Praxis von Gewohnheitsänderungen des Lebensstils (126). Die Wahrnehmung von körperlichen Signalen wie Sättigung oder Hunger, von verbesserter Energie nach einer körperlichen Aktivität oder nach einem hochwertigen mediterranen, pflanzlich-eiweißreichem Essen oder Umgang mit Emotionen beim Verlangen nach Zucker kann unterstützt werden durch Mind-Body-Verfahren, Anwendung von Phytotherapie (z.B. Bitterstoffen) oder bewusstes Pflegen von Tagesrhythmen, unterstützt durch äussere Anwendungen. In diesem Sinne können und sollen IO-Kerndisziplinen die für Veränderung von Ernährung und körperlicher Aktivität notwendigen Lebensstilveränderungen (14) begleiten, dies in Ergänzung zu einer transparenten Zusammenarbeit mit Fachpersonen der modernen, konventionellen Ernährungsmedizin.

Fazit

Massnahmen aller Kerndisziplinen der IO können in vielen Bereichen der Survivorship Care evidenzbasiert (siehe Artikel Forschung) Anwendung finden, teils ergänzend, kollaborativ und transparent zu sogenannten konventionell-

medizinischen Behandlungen eingesetzt werden. Dabei verwischen sich zunehmend die «Grenzen». Das Gesundheitswesen kann transformiert werden, indem das «Neue» und «Innovative» (einschliesslich traditioneller Weisheiten und Erfahrungen) unter Beachtung von intuitiv-mental und sozialen Interaktionen von Fachpersonen zur neuen Normalität in der Medizin werden kann.

Dr. med. Julia Reusch

Klinik für Onkologie und Hämatologie
Stadthospital Zürich Triemli
Birmensdorferstrasse 497
8063 Zürich
julia.reusch@stadthospital.ch

+ Interessenkonflikte

am Onlinebeitrag unter www.medinfo-verlag.ch

DOI: <https://doi.org/10.23785/TU.2025.05.006>

Literatur

- <https://www.nkrs.ch/de/fakten-zu-krebs/statistiken-zu-krebs>
- Shapiro CL. Cancer Survivorship. N Engl J Med. 2018 Dec 20;379(25):2438-2450

Die vollständige Literatur

am Online-Beitrag unter www.medinfo-verlag.ch

Geschäftsführender Herausgeber

Prof. Dr. med. Dr. iur. Thomas D. Szucs, Klinik Hirslanden, Zürich

Herausgeber

PD Dr. med. Esther Bächli, Universitätsspital, Zürich
Prof. Dr. med. Gieri Cathomas, Kantonsspital Baselland, Liestal
Prof. Dr. med. Beat Gloor, Inselspital Bern
Dr. med. Christian Häuptle, Gossau
Prof. Dr. med. Roger von Moos, Kantonsspital Chur
KD Dr. med. Stephanie von Orelli, Küsnacht ZH
KD Dr. med. Marcel Weber, Thalwil
Prof. Dr. med. Christophe Wyss, Hirslanden Klinik, Zürich
Prof. Dr. med. Andreas Zeller, Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin, Liestal

Aktueller Gastherausgeber

PD Dr. med. Florian Strasser, St. Gallen

Verlegerin & Publizistische Leitung

Eleonore E. Droux

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen

Medizinische Leitung

Dr. med. Christian Häuptle

Verlag

Aerzteverlag medinfo AG, Seestrasse 121, 8703 Erlenbach,
Tel. +41 44 915 70 80, www.medinfo-verlag.ch

Redaktion

Susanne Dedেকে, Leitende Redakteurin, redaktion@medinfo-verlag.ch
Christoph Sulser, Redakteur

Korrektur

Karin Jabbie

Layout

Linus Frei

Beratung und Verkauf

Sabine Hugi-Fürst Tel. +41 79 368 91 97

Abonnemente

Karin Weilenmann Tel. +41 44 915 70 80

Abonnentenpreise

Jahresabonnementspreise:
Schweiz: Institute: CHF 361.– (Print only)
Private: CHF 150.– (Print); CHF 140.– (eOnly)
Personen in Ausbildung: CHF 90.–

Einzelheft: CHF 48.– (zzgl. Porto und Versandgebühren)

Erscheinungsweise

7–8×jährlich

E-Paper

www.medinfo-verlag.ch

Druck

Werner Druck & Medien AG, Leimgrubenweg 9, 4053 Basel

Gastherausgeber

Der Verlag und die Herausgeber danken den Gastherausgebern der letzten beiden Jahre für ihre Unterstützung.

2024

PD em Dr. med. Klaus Bally
Prof. Dr. Dr. Katrin Hostettler
Prof. Dr. med. Markus Knupp
Prof. Dr. med. Bernd Schultes
Prof. Dr. med. Dr. iur. Thomas D. Szucs
KD Dr. med. Marcel Weber
Prof. Dr. med. Christophe Wyss

2023

PD Dr. med. Emanuel Burri
Prof. Dr. med. Daniel Eberli
Prof. Dr. med. Lars Huber
Prof. Dr. med. Diego Kyburz
Prof. Dr. med. Regina Kunz
Prof. Dr. med. Cornel Sieber
PD Dr. med. Manuel Trachsel
PD Dr. med. Marcus Vetter
KD Dr. med. Marcel Weber

Gelistet in

Therapeutische Umschau ist gelistet in **Medline, EMBASE und Scopus.**

© 2025 Aerzteverlag medinfo AG

*Nachdrucke sind, auch auszugsweise,
nur mit ausdrücklicher Bewilligung des Verlags gestattet.*
ISSN-L 0040-5930
ISSN 0040-5930 (Print)
ISSN 1664-2864 (online)

Prostaplant®-F

Sägepalmfrucht WS® 1473 / Brennesselwurzel WS® 1031 (PRO 160/120)

Tröpfelts?

Nykturie?

Imperativer Harndrang?

Zur Linderung von Beschwerden infolge benigner Prostatahyperplasie¹

- ✓ Reduziert Symptome gleich wie Tamsulosin und Finasterid und ist dem Placebo überlegen^{2,3,4,5}
- ✓ Ohne Beeinträchtigung der Sexualität oder Hypotonie¹
- ✓ Hohe Patientenzufriedenheit⁶



**Einziges rezeptpflichtiges Arzneimittel
mit zwei Extrakten für BPS, Kassenzulässig¹**

Gekürzte Fachinformation Prostaplant®-F: Z: 1 Weichkapsel enthält 160 mg Sägepalmfruchtextrakt (DEV 10-14,3:1), Auszugsmittel Ethanol 93% (V/V) und 120 mg Trockenextrakt aus Brennesselwurzel (DEV 7,6-12,5:1), Auszugsmittel Ethanol 68% (V/V). I: Zur Linderung von Beschwerden infolge von benigner Prostatahyperplasie. D: Erwachsene Männer nehmen 2-mal täglich 1 Kapsel unzerkaut mit etwas Flüssigkeit ein. Die Dauer der Anwendung ist zeitlich nicht begrenzt. Unter 18 Jahren ist aufgrund des Anwendungsgebietes nicht vorgesehen. KI: Überempfindlichkeit gegenüber einem Inhaltsstoff sowie gegen Soja und Erdnuss. VM: Patienten mit grossen Restharn und/oder schwerwiegend eingeschränktem Harnfluss auf obstruktive Uropathie überwachen. Vor und während Therapie ist eine rektal-digitale Untersuchung und weiteren Abklärungen zur Erkennung von Prostatakrebs empfohlen. IA: Es wurden keine Interaktionsstudien durchgeführt. Bisher wurden jedoch mit Sabal keine Wechselwirkungen beobachtet. NW: Selten: Überempfindlichkeitsreaktionen. P: 60 und 120 Kapseln. AK: B. ZI: Schwabe Pharma AG, Erlstrasse 2, Erlstrasse 2, 6403 Küssnacht am Rigi. Stand: März 2022. Weitere Informationen siehe www.swissmedinfo.ch.

Referenzen: 1. Fachinfo Prostaplant®-F Stand März 2022, swissmedic.ch 2. Lopatkin N, Sivkov A, Walther C, Schläpke S, Medvedev A, Avdeichuk J, Golubev G, Melnik K, Elenberger N, Engelmann U. Long-term efficacy and safety of a combination of sabal and urtica extract for lower urinary tract symptoms-- a placebo-controlled, double-blind, multicenter trial. World J Urol. 2005 Jun;23(2):139-46. doi: 10.1007/s00345-005-0501-9. Epub 2005 Jun 1. PMID: 15928959. 3. Lopatkin N, Sivkov A, Schläpke S, Funk P, Medvedev A, Engelmann U. Efficacy and safety of a combination of Sabal and Urtica extract in lower urinary tract symptoms-- long-term follow-up of a placebo-controlled, double-blind, multicenter trial. Int Urol Nephrol. 2007;39(4):1137-46. doi: 10.1007/s11255-006-9173-7. Epub 2007 Feb 15. PMID: 18038253. 4. Sökeland J, Albrecht J. Kombination aus Sabal- und Urticaextrakt vs. Finasterid bei BPH (Stad. I bis II nach Aiken). Vergleich der therapeutischen Wirksamkeit in einer einjährigen Doppelblindstudie [Combination of Sabal and Urtica extract vs. finasteride in benign prostatic hyperplasia (Aiken stages I to II). Comparison of therapeutic effectiveness in a one year double-blind study]. Urologe A. 1997 Jul;36(4):327-33. German. doi: 10.1007/s001200050106. PMID: 9340898. 5. Engelmann U, Walther C, Bondarenko B, Funk P, Schläpke S. Efficacy and safety of a combination of sabal and urtica extract in lower urinary tract symptoms. A randomized, double-blind study versus tamsulosin. Arzneimittelforschung. 2006;56(3):222-9. doi: 10.1055/s-0031-1296714. PMID: 16618015. 6. Oelke M. et al. Benignes Prostata-syndrom – Strategien für eine langfristig erfolgreiche medikamentöse Therapie: Sprechen, Individualisieren, Nachverfolgen (SINN). urologen.info, Marktforschungsinstitut ISM, Ausgabe 3, Juni 2019. Alle Referenzen können bei Schwabe Pharma angefordert werden. 09/2024



**Schwabe
Pharma**
From Nature. For Health.