

Hochschule Magdeburg-Stendal
Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften
Studiengang Rehabilitationspsychologie B. Sc.

Bachelor-Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades des
„Bachelor of Science Rehabilitationspsychologie“

Tanztherapie in der Psychoonkologie: Auswirkungen der Intervention auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität

Erstgutachterin: Prof. Dr. habil. Gabriele Helga Franke

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Nicola Wolf-Kühn

eingereicht von: Maria-Christina Busch
Matrikelnummer 20112297
Frommhagenstr. 8a
39576 Stendal
Maria-Christina.Busch@hotmail.com

vorgelegt am: 04.09.2014

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1 Einleitung	4
2 Einführung in die Onkologie.....	7
2.1 Tumorerkrankungen.....	7
2.1.1 Definition und Klassifikation.....	7
2.1.2 Epidemiologie.....	9
2.1.3 Diagnostik und Behandlung.....	11
2.2 Mammakarzinom	12
2.2.1 Definition und Klassifikation.....	12
2.2.2 Epidemiologie.....	13
2.2.3 Diagnostik und Behandlung.....	14
2.3 Zusammenfassung	15
3 Die Psychoonkologie	16
3.1 Auswirkung der Krankheit auf die Psyche	16
3.2 Interventionen in der Psychoonkologie.....	18
3.3 Zusammenfassung	19
4 Tanztherapie in der Psychoonkologie.....	20
4.1 Theoretischer Hintergrund zur Tanztherapie	21
4.2 Interventionen und Ziele in der Tanztherapie	22
4.3 Zusammenfassung	24
5 Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.....	25
5.1 Generische Messverfahren	27
5.2 Krankheitsspezifische Messverfahren	29
5.3 Zusammenfassung	32
6 Effekte von Tanztherapie bei Brustkrebspatientinnen in Bezug auf Lebensqualität	33
6.1 Spezifische Untersuchungen.....	33
6.2 Allgemeine Untersuchungen	38
6.3 Zusammenfassung	40
7 Diskussion.....	41
8 Fazit	43
Literaturverzeichnis	44
Tabellenverzeichnis.....	48
Eigenständigkeitserklärung	49

Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es zu prüfen, ob Tanztherapie einen Effekt auf die Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen hat. Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Verbesserte Behandlungsformen und Früherkennungsmaßnahmen führen zu einem Anstieg der Überlebensrate. Dennoch bedingen ein langer Behandlungsweg und Unsicherheit über den Verlauf der Krankheit hohe Belastungen und Unsicherheiten. Nebenwirkungen und Langzeitfolgen der Interventionen beeinflussen zudem die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Körper und Psyche werden stark beansprucht und leiden. Die Psychoonkologie stellt dabei einen Teil des Behandlungsweges dar. Sie bildete sich aus der Erkenntnis heraus, dass die Krebserkrankung nicht nur den Körper beeinflusst, sondern den gesamten Menschen mit seiner seelischen und geistigen Verfassung. Die Tanztherapie ist eine Maßnahme im Kanon der psychoonkologischen Betreuung. Sie vereint körperliche Betätigung und kreative Ausdrucksmöglichkeiten. Psyche und Körper werden bei dieser Therapieform angesprochen. Im Gruppensetting fließt zudem die soziale Komponente mit ein. Die These lautet demnach, dass Tanztherapie positive Auswirkungen auf die gesundheitsbezogenen Lebensqualität hat. Denn Körper, Psyche und soziales Umfeld sind Teile der Lebensqualität. Das methodische Vorgehen dieser Arbeit setzte sich aus dem Recherchieren von relevanten Studien, Reviews und Metaanalysen zusammen. Es wurden die Datenbanken Google Scholar, PubMed, PsyCONTENT und Springer Link bis zum Jahre 2014 durchsucht. Schlüsselworte waren dabei *Tanztherapie, Psychoonkologie, Krebspatient, Lebensqualität, gesundheitsbezogene Lebensqualität, künstlerische Therapie, dance/movement therapy, cancer patient, quality of life, health related quality of life*. Ausgeschlossen wurden Studien mit Kindern und Jugendlichen. Drei Studien konnten extrahiert werden, darunter eine kontrollierte, randomisierte Studie. Außerdem wurden vier Reviews und Metaanalysen herausgezogen. Die Studien belegen einen andauernden Effekt von Tanztherapie auf die Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen, bei einer Intervention von durchschnittlich 12 Wochen. Aufgrund der geringen Anzahl an nachweisbaren Studien ist es jedoch notwendig weitere Studien durchzuführen, um die Beweiskraft zu festigen.

1 Einleitung

„...denn wenn du tanzt, kannst du nicht sterben...“ (Baricco, 2011, S. 14)

Die Krebserkrankung ist einer der häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Jeder Zweite ist gefährdet an Krebs zu erkranken. Obwohl die Medizin in den letzten vierzig Jahren große Fortschritte in der Behandlung von Krebs gemacht hat, bleibt der Krebs weiterhin eine tödliche Krankheit (Dietzfelbinger, 2009). Die Überlebenschancen liegen bei circa eins zu vier (Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2013).

Aus der Erkenntnis heraus, dass zwar massive Maßnahmen das Leben verlängern können, gleichzeitig jedoch Krankheitsfolgeerscheinungen gestiegen sind, ist die Psychoonkologie entstanden. Die Psychoonkologie ist eine junge Disziplin und gehört zu dem Bereich der Psychosomatik. Erst in den 80er Jahren bildeten sich die ersten Berufsverbände, wie die *deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie e.V.* (DAPO e.V.). Aufgabe der Psychoonkologie ist es das Leben der Krebspatienten qualitativ zu verbessern und ergänzend zur Schulmedizin zu wirken. Der Bereich ist multiprofessionell organisiert und besteht aus Psychologen, Spezialtherapeuten, Ärzten, Pflegekräften und Sozialarbeitern. Somit ist der Bereich der Psychoonkologie für Rehabilitationspsychologen unter anderem ein geeignetes Arbeitsfeld. In dieser Disziplin stehen der Patient und die Verbesserung seiner Lebensqualität im Fokus (Dorfmueller, 2009). Genauer genommen beruht die Psychoonkologie auf einem ganzheitlichen Ansatz im Sinne eines bio-psycho-sozialen Verständnisses. Die Maßnahmen werden ausgerichtet auf seelische, körperliche und soziale Belange (Schwarz & Singer, 2008).

In Sinne der Ganzheitlichkeit arbeitet auch die Tanztherapie. Tanzen ist seit Urzeiten ein Mittel zur Durchführung von Ritualen und zum sozialen Miteinander. Getanzt wurde in der Gruppe oder um Geschichten zu erzählen. Der Tanz diente demnach der Kommunikation. Des Weiteren wurde er benutzt, um mithilfe anderer Bewusstseinszustände, Schwellenerfahrungen zu machen und um Heilung zu bitten. Heute gilt der Tanz vor allem als Ausdruck von Freude und Ausgelassenheit (Willke, Hölter & Petzold, 1999).

Die Tanztherapie wurde in Amerika entwickelt und wird mittlerweile selbst in China angeboten. Das asiatische Gesundheitsbestreben ist darauf ausgerichtet, eine Balance zwischen Körper und Geist herzustellen. Da sich dies mit dem Anliegen der Tanztherapie deckt, findet sie auch in Asien Anwendung (Ho, 2005).

Im deutschen Gesundheitssystem ist die Tanztherapie inzwischen als Unterdisziplin in der psychoonkologischen Versorgung etabliert und ergänzt somit den interdisziplinären

Kanon der ganzheitlichen Behandlung bei Krebspatienten. Sie ist dabei ein Teil der kreativen Therapien, wie die Musiktherapie oder die Kunsttherapie. Durch ihren Ansatz vereint die Tanztherapie die körperliche mit der seelischen, emotionalen und kognitiven Komponente.

Die Akzeptanz dieser Disziplin stieg in der Versorgungslandschaft in den letzten Jahren an. Sie ist mittlerweile in dem *Leitlinienreport der deutschen Rentenversicherung für die Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen* vertreten (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2008). Trotzdem scheint es, dass wissenschaftliche Nachweise nicht im ausreichenden Maße vorhanden sind. Die vorliegende Arbeit setzt sich daher mit dem Thema Tanztherapie in der Psychoonkologie auseinander und schaut auf Nachweise von Effektivität. Bei den herangezogenen Studien wurden ausschließlich weibliche Teilnehmerinnen berücksichtigt, da männlichen Teilnehmer im zu geringem Maße teilnahmen. Hinzu kam der Schwerpunkt auf den Brustkrebs, da er zum einem die häufigste Krebsart bei Frauen ist und zum anderen durch Operationen an der Brust erhebliche Krankheitsbelastungen mit sich bringt. Unter Umständen ändern sich mit dieser Erkrankung nicht nur das Körperbild, die körperliche Ausdauer, die Belastbarkeit, sondern auch Zukunftsperspektive und Lebensinhalte. Diese Einflussfaktoren haben wiederum Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Die Lebensqualität ist derzeit zum Modewort avanciert. Meist wird sie gleichgesetzt mit den Begriffen Wohlbefinden, Glück und Zufriedenheit. Dabei wird die Lebenszufriedenheit nicht nur am finanziellen Reichtum festgemacht, sondern am generellen Wohlbefinden und der Erfüllung innerer Vorstellungen (Herschbach, 2012). Die Frage nach der Lebensqualität kommt vor allem bei Krebspatienten auf, da die Krankheitsfolgeerscheinungen immens sind. Neben der Haupterkrankung treten nicht selten weitere Begleiterkrankungen auf.

Es soll daher der Frage nachgegangen werden, welche Auswirkungen eine tanztherapeutische Maßnahme auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen haben kann und ob es nachweisbare Effekte gibt.

Diese Arbeit möchte dabei ein besseres Verständnis für die therapeutische Disziplin der Psychoonkologie, und der Tanztherapie im Besonderen, schaffen. Obwohl die positiven Auswirkungen der psychoonkologischen Intervention sichtbar sind, ist das Fach in der medizinischen Versorgung noch nicht im ausreichenden Maß anerkannt. Die Psychoonkologie gehört zum Beispiel nicht zur Regelversorgung. Außerdem erschwert unzureichende Verbreitung im Gesundheitssystem die Akzeptanz dieser Disziplin (Dorfmueller, 2009).

Überdies soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass es an wissenschaftlich hochwertigen Studien im Bereich der Tanz- und Bewegungstherapie mangelt. Weitere

Studien wären wünschenswert, um den Erhalt eines breitgefächerten Behandlungsspektrums zu gewährleisten.

Das methodische Vorgehen bei dieser Arbeit besteht aus einer systematischen und unsystematischen Literaturrecherche. Es wurden sowohl Datenbanken als auch Bibliothekskataloge auf aktuelle und internationale Publikationen hin durchsucht.

Die Arbeit ist so aufgebaut, dass zur Auseinandersetzung mit der Fragestellung zunächst der Bereich der Onkologie vorgestellt wird. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Krankheit Krebs im Allgemeinen und im Speziellen auf dem Brustkrebs. Darauf folgend wird der Bereich der Psychoonkologie aufgezeigt, mit dem Fokus auf die Notwendigkeit dieser Disziplin in Bezug auf Krebs und dem dazugehörigem Interventionsspektrum. Anschließend wird die Tanztherapie erläutert. Hierbei liegt der Fokus auf dem theoretischen Hintergrund mit der historischen Einordnung und dem Behandlungsspektrum. Im nächsten Überkapitel wird das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erläutert und vertieft auf allgemeine und spezifische Messinstrumente zur Erhebung dieses Konstrukts eingegangen, die in den vorliegenden Studien verwendet wurden. Nach der Abhandlung der theoretischen Grundlagen zu der Fragestellung der Arbeit, wird auf den aktuellen Forschungsstand eingegangen. Dabei werden vorliegende Studien erläutert und diskutiert. Abschließend folgt eine Diskussion, die sich mit den Grenzen und Möglichkeiten einer ideellen Studie zum Wirksamkeitsnachweis der Tanztherapie beschäftigt. Diese Arbeit kann jedoch keine Studie ersetzen und keine Handlungsempfehlungen geben. Die Absicht dieser Arbeit ist es vor allem, eine Sensibilität für Möglichkeiten und Grenzen einer Therapieform aus dem künstlerischen Bereich zu schaffen.

Anzumerken ist zudem, dass aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit zum Großteil auf die zusätzliche Formulierung der weiblichen Form verzichtet wird und überwiegend die kürzere, männliche Schreibweise verwendet wird. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Verwendung der männlichen Form im gesamten Dokument explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden soll. Ausnahmen dieser Regel werden vorgenommen, wo die weibliche Form angebracht ist.

2 Einführung in die Onkologie

Die Onkologie ist der medizinische Zweig der Wissenschaft, der sich den Krebserkrankungen widmet. Sie ist ein „Teilgebiet der Inneren Medizin, das sich mit der Entstehung u. Behandlung von Tumoren u. tumorbedingten Krankheiten beschäftigt“ (Pschyrembel & Dornblüth, 2004, S. 1314). Ihre Aufgabe ist die Erforschung, Diagnostik, Behandlung und Vermeidung von Krebs. Im Folgenden wird in diese Thematik eingeführt, um ein Verständnis dafür zu schaffen, welche psychischen Konsequenzen eine Krebserkrankung für den Betroffenen haben kann. Zunächst wird allgemein dargestellt, wodurch Krebserkrankungen charakterisiert sind. Dafür werden allgemeine Definitionen und Klassifikationen herangezogen, sowie epidemiologische Daten und Möglichkeiten eines Behandlungsverlaufs.

2.1 Tumorerkrankungen

Die Tumorerkrankungen gehören zu den chronischen Leiden und sind eine der häufigsten Erkrankungen in der Bundesrepublik. Ihr Verlauf ist geprägt von einem hohen Grad an Belastung, sowohl für den Betroffenen als auch für sein Umfeld. Unter chronische Krankheiten werden Leiden zusammengefasst, die anhaltende körperliche und psychische Einschränkungen, sowie drohende Behinderungen zur Folge haben. Die ursächliche Behandlung ist demnach nur ein Teil der Therapie. Für chronische Krankheiten sind eine lange Behandlungsdauer und die damit verbundenen hohen Kosten für das Gesundheitswesen typisch. Aus diesem Grund ist die Erforschung von Tumorerkrankungen von großem politischem Interesse. Als weit verbreitetes Volksleiden sind Tumorerkrankungen jedem ein Begriff. Tumore sind in ihrer Eigenschaft unberechenbar und können an jeder Stelle des Körpers auftreten (Vögele, 2009).

2.1.1 Definition und Klassifikation

Ein Tumor ist die Beschreibung von Körpergewebe, das sich zu einer krankhaften Geschwulst entwickelt. Er kann in jedem Bereich des Körpers auftreten (Deutsche Krebshilfe e.V., 2014). Eine Tumorerkrankung ist nicht per se eine Krebserkrankung. Tumore werden eingeteilt in gutartige (benigne) und bösartige (maligne) Geschwülste. Der Krankheitswert eines gutartigen Tumors liegt weitaus geringer als bei einem bösartigen. Durch seine Eigenschaften zerstört der gutartige Tumor kein Gewebe. Er kann jedoch durch seine Größe auf die entsprechenden Körperregionen Druck ausüben und Gewebe zerstören. Der benigne Tumor ist, in der Regel, lokal festgelegt. Er infiltriert nicht, sondern verdrängt das umliegende

Gewebe vielmehr. Ablagerungen in anderen Körperteilen werden somit nicht gebildet. Bösartige Tumore hingegen breiten sich schnell aus, z. B. über die Blut- und Lymphbahnen. Sie durchdringen das umliegende Gewebe und bilden Ablagerungen (Kusch, Labouvie & Hein-Nau, 2013). Diese Ablagerungen werden als Metastasen bezeichnet und sind Tumorzellen, die sich im Umkreis oder fernab der ursprünglichen Geschwulst bilden (Deutsche Krebshilfe e.V., 2014).

Der bösartige Tumor wird umgangssprachlich als Krebs bezeichnet. Er entsteht durch die Veränderung einer Zelle. Die Zelle wird durch physikalische oder chemische Einflüsse geschädigt und mutiert. Die gesunden Zellen erkennen die bösartigen Tumorzellen nicht als Feinde an, deshalb bekämpfen sie diese nicht. Die körpereigenen Abwehrprozesse werden nicht aktiviert (Kusch et al., 2013).

Wird ein Tumor entdeckt, gilt es diesen zu lokalisieren und histologisch einzuordnen. Ein gängiges und international anerkanntes System, welches von medizinischem Fachpersonal zur Einteilung des Tumors angewandt wird, ist das TNM-System, das im Folgenden dargestellt wird. Die *Tumor/Nodi/Metastasen Klassifikation* (TNM-System) wurde entwickelt von der *Union Internationale contre le Cancer* (UICC) und wird auch in Deutschland angewandt. Anhand von Buchstaben und Ziffern hilft es dem Anwender Tumore, Metastasen und den Befall von Lymphknoten zu kategorisieren. Die Eigenschaften des *Haupttumors* werden durch den Buchstaben T beschrieben. Mit der nachfolgenden Ziffer zwischen null und vier wird die Größe und der Ort des Tumors festgehalten. Der Buchstabe N steht für den medizinischen Terminus *Nodi* (Lymphknoten) und somit für die Ausbreitung von Tumoren im Lymphsystem. Die Ziffern null bis zwei beziehen sich hierbei auf den Ort und die Ausdehnung. Das M gilt als Abkürzung für den Befall mit *Metastasen* außerhalb des Bereiches des Primärtumors. Die Ziffer null gibt an, dass kein Befall vorliegt und die Ziffer eins gibt einen Befall an. Ein Rating von T2N1M0 bei Brustkrebs würde bedeuten, dass der Primärtumor eine Größe von 2-5 cm aufzeigt, mit nachweisbaren Metastasen in den Achselhöhlen, jedoch ohne weitere Fernmetastasen (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2010).

Eine weitere Einteilung von Tumoren bezieht sich auf die Lokalisation des kanzerogenen Gewebes im Körper. In der Bundesrepublik Deutschland anerkannt und im medizinischen Versorgungssystem verwendet, ist die *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, kurz ICD, in der zehnten Ausführung. Hier sind sämtliche medizinische Diagnosen verschlüsselt und aufgelistet (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2014). Die Klassifikation der Krebserkrankungen ist in diesem System unter dem Buchstaben C mit den dazugehörigen Zahlen zwischen C00 und C97 aufgeschlüsselt. Der Befall der Brustdrüse mit bösartigem

Tumorgewebe wird bspw. mit C50 bezeichnet (Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2013).

2.1.2 Epidemiologie

In diesem Abschnitt werden Verbreitung, Neuerkrankungsrate, Vorkommen, Ursachen und Sterberaten von Krebserkrankungen in der deutschen Bevölkerung dargestellt.

Das *Zentrum für Krebsregisterdaten* des Robert Koch-Instituts gibt gemeinsam mit der *Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.* alle zwei Jahre einen umfassenden Bericht von Krebsdaten in Deutschland heraus. Die letzte aktualisierte Ausgabe wurde 2013 veröffentlicht. Die enthaltenen Daten beruhen auf einen Erhebungszeitraum zwischen 2009 und 2010. Krebs ist neben den Herz-Kreislaufkrankungen eine der häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Im Jahre 2010 sind insgesamt 477.300 Personen an Krebs neuerkrankt, davon 252.390 Männer und 224.910 Frauen. Die häufigste Krebserkrankung unter Frauen ist Brustdrüsenkrebs (31,3%), gefolgt vom Darm- (12,7%) und Lungenkrebs (7,6%). Die häufigste Krebserkrankung bei Männern ist hingegen Prostatakrebs (26,1%), gefolgt vom Lungen- (13,9%) und Darmkrebs (13,4%). Im Jahr 2010 waren 218.258 Todesfälle in Deutschland auf eine Krebserkrankung zurückzuführen. Davon betroffen waren 117.855 Männer und 100.403 Frauen. Die Männer starben vor allem an Lungenkrebs (24,9%) und die Frauen an Brustkrebs mit 17,4%. Das mittlere Erkrankungsalter liegt mit 69 Jahren bei Männern und Frauen gleich (siehe Tabelle 1). Damit glich sich das durchschnittliche Erkrankungsalter der Männer im Vergleich zu vorherigen Jahren an jenes der Frauen an. In dem Bericht für Krebsdaten wurden mittlerweile 26 Kategorien von Krebslokalisationen aufgenommen und getrennt nach Prävalenzen, Inzidenzen und Mortalitäten aufgeführt. Das allgemeine Lebenszeitrisiko an Krebs zu erkranken liegt bei Männern bei 50,8% und bei den Frauen bei 42,9%. Dies zeigt, dass eine von zwei Personen in ihrem Leben an Krebs erkranken wird. Dabei liegt das Sterberisiko bei Männern bei 25,8% und bei Frauen bei 20,2%. Somit wird einer von vier Männern an Krebs versterben und eine von fünf Frauen. Vergleicht man das Lebenszeitrisiko mit dem Sterberisiko, ist zu erkennen, dass sich die Überlebensprognose bei Krebs „erheblich verbessert“ (Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2013, S. 19) hat.

Dennoch ist aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland mit einem Zuwachs an Neuerkrankungen von ca. 20% in den nächsten 20 Jahren zu rechnen. Dies geht einher mit dem zunehmenden Überlebensalter. Denn mit zunehmenden Alter steigt die Wahrscheinlichkeit an Krebs zu erkranken (Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2013).

Tabelle 1

Zusammenfassung der krebsbedingten, epidemiologischen Daten (Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2013)

	Insgesamt	Männer	Frauen
Inzidenz (2010)	477.300	252.390	224.910
Häufigkeiten		26,1% Prostata 13,9% Lunge 13,4% Darm	31,3% Brust 12,7% Darm 7,6% Lunge
Mortalität (2010)	218.258	117.855	100.403
Lebenszeitprävalenz		50,8%	42,9%
Sterberisiko		25,8%	20,2%
Mittleres Erkrankungsalter	69 Jahre	69 Jahre	69 Jahre

Die Ätiologie von Krebserkrankungen lässt sich nicht klar benennen. Da Krebs eine komplexe Erkrankung ist, ist es nicht möglich, pauschale Ursachen für die Entstehung ausfindig zu machen. Jedoch gibt es Tendenzen und Vorsorgeempfehlungen. Somit gibt es Nachweise dafür, dass Alkohol, Tabakkonsum, eine unausgewogene Ernährung und der häufige Genuss von rotem Fleisch schädlich für den Körper sind und Krebs bedingen können. Noch 2008 führte der Tabakkonsum bei rund 15% zu Krebserkrankungen in den Atemwegen und der Lunge. Neben den Genussmitteln gibt es weitere äußerliche Einflussfaktoren. Zu nennen sind UV Strahlen, die ein Auslöser für Hautkrebs sein können. Weitere Risikofaktoren sind Schadstoffe und Pestizide in Lebensmitteln, sowie Belastungen am Arbeitsplatz, radioaktive Strahlungen, Hormontherapien, chronische Infektionen oder genetische Ursachen. Dennoch sind diese Faktoren als Tendenzen zu sehen und gelten nicht als kausale Auslöser der Krankheit. Da mögliche Ursachen für Krebs sehr unterschiedlich sein können und wenig bekannt sind, werden Früherkennungsmaßnahmen angeboten. Mittlerweile gibt es präventive Untersuchungen im Bereich Haut, Darm, Brust, Gebärmutterhals und Prostata. Präventionsmaßnahmen haben Vor- und Nachteile. Sie erfassen nicht den gesamten Organismus, sondern die Bereiche, die am häufigsten von Tumoren betroffen sein können (Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2013).

2.1.3 Diagnostik und Behandlung

In diesem Abschnitt werden Diagnostik und Behandlung von Tumoren überblicksartig erläutert und im Kapitel zur Behandlung von Mammakarzinom weiter ausgeführt. Es soll dabei verdeutlicht werden, dass ein Patient unterschiedlichste Maßnahmen und Untersuchungen erfährt, wenn eine verdächtige Geschwulst gefunden wird.

Die Diagnostik eines Tumors geschieht auf mannigfaltige Art und Weise. Durch die Früherkennungsprogramme können Gewebsveränderungen in verschiedenen Körperregionen ausfindig gemacht werden. Wird eine Geschwulst entdeckt, folgen weitere körperliche Untersuchungen, wie die Untersuchung des Blutes auf Tumormarker, Leukozyten etc. Neben diesen Verfahren werden bildgebende Verfahren eingesetzt, wie Röntgenstrahlen, Ultraschall, Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRT). Diese Verfahren haben verschiedenen Vor- und Nachteile, die im Kapitel zur Behandlung des Mammakarzinoms ausführlicher dargestellt werden. Um einen Tumor auf seine gute oder bösartige Eigenschaft hin zu untersuchen, wird Gewebe entnommen. Dieses Verfahren wird Biopsie genannt. Bei Verdacht auf Krebszellen im Knochenmark wird außerdem eine Knochenmarkspunktion durchgeführt (Kusch et al., 2013).

Die primäre Krebstherapie setzt sich aus verschiedenen Behandlungsstufen zusammen. Wenn der Tumor operativ entfernt werden kann, wird eine Operation durchgeführt. Dabei wird möglichst nur erkranktes Gewebe entfernt und nur so viel umliegendes Gewebe, um die Ausbreitungswahrscheinlichkeit von Metastasen möglichst gering zu halten. Sind Metastasen vorhanden oder der Tumor sehr groß, kann vor einer Operation die Strahlentherapie eingesetzt werden. Hierbei werden mithilfe von Schläuchen und Nadeln, örtlich begrenzt, ionisierende Radiostrahlen ins Gewebe eingebracht. Eine Strahlentherapie kann auch nach einer Operation erfolgen. Neben der lokal begrenzten Strahlentherapie gibt es die medikamentöse Chemotherapie, die den gesamten Körper beeinflusst. Die Chemotherapie zielt auf Zellen ab, die sich schnell teilen, unabhängig von ihrem Krankheitswert. Nachteilig ist demnach, dass auch gesunde Zellen, wie Haarwurzeln, Schleimhäute und Blutkörperchen angegriffen und im Wachstum gehemmt werden. Des Weiteren gibt es die Hormontherapie, die Immuntherapie, die Supporttherapien und komplementäre bzw. Alternativtherapien. Es wird deutlich, dass es viele verschiedene Arten der Behandlungsmöglichkeiten gibt und dass die ideale Zusammenstellung, sowohl für den Mediziner, als auch für den Patienten, als schwierig erscheint.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass jede Therapieform darauf abzielt, den Tumor zu zerstören oder zumindest ihn in seinem Wachstum zu hemmen (Deutsche Krebshilfe e.V., 2014; Kusch et al., 2013).

Im Folgenden wird der medizinische Versorgungspfad für Krebspatienten dargestellt, um verständlich zu machen, dass ein Krebspatient einen langen Behandlungsweg

durchläuft, selbst auf institutioneller Ebene. Neben der primären medizinischen Behandlung, gibt es die *Anschlussheilbehandlung* (AHB), welche in stationärer oder ambulanter Form in Rehabilitationseinrichtungen zeitnah nach einer Operation erfolgt. Die AHB dauert im Schnitt drei Wochen und kann individuell verlängert werden. Davon abzugrenzen ist die onkologische Rehabilitation, die bspw. bei Brustkrebspatientinnen zwischen 18 und 42 Tagen andauern kann (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010). Nach der medizinischen Rehabilitation beginnt die Phase der Tumornachsorge, um Rückfälle rechtzeitig zu erkennen. In vorgegebenen Intervallen wird der Patient auf Tumorneubildungen hin untersucht. Wenn medizinische Interventionen keine Heilungen mehr bringen oder der Tumor auf keine Therapie anspricht, steht am Ende des Versorgungspfads die Palliativmedizin zur Verfügung. Dort steht die Stabilisierung des körperlichen Wohlbefindens im Vordergrund, wie die Linderung von Schmerzen, Ängsten oder Übelkeiten (Deutsche Krebshilfe e.V., 2014; Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutsche Krebsgesellschaft e.V. & Deutsche Krebshilfe, 2012).

2.2 Mammakarzinom

Dieses Kapitel widmet sich der Diagnosestellung von Brustkrebs. Zunächst wird eine Definition und Klassifikation dargestellt, anschließend folgen epidemiologische Daten und der Behandlungsverlauf, mit Fokus auf etwaige Folgen für die behandelte Person.

2.2.1 Definition und Klassifikation

Das Mammakarzinom wird in der Umgangssprache auch als Brustkrebs bezeichnet. Dabei verweisen beide Namen auf das Vorhandensein eines bösartigen Tumors in der Brustdrüse. Ein Karzinom bezeichnet eine Geschwulst, welches sich am Deckgewebe oder Drüsengewebe bildet (Deutsche Krebshilfe e.V., 2014). Es gibt verschiedene Ausprägungen von Brustkrebs. Zwei Arten bilden dabei die Überkategorie. Unterschieden wird zwischen den nicht infiltrierenden Tumoren, die in den Milchgängen der Brust vorkommen und den infiltrierenden Tumoren, die sich durch Drüsen durchbohren und in das umliegende Gewebe verbreiten. Bei nicht infiltrierenden Tumoren können operative Eingriffe zu 90% zur Heilung führen (Deutsche Krebshilfe e.V., 2014). In dem Klassifikationssystem der ICD-10 wird das Mammakarzinom unter der Bezeichnung C50 mit den Unterpunkten 0-9 aufgeführt. Der Brustkrebs ist auch bei Männern vorzufinden. Jedoch weitaus seltener als bei Frauen. Meistens ist er bei Männern erblich bedingt und hängt mit den speziellen Krebsgenen BRCA 1 oder BRCA 2 zusammen. Entsteht eine Mutation der entsprechenden Gene, ist die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken, sehr hoch. Dieses Wissen ist bedeutend für die

Krebsvorsorge und Verhütung, da es geschlechtsunabhängig weiter vererbt werden kann (Deutsche Krebshilfe e.V., 2014).

2.2.2 Epidemiologie

Die Erkrankung an der Brustdrüse mit dem malignen Tumor ist eines der häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen in Deutschland. Im Jahre 2010 wurden 70.340 Fälle von Neuerkrankungen bei Frauen festgestellt, sowie 610 Fälle bei männlichen Personen. Dabei unterliegt die Bevölkerung einem Ost-West-Gradienten. Dieser sagt aus, dass es in den neuen Bundesländern weniger Neuerkrankungen sowie Sterbefälle in Bezug auf Krebs gibt, als in den alten Bundesländern. Obwohl die Zahl an Brustkrebspatientinnen insgesamt gestiegen ist, versterben weniger Frauen daran, als noch vor 10 Jahren. Der Grund hierfür wird in der Verbesserung der Therapien angesehen. Mit dem Aufkommen des Mammographie-Screening stieg die Erkrankungsrate augenblicklich an, da vermehrt Tumore in der Brust entdeckt wurden. Dieser Trend hat sich wieder gelegt. Allgemein liegt die Lebenszeitprävalenz bei 12,9% und somit die Wahrscheinlichkeit bei einer von acht Frauen im Leben an Brustkrebs zu erkranken. Dabei ist bei der Diagnosestellung jede vierte unter 55 und jede zehnte Frau unter 45 Jahre alt. Die Sterbefälle im Jahre 2010 lagen in Deutschland bei 17.466 Frauen und bei 107 Männern. Damit beträgt das Sterberisiko für Frauen mit Mammakarzinom 3,4%. Mit anderen Worten, stirbt eine von 29 betroffenen Frauen aufgrund dieser Erkrankung (siehe Tabelle 2). Es ist deutlich zu sehen, dass die Überlebenschancen hoch sind. Als Folge dessen steigt jedoch die Krankheitslast (Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2013).

Tabelle 2

Zusammenfassung der brustkrebsbedingten, epidemiologischen Daten (Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2013)

	Insgesamt	Frauen	Männer
Inzidenz (2010)	70.950	70.340	610
Mortalität (2010)	17.573	17.340	107
Lebenszeitprävalenz		12,9%	
Sterberisiko		3,4%	

Um Risikofaktoren darzustellen, gilt es, dass es keine eindeutigen Erklärungen für die Entstehung von Brustkrebs gibt. Dennoch gibt es Umstände, welche die Erkrankungswahrscheinlichkeit erhöhen. Es wurde festgestellt, dass sich vermehrt

Brustkrebs bei Frauen zeigt, die frühzeitig die erste Regelblutung bekamen oder erst spät in die Menopause gingen sowie bei Frauen, die keine Kinder gebären oder erst spät Kinder bekamen. Weitere Auslöser können Hormonersatztherapien im Klimakterium sein. Hingegen hat die Einnahme der Antibabypille kaum Auswirkungen auf die Erkrankungsrate. Zur Verhütung von Brustkrebs wurde festgestellt, dass frühe und häufige Geburten, sowie die Stillzeit das Risiko der Tumorbildung verringern. Neben den äußeren Einflussfaktoren gibt es außerdem die genetische Disposition. Bei 5-10% der Brustkrebspatientinnen liegt das Brustkrebsgen BRCA 1 oder BRCA 2 vor. Dieses wird vererbt und bedingt eine erhöhte Wahrscheinlichkeit an Krebs zu erkranken (Deutsche Krebshilfe, 2014; Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2013).

2.2.3 Diagnostik und Behandlung

Im Prinzip weicht der diagnostische Pfad bei Verdacht auf Brustkrebs nicht stark von der Diagnostik anderer Krebsarten ab. Eine entscheidende Rolle spielen jedoch die Früherkennungsmaßnahmen. Zum einen werden Frauen ab 30 Jahre jährlich durch ärztliche Tastuntersuchungen auf etwaige Knoten in der Brust hin untersucht. Außerdem wird ihnen geraten sich selber abzutasten. Die Erfolgsrate bleibt jedoch unbefriedigend und schürt durch falsche Wahrnehmung unnötig Angst mit Krebs konfrontiert zu sein. Zum anderen werden Frauen ab 50 Jahren mit bis zu 69 Jahren alle zwei Jahre von der Krankenkasse aufgefordert, am bildgebenden Mammographie-Screening teilzunehmen. Diese Untersuchung ist nicht ganz ungefährlich, da mithilfe von ionisierten Röntgenstrahlen das Gewebe der Brust durchleuchtet wird. Neben der gesundheitlichen Komponente neigt diese Variante zur Überschätzung von Tumoren. Denn nicht jede Veränderung im Gewebe weist auf eine Weiterentwicklung zu bösartigen Tumoren hin. Die psychische Belastung steigt für die untersuchte Person, sobald ein Befund nicht eindeutig ist oder auf Krebs hindeutet. Bei einem unklaren Befund werden weitere Maßnahmen, wie Ultraschall und Biopsie, angesetzt. Die Dauer und Ergebnisse der Untersuchungen variieren zwischen Tagen und Monaten und lassen die Patientin lange im Ungewissen. Ziel der medizinischen Präventionsmaßnahmen ist es, möglichst früh bösartige Tumore zu erkennen und zu entfernen, um somit den Ausbruch der Krankheit zu verhindern. Dennoch bringen sie unter Umständen eine hohe, nicht zu unterschätzende psychische Belastung mit sich (Deutsch Krebshilfe e.V., 2014).

Bei der Diagnose eines Tumors wird in den meisten Fällen eine Operation durchgeführt. Diese geschieht auf zwei Arten. Entweder wird die Brust komplett entfernt oder die Brust bleibt weitestgehend erhalten. Mittlerweile werden radikale Brustoperationen seltener durchgeführt, da einerseits der Aufbau der Brust mühsam und kostenintensiv ist und andererseits das Körperbild der Patientin stark aus dem Gleichgewicht gerät. Mit der

Amputation der Brust sollte der Krebs möglichst präzise und flächendeckend entfernt werden. Heutzutage ist diese Art der Operation nur noch selten ratsam. Vielmehr hat sich die Kombination der brusterhaltenden Operation mit anschließender lokaler Bestrahlung durchgesetzt. Da die Bestrahlung nur für einzelne Körperregionen angewandt wird, ist sie schonender und mit weniger Nebenwirkungen behaftet als die Chemotherapie. Die Chemotherapie ist gekennzeichnet durch die langwierige, in Intervallen erfolgende orale oder intravenöse Einnahme von Zytostatika. Dieses Zellengift ist äußerst giftig und stoppt die Zellen in der Zellteilung. Die Nebenwirkungen sind zahlreich und sehr belastend. Neben den Krebszellen werden sämtliche schnellwachsende Zellen im Körper angegriffen, die wie in Haaren, Blut und Schleimhäuten vorzufinden sind. Somit können als Nebenwirkungen Haarausfall, Übelkeit, Erbrechen, gereizte Mundflora und Müdigkeit auftreten. Diese Folgen haben erhebliche Auswirkungen auf den Alltag und die Krankheitslast der Patientin. Das äußere Erscheinungsbild ändert sich, der Körper wird geschwächt und die Leistungsfähigkeit sinkt. Neben den unmittelbaren Folgen der Chemotherapie können weitere Beschwerden auftreten, wie das Fatigue-Syndrom (Erschöpfungssyndrom), Schmerzen, sexuelle Funktionseinschränkungen etc. Hinzu kommt die psychische Belastung. Die Patientin wird durch die Krankheit unmittelbar mit dem Thema Tod konfrontiert und mit der Endlichkeit des Lebens. Krebs ist eine Krankheit, die Auswirkungen auf den gesamten Menschen und sein Umfeld hat. Starkes Leiden, seelische, körperliche und soziale Belastungen sind Folgen dieser Erkrankung (Deutsche Krebshilfe e.V., 2014; Kutsch et al., 2013).

2.3 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde dargelegt, was Tumorerkrankungen sind. Krebs ist eine schwerwiegende Krankheit, die mit aggressiven Methoden behandelt wird. Früherkennung, Diagnosestellung und vor allem die Behandlung greifen massiv in den Körper ein und bringen Körperstrukturen aus dem Gleichgewicht. Es werden Operationen durchgeführt und Gifte in den Körper eingeschleust, um die tödliche Krankheit zu stoppen.

Des Weiteren wurde verdeutlicht, dass Krebs aktuell weitverbreitet in der deutschen Bevölkerung anzutreffen ist und viele Menschen starke Belastungen durch die Behandlung erfahren. Am Beispiel des Mammakarzinoms wurde herausgearbeitet, dass diese Erkrankung zudem schwere persönliche Einschnitte in die biographische Entwicklung der Betroffenen hat.

Die Krankheitslast ist demnach nicht nur auf der somatischen Ebene zu verzeichnen, sondern auch auf der psychosozialen Ebene. Um seelisches Leiden zu kurieren, wurde der Zweig der Psychoonkologie geschaffen. Diese wird im Folgenden mit dem Fokus auf psychische Krankheitslast und Behandlungsmöglichkeiten dargelegt.

3 Die Psychoonkologie

Die Psychoonkologie ist ein „Teilgebiet der Psychosomatik, das sich mit verschiedenen psychosozialen Aspekten in Entstehung, Verlauf u. Therapie von Tumorerkrankungen beschäftigt (z. B. Lebensweise, Lebenszufriedenheit, Risiken, Prävention)“ (Margraf, Müller-Spahn, Albus, Pschyrembel & Margraf-Müller-Spahn, 2009, S. 647). Wie der Name schon impliziert, setzt sich die Psychoonkologie aus dem Bereich der Psychologie und der Onkologie zusammen, wobei der Schwerpunkt auf psychischen Belangen liegt. Psychoonkologen sind meist psychologische Psychotherapeuten mit einer Zusatzausbildung im Bereich der Onkologie. Die psychoonkologische Begleitung ist während des gesamten Behandlungspfads möglich. Somit sind Psychoonkologen in Akutkliniken anzutreffen, als auch in Rehabilitationskliniken, in Beratungsstellen oder in privaten Praxen (Herschbach, Heußner, Kappauf, 2008; Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF et al., 2012).

Umfangreiche psychoonkologische Versorgungen erfolgen jedoch in Rehabilitationskliniken. Dort werden neben somatischen Beschwerden psychosoziale Belastungen diagnostiziert und behandelt. Therapiepläne werden individuell zusammengestellt und auf spezielle Bedürfnisse angepasst. Rehabilitationskliniken bieten evidenzbasierte Maßnahmen und gut strukturierte Angebote an (Senf & Kaiser, 2013). Um an einer rehabilitativen Versorgung teilzunehmen, müssen verschiedene Bedingungen erfüllt sein. Neben der tumorbedingten Diagnose muss die Erstbehandlung mit Operation und Strahlentherapie abgeschlossen sein. Des Weiteren muss der Patient ausreichend belastbar für die Therapie sein, damit die Wirkung garantiert ist. Zuletzt ist entscheidend, dass die Maßnahmen die gesundheitlichen Einschränkungen positiv beeinflussen können und somit eine drohende Behinderung abgewendet werden kann. Die Leistungen für eine Rehabilitation übernehmen je nach Träger die gesetzlichen Krankenkassen, die Unfallversicherung oder die gesetzliche Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2013).

3.1 Auswirkung der Krankheit auf die Psyche

Die Tumorerkrankungen nehmen einen besonderen Platz im Bereich der psychologischen Versorgung ein. Sie stellen keine klassische psychische Störung dar und werden trotzdem von Psychologen behandelt. Denn die psychischen Belastungen dieser Krankheit können ziemlich ausgeprägt sein und zu psychischen, komorbiden Störungen führen, wie Angstzustände, Depression, Sucht etc. Die Diagnose Krebs gehört nicht in den Kanon der kassenärztlichen Abrechnung von psychologischen Leistungen. Jedoch kann eine zusätzlich diagnostizierte psychische Störung über die Krankenkasse abgerechnet werden (Senf &

Kaiser, 2013). Um tumorbedingte, psychische Belastungen zu erheben, gibt es speziell entwickelte Fragebögen. Gängige Messinstrumente sind bspw. der *Hornheimer Fragebogen* (HF) und die *Psychoonkologische Basisdokumentation* (PO). Senf und Kaiser (2013) kommentieren jedoch, dass diese spezifischen Fragebögen psychisches Leid überschätzen im Gegensatz zu äquivalenten Fragebögen, die im psychiatrischen Kontext benutzt werden.

Richtet man den Fokus auf das Individuum, kann festgestellt werden, dass sich das Leben des Betroffenen mit der Diagnose Krebs schlagartig ändert. Neben der körperlichen Veränderung setzt seelisches Leid an, wie Hilflosigkeit, Angst, und Unsicherheit. Die Diagnose Krebs konfrontiert den Patienten unmittelbar mit dem Tod. Die akute Behandlung führt oft zu einem sozialen Rückzug aufgrund von Müdigkeit und Erschöpfungssyndrom (Deutsche Krebshilfe e.V., 2014). Hinzu kommen Stimmungsschwankungen, die sich bspw. auf die Beziehung innerhalb der Familie auswirken können. Unter Umständen entstehen kommunikative Schwierigkeiten zwischen den Partnern. Das sexuelle Verlangen kann sinken und zu Spannungen führen. Vor allem bei Brustkrebspatientinnen, die nach einem Eingriff mit einem anderen Körperbild konfrontiert werden. Der Patient schwankt permanent zwischen der Verarbeitung der Behandlung, der Angst vor Nebenwirkungen oder vor Tumorneubildungen. Hinzukommt die Ungewissheit der vollständigen Genesung und des Wiederausbruchs der Krankheit (Herschbach et al., 2008).

Das Ausmaß der psychosozialen Belastung hängt demnach von subjektiven und objektiven Faktoren ab. Nicht jeder Patient ist im gleichen Maße Belastungen ausgesetzt und empfindet diese gleich. Zum einen prägt das Ausmaß und die Art der Krankheit die Belastungen (Vorhandensein von Metastasen, operabler Tumor). Hinzukommen Komponenten der Behandlung (seit wann wird behandelt, wie oft erfolgt der Besuch beim Arzt, welche Behandlung ist angesetzt), soziale Gegebenheiten (familiärer Rückhalt, Familienstand, Kinder), berufliche Ausprägungen (finanzielle Absicherung, Vorhandensein der Berufstätigkeit), sowie körperliche und psychische Begleiterkrankungen (wie Depression, Schmerzen, Fatigue) (Senf & Kaiser, 2013).

Die psychoonkologische Behandlung setzt demnach an, wenn die Belastungen der Krankheit die tumorbedingte Therapie gefährdet und die Anpassung an das alltägliche Leben nicht gelingt. Die Betrachtung auf den Patienten erfolgt dabei aus der bio-psycho-sozialen Perspektive. Mit anderen Worten wird die Krankheit, nicht nur unter dem körperlichen Aspekt betrachtet, sondern im Zusammenhang mit psychischen und sozialen Komponenten (Kutsch et al., 2013).

3.2 Interventionen in der Psychoonkologie

Entsprechend dem evidenzbasierten, interdisziplinären S3-Leitlinienprogramm für Therapie und Nachsorge bei Mammakarzinom, wird unter der psychoonkologischen Versorgung Beratung, Bereitstellung von Informationen zur Erkrankung, psychologische Diagnostik und Behandlung gefasst. Die S3-Leitlinien beinhalten die neusten wissenschaftlichen Standards zur Diagnostik, Therapie und Behandlung von Krebspatienten. Sie sichern qualitativ hochwertige Anforderungen an die medizinische Behandlung und berücksichtigen Publikationen, die dem wissenschaftlichen Anspruch entsprechen. Sie dienen dem multidisziplinären Behandlungsteam eine Zusammenstellung anerkannter Therapien vorzulegen. Dies ermöglicht eine individuelle, auf den Patienten zugeschnittene Behandlung. Das übergeordnete Ziel dabei ist das Sterberisiko zu senken und die Lebensqualität der Patientinnen zu erhöhen (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF et al., 2012).

Konkrete Interventionen können dabei psychotherapeutische Einzelsitzungen, psychoedukative Gruppensitzungen, Entspannungstechniken, künstlerische Angebote, supportiv-expressive Gruppenprogramme und sozialrechtliche Hilfestellungen sein (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF et al., 2012; Senf & Kaiser, 2013).

Die psychotherapeutischen Einzelgespräche ermöglichen emotionales Empfinden zu erörtern, einen geeigneten Umgang mit der Krankheit und Krankheitsentstehung zu finden, die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient zu fördern, kommunikative Probleme im sozialen Umfeld anzuschauen und Maßnahmen zu finden, Symptome zu reduzieren. Die psychoedukativen Gruppensitzungen haben zum Ziel die Patienten über die Krankheit zu informieren, damit sie selbstbestimmt im Behandlungsprozess agieren können. Des Weiteren werden Verhaltensweisen eingeübt, die Belastungen reduzieren. In Gruppensitzungen kommen Patienten mit Gleichgesinnten zusammen und können sich über Erfahrungen austauschen. Dies kann Unsicherheiten abbauen und Gemeinsamkeiten finden lassen. Neben den sehr strukturierten und vorgegebenen psychoedukativen Gruppen gibt es die supportiv-expressive Gruppentherapie. Diese ist nach einem Konzept von Irvin Yalom speziell für Krebspatienten entwickelt worden. Sie zeichnet sich durch das Setting aus, in dem Gefühle und Gedanken frei geäußert werden können (Herschbach et al., 2008; Senf & Kaiser, 2013).

Psychoonkologische Interventionen haben zum Ziel Denk- und Verhaltensmuster so zu ändern, dass sie der Krankheitsverarbeitung dienlich werden (Senf & Kaiser, 2013). Außerdem soll die Lebensqualität der Patienten verbessert und Krankheitslasten verringert werden. Psychoonkologische Interventionen haben jedoch auch ihre Grenzen. Es sollen „keine Heilungsversprechen“ (Senf & Kaiser, 2013, S. 395) vorgenommen werden, indem dem Patienten suggeriert wird durch psychoonkologische Maßnahmen kuriert werden zu

können. Des Weiteren darf nicht der Anspruch erhoben werden, mithilfe von psychoonkologischen Interventionen das Leben zu verlängern (Herschbach et al., 2008).

Wissenschaftliche Belege für positive Effekte psychoonkologischer Interventionen in Bezug auf Belastungen sind nach Senf und Kaiser (2013) für fast alle Bereiche nachgewiesen. Im Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF et al. (2012) wird jedoch festgehalten, dass Wirksamkeiten in Bezug auf Angst, Depression, psychisches Wohlbefinden und Lebensqualität nur bei folgenden Verfahren nachgewiesen wurden: Entspannungsverfahren, psychoedukative Gruppeninterventionen, psychotherapeutische Einzelsitzungen und psychotherapeutische Gruppenmaßnahmen. Nachgewiesene Wirksamkeiten fehlen somit im ausreichendem Maße für die künstlerischen Verfahren, die Paar- und Familiengespräche, sowie für das neuropsychologische Training.

3.3 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde aufgezeigt, dass Krebspatienten, nach dem kassenärztlichen Abrechnungssystem, kein klassisches Klientel der psychologischen Versorgung darstellen. Dennoch wurde anhand von Beispielen einzelner psychosozialer Bereiche die Notwendigkeit einer psychologischen Intervention aufgeführt. Diese ist in Abhängigkeit zur individuellen Krankheitslast zu betrachten. Die Aufgabe der Psychoonkologie besteht vor allem darin Effekte der Behandlung, wie Operation, Strahlen- und Chemotherapie, geschwächter Körper und Immunsystem, abzufedern und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Zur qualitativen Sicherung der medizinischen und psychologischen Interventionen, werden von der deutschen Rentenversicherung Leitlinienprogramme und Therapiestandards für Krebspatienten herausgegeben. In den Therapiestandards ist auch die Tanztherapie, als ein künstlerisches Verfahren der rehabilitativen Intervention, vorzufinden.

Im nächsten Kapitel wird daher auf die Tanztherapie eingegangen. Es wird erläutert, wie sich die Tanztherapie entwickelt hat, welche Behandlungsziele sie verfolgt und wie sie diese Ziele erreichen möchte. Außerdem wird auf den Nutzen dieser Art von Therapie bei Brustkrebspatientinnen eingegangen. Abschließend wird darüber diskutiert, inwieweit sich Tanztherapie auf den Genesungsprozess auswirken kann.

4 Tanztherapie in der Psychoonkologie

Unter dem Begriff der Tanztherapie ist eine Therapieform zu verstehen, die mit Hilfe künstlerischer und gestalterischer Bewegungselemente Psyche, Soma und Kognition positiv beeinflussen möchte. Sie zählt somit zu der Kreativ- oder Gestaltungstherapie (Margraf et al., 2009).

Zu den Spezialtherapien in der Psychoonkologie gehören die künstlerischen Therapien, wie Mal-, Musik-, Tanztherapie und therapeutisches Plastizieren. Sie dienen der Ergänzung des Standardprogramms, vor allem im Bereich der Nachsorge und Rehabilitation. Die Anerkennung als therapeutisches Verfahren im Versorgungssystem entwickelte sich erst in den letzten Jahren. 2004 wurden die künstlerischen Therapien in dem amtlichen *Operationen- und Prozedurenschlüssel* (OPS-301) aufgenommen. 2006 erfolgte die Übernahme der künstlerischen Therapien in die *Klassifikation therapeutischer Leistungen* (KTL) des deutschen Rentenversicherungsbundes. Mit der Aufnahme der künstlerischen Therapien 2008 in die S3-Leitlinien zur Behandlung von Patienten mit Brustkrebs wurde ein weiterer Meilenstein zur Anerkennung gelegt. Die künstlerischen Therapien befähigen den Patienten seine Ressourcen zu aktivieren und wiederzuerlangen. Mit Hilfe dieser ist es ihm möglich eigene Wege zu finden, um Krankheitslasten zu bewältigen. Diese Therapieformen betonen somit die Wiedererlangung gesundheitsförderlicher Eigenschaften. Zur weiteren Anerkennung der Verfahren werden spezifische Methoden und Forschungsinstrumente zur Erhebung von Auswirkungen verlangt (Gruber & Weis, 2013).

Die Tanztherapie als Interventionsform lässt sich im Leitlinienreport der deutschen Rentenversicherung für die Rehabilitation von Brustkrebspatienten unter der Rubrik *Künstlerische Therapien* wiederfinden. Sie dient zur Unterstützung der Krankheitsverarbeitung und wird als Tanz- und Bewegungstherapie betitelt. Damit ist die Anerkennung künstlerischer Therapien, sowie der Tanztherapie in der Versorgungslandschaft gesichert (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2008). Dennoch wird der Stellenwert der künstlerischen Therapie hinterfragt. Es fehlen staatlich anerkannte Ausbildungen, die eine berufsrechtliche und tarifliche Einordnung ermöglichen. Es herrscht demnach ein heterogenes Bild an Kreativtherapeuten, was eine Anstellung im klinischen Kontext erschwert. Die Löhne sind nicht einheitlich gestaltet und das Ansehen wird bei Leistungserbringern immer wieder in Frage gestellt. Neben den fehlenden Ausbildungsstandards in Kunst-, Gestalt-, Musik-, Bewegungs- und Körpertherapie wird zudem bemängelt, dass Studien zur Evaluation und Evidenz fehlen (Olbrich, 2007).

4.1 Theoretischer Hintergrund zur Tanztherapie

Die Tanztherapie entstand aus dem künstlerischen Bereich. Sie wurde entwickelt und abgeleitet von Profi- und Bühnentänzerinnen. In den 20er Jahren des vorherigen Jahrhunderts verlagerte sich der Schwerpunkt im Bühnentanz hin zu den Stilrichtungen des Ausdruckstanzes und des modernen Tanzes. Unter dem Einfluss von psychodynamischen Ansätzen und den veränderten Tanzstilen erkannten die Begründerinnen der Tanztherapie die therapeutische Möglichkeit des Tanzes, als Ausdrucksmittel inneren Erlebens. Erste Durchführungen der Tanztherapie entstanden um 1940 in den Vereinigten Staaten von Amerika. Marian Chace z. B. begann mit psychiatrischen Patienten zu arbeiten. Ihr Ansatz war es, dass Bewegungsverhalten Persönlichkeitsmuster widerspiegeln. Demnach würde eine Veränderung des Bewegungsmusters Auswirkungen auf die Persönlichkeit haben. Eine weitere Pionierin, Mary Whitehouse, war hingegen stärker vom psychodynamischen Ansatz geprägt. Ihr Ziel war es unterbewusste Vorgängen freizulegen und ihnen Ausdruck zu gewähren (Willke, 1999).

In Amerika haben sich demzufolge zwei Hauptströme in der Tanztherapie herausgebildet. Der sogenannte *Westküstenansatz* und der *Ostküstenansatz*. Beide folgen übergeordnet dem psychodynamischen Prinzip. Der Westküstenansatz beruht dabei eher auf den Lehren nach C. G. Jung und stellt „das befreiende Element des inneren Ausdrucks durch Tanz („authentic movement“) in den Vordergrund“ (Trautmann-Voigt, 2003, S. 220). Der Ostküstenansatz hingegen beruht auf den theoretischen Lehren nach Freud, Mahler, Winnicott und Férenczi (Trautmann-Voigt, 2003). 1966 wurde die erste Tanztherapie Vereinigung gegründet in New York unter der Leitung von Marian Chace. Die *American Dance Therapy Association* (ADTA) bewahrt die Qualitätssicherung des Berufsstandes und tritt für die Anerkennung der Tanztherapie im Kanon der Bewegungstherapien ein (American Dance Therapy Association, 2014). In Deutschland kam die Tanztherapie in den 70er Jahren auf. 1980 gründete sich unter der Leitung von Elke Willke die *Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie e.V.* (DGT) mit dem Schwerpunkt des integrativen Ansatzes. Der integrative Ansatz vereint neben tiefenpsychologischen Grundlagen sowohl verhaltenstherapeutische, als auch gestalttherapeutische Elemente. Einmal jährlich erscheint die Zeitschrift *Forum Tanztherapie* (Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie e.V., 2006).

1995 wurde zudem der *Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands* (BTD) etabliert. Er gilt mit über 500 Mitgliedern, als die größte Vereinigung für Tanztherapie in Deutschland und kooperiert mit der *European Association Dance Movement Therapy* (EADMT). Da der Begriff Tanztherapie berufsrechtlich nicht geschützt ist, gibt der Berufsverband einheitliche Ausbildungsstandards vor. Des Weiteren empfiehlt er Ausbildungsinstitute, kümmert sich um Qualitätssicherungen und kollektiviert wissenschaftliche Studien zum Thema Tanztherapie. Die Ausbildung zum Tanztherapeuten

erfolgt überwiegend berufsbegleitend in Ausbildungsinstituten. Voraussetzung ist ein abgeschlossenes Studium oder eine Ausbildung im gesundheitlichen, pädagogischen, sozialen oder künstlerischen Bereich (Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands BTD e.V., 2005). An Hochschulen ist die Ausbildung mit dem Schwerpunkt Tanztherapie vor allem an Sporthochschulen zu finden. In Heidelberg wurde 2012 der anwendungsorientierte Masterstudiengang von Tanz- und Bewegungstherapie an der SRH Hochschule akkreditiert (SRH Hochschule Heidelberg, 2014).

Tanztherapeuten sind mittlerweile im präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Bereich anzutreffen (Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands BTD e.V., 2005). Die Klientel erstreckt sich über den sonderpädagogischen Bereich mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen, sowie über psychisch und somatisch Erkrankte (Rick, 2007). Wissenschaftliche Studien zur Tanztherapie sind auf Grund der recht kurzen Anwendungszeit noch nicht im ausreichenden Maße vorhanden (Trautmann-Voigt, 2003). Weitergehend mangelt es an einer einheitlichen Theorie. Je nach Tanztherapieform unterscheiden sich Methode und Menschenbild (Bräuninger & Blumer, 2004).

Dennoch ist es möglich Grundannahmen für die Tanztherapie im Allgemeinen herauszuziehen. Im nächsten Abschnitt wird daher auf Merkmale einer tanztherapeutischen Intervention eingegangen, sowie auf mögliche Zielsetzungen im Behandlungsverlauf.

4.2 Interventionen und Ziele in der Tanztherapie

Eine psychotherapeutische Intervention setzt das „therapeutisch relevante Handeln des Therapeuten“ (Kehr, Kröger, Voigt & Trautmann-Voigt, 2007, S. 236) in einem therapeutischen Setting voraus. Konkret heißt dies, dass eine Methodik in einer Therapieform eingebettet ist und sich inhaltlich auf sie bezieht. Die Tanztherapie beruht vor allem auf den psychodynamischen Ansatz, sowie auf den humanistischen und gestalttherapeutischen (Margraf et al., 2009). Neben der theoretischen Verordnung wird eine tanztherapeutische Durchführung dann zur Intervention, wenn eine Diagnose gestellt wurde, ein Behandlungsziel vorliegt und das Erlebte verbal verarbeitet wird (Kehr et al., 2007).

Eine Diagnose geschieht vor allem über die Bewegung. Lilian Espenak entwickelte dafür eine vereinfachte Einteilung der Bewegung in ein Raster, um Rückschlüsse auf die Persönlichkeitsstruktur zu erhalten (Willke, 1999). Durchgesetzt hat sich mittlerweile die Bewegungsanalyse nach Laban. Dies ist eine Technik, um Bewegungen einzuschätzen und zu analysieren. Sie wurde entwickelt von Laban Ende der 20er Jahre des vorherigen Jahrhunderts und beruht auf den theoretischen Annahmen der Psychodynamik. Anhand von Videoaufnahmen werden Körperbewegungen und unbewusste Bewegungsmuster analysiert. Dabei werden Übertragungen und Gegenübertragungen berücksichtigt und integriert. Der

Körper wird somit als Kommunikationsmedium des Unterbewussten betrachtet. Eine weitere Rolle in der Analyse spielen dabei der Körperantrieb und Bewegungsfluss (Trautmann-Voigt, 2003).

Die Interventionen in der Tanztherapie beruhen vor allem darauf den Körper und die Psyche, sowie Affekte zu integrieren und ganzheitlich zu betrachten und zu fördern. Der Nutzen von tänzerischen Maßnahmen wird zurückgeführt auf archaische Zeiten. Dort diente der Tanz vor allem zur Durchführung von Ritualen und zum sozialen Miteinander. Getanzt wurde in der Gruppe und zum Geschichten erzählen. Heutzutage liegt der Fokus auf der Vereinigung von Körper und Seele. Neben der Bewusstwerdung des eigenen Körperausdrucks wird die Vergrößerung des Bewegungsradius angestrebt und neue Bewegungsmöglichkeiten erprobt. Dies kann im Gruppen- oder Einzelsetting stattfinden, mit und ohne Musik, sowie mit und ohne Vorgaben von Bewegungsmustern. Grundlagen sind dabei immer den eigenen Körper zu explorieren und auszudrücken (Willke, 1999).

Der Tanztherapeut soll bei diesem Prozess einführend und empathisch sein und die Bewegungen des Patienten deuten können. Weiterhin soll er unterstützend wirken, bei der Suche des Patienten nach dessen individuellen Ausdruck. Er hilft aber auch neue Ausdrucksmöglichkeiten aufzuzeigen und den Bewegungsradius des Patienten zu erweitern (Bertolaso, 2001).

Um die Behandlungsziele zu erreichen werden beispielsweise in der Integrativen Tanztherapie Tanztechniken erlernen, um neue Bewegungen zu erfahren. Dadurch ermöglichen sich dem Tanzenden neue Horizonte sich selber anders wahrzunehmen. Durch die Methode der Bewegungsspiegelung durch den Therapeuten oder die Gruppe, wird dem Patienten seine eigene Wirkung verdeutlicht und dargestellt. In der Improvisationsphase werden Erlebnisse und Empfindungen ausgedrückt und verarbeitet. Die verbale Verarbeitung des Erlebten unterstützt die Integration der körperbezogenen Erfahrung mit dem psychischen Erleben (Willke, 1999).

Um die Behandlungsziele der Tanztherapie darzustellen, ist anzumerken, dass sich ein einheitliches Konzept nicht festlegen lässt. Jede Tanztherapieform und Einrichtung verfolgt ein anderes Ziel. In den Leitlinien zur Behandlung von onkologischen Patienten ist beispielsweise seit 2004 die Tanztherapie aufgeführt unter der Rubrik *kreative Verfahren* und *symptomorientierte Verfahren*, als Teil der Psychoonkologie. Somit wird die Tanztherapie unter anderem als Bewegungsverfahren eingesetzt, um bestimmte Symptome, wie Schmerzen, zu lindern (Kunzmann, Aldridge, Gruber & Wichelhaus, 2005).

Geschichtlich betrachten, sehen die Begründerinnen der Tanztherapie den Patienten jedoch in der gesamten Einheit von Körper, Psyche und Geist. Wobei das Körperbild genutzt wird, psychische Vorgänge zu erkennen und Körperbewegungen dazu dienen, psychische

Vorgänge zu regulieren. Ein weiteres Ziel der Tanztherapie ist es die Wahrnehmung und Akzeptanz des Körperbilds zu verbessern (Trautmann-Voigt, 2003).

Generell zielt die Methode auf die körperliche, emotionale und soziale Ebene, als auch auf Einstellungen und Erleben ab. Nach dem Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands BTd e.V. (2005) setzen die Interventionen direkt an der Bewahrung der Gesundheit an, sowie an der Reduktion von Symptomen. Außerdem sollen Kompetenzen erworben werden, selbstbestimmt zu handeln und Beziehungen zu gestalten.

4.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Tanztherapie mittels tänzerischen Bewegungen und psychologischen Theorien eine ergänzende Therapieform darstellt im Kreis der künstlerischen und bewegungsorientierten Interventionen. Bei der Behandlung von Krebspatienten, gilt die Tanztherapie als sanfte, alternative Maßnahme zur medizinischen Versorgung. Sie fällt unter den Bereich der Psychoonkologie. Ihrer Anschauung nach setzt eine Genesung ein, wenn Körper und Psyche zusammenarbeiten.

Die theoretischen Grundlagen der Tanztherapie setzen sich aus verschiedenen Ansätzen zusammen, mit entsprechendem Menschenbild und methodischem Vorgehen. Abhängig davon bedingt sich das Behandlungsziel. Das übergeordnete Ziel ist jedoch immer gesundheitsfördernd zu wirken, die Zusammenarbeit von Körper und Psyche zu unterstützen und individuelle Wege zur Krankheitsverarbeitung zu finden.

5 Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Der Begriff der Lebensqualität kam in der Forschung zunächst im sozialwissenschaftlichen Kontext auf. Lebensqualität wurde dabei im Zusammenhang mit Lebensbedingungen und Arbeitsverhältnissen betrachtet. Seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts tauchte der Begriff vermehrt im medizinischen Bereich auf (Herschbach, 2012). Hierbei liegt jedoch der Schwerpunkt auf der gesundheitsbezogenen Komponente mit der Bezeichnung *gesundheitsbezogene Lebensqualität*. Das Interesse an der Lebensqualität im Bereich der Medizin ging einher mit drei bedeutsamen Entwicklungen. Zum einen mit der Veränderung des Krankheitsbildes in der westlichen Bevölkerung. Infektionserkrankungen wurden weniger, da sich die Hygiene verbesserte und Nahrung qualitativ hochwertiger wurde. Die Lebenserwartung der Bevölkerung steigt, doch in Folge dessen nehmen chronisch-degenerativen Erkrankungen zu. Diese Erkrankungen kennzeichnen sich aus durch einen unheilbaren Verlauf, oft mit langandauerndem Behandlungszeitraum. Die bringt wiederum höhere, finanzielle Ausgaben im Gesundheitssystem mit sich (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000).

Im Zusammenhang der gesundheitsbezogenen Lebensqualität steht zudem die Definition von Gesundheit der *World Health Organization* (WHO) von 1948. Gesundheit wird dort als physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden einer Person definiert (World Health Organization, 2003). Dies hat zur Folge, dass das erkrankte Individuum nicht nur auf der körperlichen Ebene betrachtet wird, sondern im Kontext mit seinen subjektiven Bedürfnissen und Fähigkeiten (Angermeyer et al., 2000).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein Konstrukt, welches indirekt beobachtbar ist. Es ist weit gefasst und beinhaltet verschiedene Dimensionen. Bullinger, Ravens-Sieberer und Siegrist (2000) gehen von vier Dimensionen aus und teilen die gesundheitsbezogene Lebensqualität in psychisches, körperliches, soziales Befinden und in funktionale Kompetenz auf.

Tecic, Walgenbach und Neugebauer (2010) unterteilen hingegen die gesundheitsbezogene Lebensqualität in drei Bereiche, in die somatische, die soziale und die psychische Ebene. Die somatische Ebene erfasst körperliche Symptome und Funktionsfähigkeit, sowie Arbeitsfähigkeit. Die soziale Ebene schließt die Bereiche des Familienlebens, der sozialen Kontakte und des Sexuallebens mit ein. Die psychische Dimension erfasst Zukunftsperspektiven, Depressivität und Ängste. Eine Zusammenfassung der drei Ebenen nach Tecic et al. (2010) ist in der Tabelle 3 gegeben.

Tabelle 3

Dimensionen der Lebensqualität (Tecic et al., 2010)

Gesundheitsbezogene Lebensqualität		
Somatische Dimension	Soziale Dimension	Psychische Dimension
<ul style="list-style-type: none"> • Körperliche Symptome • Körperliche Funktionsfähigkeit • Arbeitsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Familienleben • Soziale Kontakte • Sexualeben 	<ul style="list-style-type: none"> • Zukunftsperspektiven • Depressivität • Angst

Durch die Darstellung zwei verschiedener Auffassungen von gesundheitsbezogener Lebensqualität wird deutlich, dass Lebensqualität ein Konstrukt ist, das unterschiedlich interpretiert und eingeteilt werden kann. Entscheidend ist jedoch dabei die subjektive Wahrnehmung. Dennoch stellt die gesundheitsbezogene Lebensqualität nur einen Teil des Gesundheitszustands einer Person dar. Die Diagnosestellung durch eine Fachperson muss ebenfalls erfolgen (Tecic et al., 2010).

Nachdem allgemein auf das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingegangen wurde, wird im Folgenden dargelegt, welche Typen an Fragebögen es zur Erfassung des Konstrukts gibt. Dies ist bedeutsam, um zu veranschaulichen, wie Lebensqualität im wissenschaftlichen Kontext empirisch erhoben werden kann. Des Weiteren ist die Darstellung entscheidend, um Messinstrumente auf ihre Güte hin zu unterscheiden, sowie Möglichkeiten und Grenzen der Erhebungsinstrumente einschätzen zu können.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird meist psychometrisch erfasst. Dies bedeutet, dass die „Lebensqualität in mehreren Dimensionen“ (Tecic et al., 2010, S. 88) aufgezeichnet wird. Psychometrische Fragebögen sind zu unterscheiden in Profilinstrumente und Indexinstrumente. Profilinstrumente erfassen die einzelnen Dimensionen getrennt ohne einen Gesamtwert. Indexinstrumente hingegen erheben zusätzlich einen Gesamtwert. Dieser Gesamtwert soll angeben, wie die Lebensqualität im Allgemeinen zu bewerten ist. Das bringt jedoch einen Informationsverlust mit sich, da höher ausfallende Bereiche sich mit niedrig ausfallenden Bereichen aufheben. In der Anwendung wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität hauptsächlich erhoben, um Interventionen zu beurteilen und Effekte zu messen. Die Änderungssensitivität gibt dabei an, wie gut Veränderungen über die Zeit hinweg mit dem Instrument erfasst werden können (Tecic et al., 2010).

Neben der Unterscheidung in Profil- und Indexinstrumente gibt es die Differenzierung in generische und krankheitsspezifische Fragebögen. Diese werden im nächsten Abschnitt anhand von Beispielen dargestellt. Die Beispiele beziehen sich dabei auf Instrumente, die in der Erforschung der Lebensqualität bei onkologischen Patienten häufig anzutreffen sind.

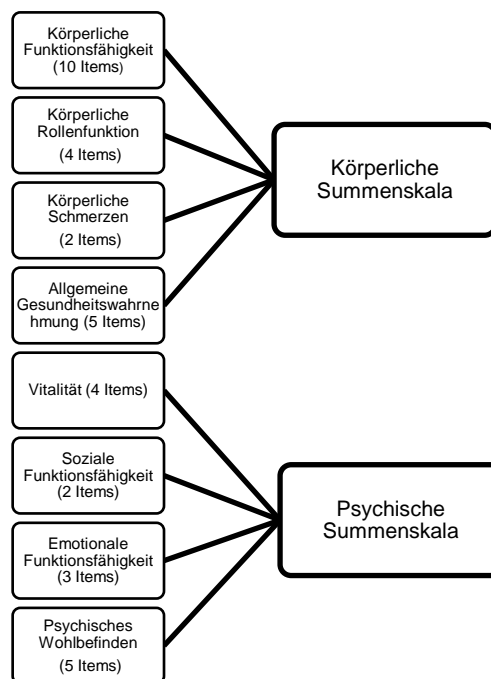
5.1 Generische Messverfahren

Generische, bzw. allgemeine Verfahren zur Erhebung von gesundheitsbezogener Lebensqualität dienen der Erfassung subjektiver Gesundheit von Populationen. Anwendung finden diese Verfahren vor allem im Bereich der gesundheitsbezogenen Forschung, sowie im Bereich der Public-Health. Das Krankheitsbild ist dabei nicht entscheidend und kann vernachlässigt werden. Einige bedeutende Erhebungsinstrumente aus dem amerikanischen Raum sind bspw. das *Sickness Impact Profil* (SIP) oder das *Nottingham Health Profile* (NHP). Neben den krankheitsübergreifenden Instrumenten wurden vermehrt kulturübergreifende Instrumente entwickelt. Die *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) hat den *World Health Organization – Quality Of Life* (WHO-QOL) herausgegeben. Im europäischen Bereich gibt es den *Euro-Quality Of Life* (EQ-5D), herausgegeben von der EuroQol Group. Ein weiteres Instrument, das aufgrund seiner psychometrischen Qualität und Ökonomie mittlerweile weit verbreitet ist und häufig genutzt wird, ist der *Short Form-36 Health Survey* (SF-36) (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011). Dieser wird nun im Folgenden näher erläutert. Er ist relevant, um die Qualität einer aufgeführten Studie in dieser Arbeit beurteilen zu können.

Der *Short Form-36 Health Survey* (SF-36) ist ein generisches Profilinstrument zur Erhebung von Gesundheit und Lebensqualität. Er wurde entwickelt auf der Basis der *Medical Outcomes Study* (MOS). Der Fragebogen ist international anwendbar und in über 15 Sprachen erhältlich (Bullinger, Petersen & Mehnert, 2006). Er liegt als Selbstauskunftsbogen, zur Fremdbeurteilung und in Interviewform vor. Der SF-36 setzt sich aus 36 Items zusammen, dabei sind 35 Items in acht Dimensionen eingeteilt. Das letzte Item dient der Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes im Vergleich zum vorherigen Jahr. Die acht Dimensionen sind aufgeteilt in zwei Skalen zur Erhebung der physischen und mentalen Gesundheit. Eine soziale Skala wird nicht extra erhoben. Das Instrument unterliegt somit einer „Bidimensionalität“ (Morfeld et al., 2011, S. 10). Die Antwortmöglichkeiten sind binär bis sechsstufig eingeteilt. Je nach Einschränkungsgangrad des Befragten beträgt die Anwendungsdauer 7-10 Minuten. Neben der Version mit 36 Items, gibt es eine Version mit 12 Items (SF-12). Das Durchführungsalter beginnt mit 14 Jahren (Bullinger & Kirschberger, 1998).

Tabelle 4

Darstellung der Items, Dimensionen und Skalen des SF-36 (Morfeld et al., 2011)



In der Tabelle 4 werden die zwei Skalen mit den acht Dimensionen und der jeweiligen Anzahl an Items dargestellt. Zu berücksichtigen ist, dass die Dimension *Soziale Funktionsfähigkeit* mit nur 2 Items leicht unterrepräsentiert ist, im Gegensatz zu den anderen Dimensionen (Bullinger & Kirschberger, 1998).

Mittlerweile wurde die zweite überarbeitete Auflage des SF-36 herausgegeben. Die Zuordnung der Items zu den acht Dimensionen blieb erhalten. Des Weiteren blieb die Formulierung der Items dieselbe. Zahlreiche Anwendungsstudien wurden recherchiert, die den SF-36 gebrauchten und die daraus gewonnenen psychometrischen Werte (Ergebnisse) wurden ergänzt. Außerdem wurden Vergleichsdaten hinzugefügt und die Normstichprobe erneuert (Morfeld et al., 2011). Es liegen weitere modifizierte Instrumente vor, in verschiedenen Versionen. Zum einem der SF-6D mit 20 Items und der SF-8 mit 8 Items (Jäger et al., 2009).

Der Anwendungsbereich des SF-36 ist weit gefasst. Sowohl gesunde Personen als auch erkrankte Personen können das Verfahren nutzen. Er wird bei somatischen und psychischen Erkrankungen angewendet. Außerdem wird er häufig in der Wissenschaft genutzt, um Vergleiche zwischen Populationen verschiedener Krankheiten zu erheben oder um Effekte von Behandlungsmaßnahmen zu bestimmen (Tecic et al., 2010).

5.2 Krankheitsspezifische Messverfahren

Krankheitsspezifische Messverfahren werden überwiegend eingesetzt, um konkrete medizinische Maßnahmen zur Behandlung einer definierten Krankheit einzuschätzen. Somit geben die Messergebnisse direkte Auskunft über die Wirksamkeit einer Intervention. Krankheitsspezifische Instrumente verfügen über eine hohe Änderungssensitivität im Gegensatz zu generischen Instrumenten. Das heißt, sie können Veränderungen erheben, die zum Beispiel durch eine Intervention hervorgerufen wurden. Nachteilig ist jedoch, dass sie nur Vergleiche innerhalb einer speziellen Patientengruppe erlauben. Krankheitsspezifische Messverfahren werden häufig angewandt aufgrund der einfachen Handhabung, dem kostengünstigen Einsatz und dem geringen Zeitaufwand. Diese Instrumente sind vor allem für die Bereiche der Onkologie, der Chirurgie, sowie für Herz-Kreislaufpatienten entwickelt worden (Tecic et al., 2010).

In der Tabelle 5 werden zwei Instrumente aus dem onkologischen Bereich vorgestellt, die im Folgenden näher erläutert werden. Sie dienen zur Messung der Lebensqualität bei Krebspatienten. Aufgrund ihrer psychometrischen Eigenschaften sind sie weit verbreitete.

Tabelle 5

Krebsspezifische Fragebögen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Tecic et al., 2010)

Instrument	Autoren	Ursprungsland	Kennzeichen	Durchführungszeit
EORTC QLQ-C30	Aaronson et al., 1993	UK	30 Items Selbstbeurteilung	10 Minuten
FACT-B	Cella et al., 1993	USA	37 Items Selbstbeurteilung	10 Minuten

Anmerkungen. EORTC QLQ C-30 = European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30; FACT-B = Functional Assessment of Cancer Therapy - For patients with Breast cancer; UK = United Kingdom; USA = United States of America.

Die *European Organisation for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) hat 1980 begonnen ein Messverfahren zu entwickeln, das die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Krebspatienten erheben soll. Es heißt *Quality Of Life Questionnaire-C30* (QLQ-C30). Die Intension des Verfahrens ist es, die unterschiedlichen Krebserkrankungen möglichst vielfältig zu erfassen. Dafür gibt es einen Hauptfragebogen, der für alle Krebsarten gültig ist. Des Weiteren sind ergänzende Teilfragebögen vorhanden, die auf spezifische Krebsarten eingehen. Somit ist der QLQ-C30 ein umfangreiches Instrument zur Erhebung von

gesundheitsbezogener Lebensqualität bei Krebspatienten. Der Fragebogen besteht aus fünf funktionalen Skalen (körperliche, emotionale, soziale, kognitive Funktion und Rollenfunktion), drei Symptomskalen (Schmerz, Fatigue, Übelkeit/Erbrechen) und einzelnen Items, wie Atemnot, Schlafstörungen, Appetitverlust, Verstopfung, Diarrhoe und finanzielle Folgen der Erkrankung (Aaronson et al., 1993; Bullinger et al., 2006).

Der QLQ-C30 ist international anerkannt und in über 80 Sprachen übersetzt. Die Zusatzmodule sind für spezifische Krebsarten, wie bspw. Brust-, Lungen-, Speiseröhren-, Eierstock-, Prostatakrebs, Leukämie etc. vorhanden (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Department, n. d.).

Die *Functional Assessment of Cancer Therapy* Skala (FACT) wurde 1993 entwickelt. Sie bildet die Grundlage für weitere Fragebogentypen. Der FACT-G ist das Grundinstrument zur Erfassung von Lebensqualität bei allen Krebstypen. Der Fragebogen Version 4.0 besteht aus 27 Items, die körperliches, soziales, emotionales und funktionales Wohlbefinden abbilden. Neben der Version mit 27 Items gibt es eine Kurzversion mit sieben Items. Außerdem liegen Versionen für 20 spezifische Krebsformen vor, sowie Versionen zur Erfassung von behandlungsspezifischen Werten und symptom-spezifischen Maßen. Zur Messung der Lebensqualität bei Brustkrebs liegt ergänzend zu der FACT-G Skala der FACT-B mit 10 weiteren Items vor. Die Antwortskala ist fünfstufig konzipiert. Die psychometrischen Eigenschaften des FACT-G weisen akzeptable Werte in Reliabilität, Validität und Sensitivität auf (Bullinger et al., 2006).

Tabelle 6

Dimensionen und Skalen des European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30 (EORTC QLQ-C30) und Functional Assessment of Cancer Therapy – General (FACT-G) im Vergleich (Kemmler et al., 1999)

	EORTC QLQ-C30 (Version 3.0)		FACT-G (Version 4.0)	
Charakteristik	Domänen	Anzahl der Items	Domänen	Anzahl der Items
Gesamter Fragebogen Subskalen		30		27
	Physische Funktion	5	Physisches Wohlbefinden	7
	Soziale Funktion	2	Soziales/familiäres Wohlbefinden	7
	Emotionale Funktion	4	Emotionales Wohlbefinden	6
	Kognitive Funktion	2	-----	
	Rollenfunktion	4	Funktionales Wohlbefinden	7
	Symptomskala und Symptome	10	-----	
	Finanzielle Folgen	1	-----	
	Globale Lebensqualität	2	-----	
Antwortskalen	4-stufig, ordinal	28	5-stufig, ordinal	Alle
	7-stufig, ordinal	2		
Satzbau der Items	Fragestellungen	Alle	Aussageform	Alle

Die Tabelle 6 zeigt die Dimensionen und Skalen des EORTC QLQ-C30, Version 3.0 und des FACT-G, Version 4.0 im Vergleich auf. Beide Verfahren weisen ein ähnliches Konzept auf. Sie bestehen aus einem Hauptinstrument, welches durch spezifische Instrumente zur Erhebung einzelner Krebsarten ergänzt werden kann. Inhaltlich lassen sich jedoch Unterschiede erkennen. Der EORTC QLQ-C30 weist mehr Domänen auf. Die Domänen fokussieren dabei verstärkt die somatische Seite der Erkrankung. Auch in Bezug auf die soziale Dimension, bleibt der QLQ-C30 somatisch orientiert, bspw. „Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Familienleben beeinträchtigt“ (EORTC QLQ-C30, Version 3.0). Der FACT-G hingegen erhebt bspw. soziales Wohlbefinden unabhängig vom körperlichen Zustand: „Ich erhalte emotionale Unterstützung von meiner Familie“ (FACT-G, Version 4.0).

Neben der inhaltlichen Divergenz ist zudem die Syntax der Items unterschiedlich aufgebaut. Die Items des QLQ-C30 sind in Frageform formuliert („Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten...“), während die Items des FACT-G als Aussagesätze konzipiert sind („Ich habe...“). Obwohl die beiden Verfahren ähnlich aufgebaut sind, erheben sie die Lebensqualität mit unterschiedlichem Schwerpunkt. Kemmler et al. (1999) verglich in einer Studie beide Verfahren anhand von Korrelationen. 244 Patienten mit Brustkrebs und der

Hodgkins Erkrankung füllten während einer Behandlung die Fragebögen gleichzeitig aus. Es stellte sich heraus, dass beide Instrumente Lebensqualität unterschiedlich messen. Die Korrelation der sozialen Domäne fiel bspw. sehr niedrig aus ($r = .14$).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die soziale Domäne des QLQ-C30 unterrepräsentiert ist, was sich negativ auf eine umfangreiche Erhebung der Lebensqualität auswirken kann. Der FACT-G hingegen ist unterrepräsentiert mit der kognitiven Dimension. Es ist jedoch zu hinterfragen, inwieweit die kognitive Dimension zur Erhebung der Lebensqualität notwendig ist. Bei der Erhebung von gesundheitsbezogener Lebensqualität sind demnach die Eigenschaften der Messinstrumente zu berücksichtigen und je nach Schwerpunkt auszuwählen (Kemmler et al., 1999).

5.3 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde der Entstehungshintergrund der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erläutert. Es wurde festgestellt, dass die Lebensqualität ein mehrdimensionales Konstrukt ist, welches nicht direkt beobachtbar ist. Mithilfe von unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten ist es jedoch möglich dieses zu messen. Vertieft wurden Beispiele von allgemeinen und krankheitsspezifischen Instrumenten dargestellt. Generische Instrumente erheben dabei die Lebensqualität im allgemeinen Sinne, wohingegen krankheitsspezifische Instrumente auf die jeweilige Krankheit abgestimmt sind. Des Weiteren wurde festgestellt, dass generische Instrumente dazu dienen verschiedene Krankheitsgruppen miteinander zu vergleichen, während krankheitsspezifische Instrumente dazu dienen verschiedene Interventionen bei ein und derselben Krankheitspopulation zu erheben.

Nachdem der theoretische Hintergrund zur Fragenstellung dieser Arbeit erläutert wurde, wird im nächsten Kapitel die Lage der empirischen Erhebungen dargestellt.

6 Effekte von Tanztherapie bei Brustkrebspatientinnen in Bezug auf Lebensqualität

In diesem Kapitel werden die vorangegangenen, theoretischen Konstrukte, Erläuterungen und Erkenntnisse anhand von empirischen Studien zusammengefasst und ausgewertet. Die formulierte These dabei lautet, dass Tanztherapie auf die Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen einen positiven Einfluss hat. Es werden die aktuellsten Forschungen zu diesem Thema vorgestellt. Zuerst werden konkrete Erhebungen präsentiert, die nach der statistischen Bedeutsamkeit geordnet sind. Anschließend werden entsprechende Metaanalysen und Reviews aufgezeigt.

6.1 Spezifische Untersuchungen

Die Hauptstudie, die die These stützt, wurde 2005 in Nordamerika von Sandel et al. publiziert. Das Studiendesign entspricht hohem wissenschaftlichem Anspruch, da es eine *randomisierte, kontrollierte Studien* (RCT) ist. Die Teilnehmerinnen wurden per Zufall ausgewählt und einer Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen. Bedingung bei der Auswahl war, dass die Teilnehmerinnen in den letzten fünf Jahren eine Operation an der Brust erfahren hatten. Angesprochen wurden demnach weibliche Brustkrebspatientinnen. Insgesamt wurden für diese Pilotstudie 35 Frauen rekrutiert, die jeweils an einem 12-wöchigem, ambulanten Programm teilnahmen, zu 18 Sitzungen à 60 Minuten. Das Alter der Teilnehmerinnen lag zwischen 38 und 82 Jahren, bei einem durchschnittlichen Alter von 61 Jahren. Nicht eingeschlossen in die Studie wurden Krebspatientinnen mit nachweisbaren Metastasen und Patientinnen, die nicht länger als drei Minuten frei stehen konnten. Da die Studie eine Kreuzstudie war, nahmen sowohl die Interventionsgruppe, als auch die Kontrollgruppe versetzt am Behandlungsprogramm teil. Die Maßnahme in der Interventionsgruppe erfolgte in Woche 1 bis 12 und für die Wartegruppe in Woche 13 bis 25. Getestet wurde auf gesundheitsbezogene Lebensqualität, auf Schulterbeweglichkeit (ROM) und auf das Körperbild. Um die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu messen, wurde zum einen das generische Messinstrument SF-36 eingesetzt und zum anderen das krankheitsspezifische Instrument FACT-B.

Die Intervention wurde von einer registrierten Tanz- und Bewegungstherapeutin durchgeführt und richtete sich nach der *The Lebed Methode*. Dies ist eine Bewegungsmethode, die speziell für Brustkrebspatienten entwickelt wurde. Durch gezielte Übungen und Dehnungen der Arme soll die Beweglichkeit erhöht werden. Die Therapiestunden erfolgten nach einem festgelegten Schema. Zuerst wurde eine Aufwärmphase durchgeführt, bei der Körperübungen vorgegeben wurden. Darauf folgte der

tänzerische Teil mit entsprechender Musik. Dieser wurde teils angeleitet und teils freigestaltet. Der emotionale Fokus lag eher auf positiven Gefühlen und auf das Empfinden von Freude. Die Stunde wurde abgeschlossen mit langsamen Bewegungen, die zur Ruhe führten und einer abschließenden Befindlichkeitsrunde.

Die Messung der Lebensqualität erfolgte drei Mal, einmal zu Beginn, nach der 12. Woche und am Ende der Intervention. Für die gesundheitsbezogene Lebensqualität war eine signifikante Verbesserung in beiden Gruppen, nach der jeweiligen Intervention, festzustellen. Hervorzuheben ist, dass sich die erhöhte Lebensqualität der Interventionsgruppe selbst in der 25. Woche hielt. Körperbild und Schulterbeweglichkeit veränderten sich in beiden Gruppen gleichzeitig und unabhängig von der Intervention. Sie können daher nicht als signifikant gelten.

Um diese Studie zu bewerten, werden verschiedene Ebenen betrachtet. Die methodische Ebene entspricht dem Goldstandard des wissenschaftlichen Forschens. Das Kreuzstudiendesign hat zudem den Vorteil, dass einerseits Resultate aus zwei Gruppen gezogen werden können. Somit ist eine doppelte Aussagekraft gegeben. Andererseits ist es möglich Aussagen zu treffen zur zeitlichen Stabilität der Veränderung in der Interventionsgruppe. Für eine Bewertung der Aussagekraft der Studie, fällt auf, dass die Maßnahme sich stark an bewegungstherapeutische Elemente richtete und weniger an künstlerische. Nach der Beschreibung der Intervention wurden viele Bewegungen vorgegeben und ließen wenig Freiraum zum kreativen Ausdruck zu. Das Ziel eine Verbesserung der Schulterbeweglichkeit zu erreichen, bedingte anzunehmender Weise den sportiven Charakter. Hinzukommt der Schwerpunkt auf positive und glücksbringende Gefühle. Dadurch wurde der Fokus in eine Richtung gelenkt und entspricht auch hier weniger dem kreativen Umgang mit dem gesamten Spektrum an Gefühlen. Die Frage, die sich hieraus ergibt, lautet demnach, welche Absicht verfolgt die Tanztherapeutin mit ihrer Intervention.

Anhand der Ergebnisse des FACT-B kann auf eine Verbesserung der Lebensqualität geschlossen werden. Die beiden Skalen der psychischen und körperlichen Gesundheit des SF-36 wurden getrennt ausgewertet. Sie geben ein heterogenes Bild ab. Insgesamt zeigen die Ergebnisse jedoch, dass eine nicht signifikante Steigerung der jeweiligen Bereiche zu verzeichnen ist.

Tabelle 7

Überblick der Studien zur Messung von Effekten der Tanztherapie bei Krebspatientinnen

Jahr	Autor	N Zielgruppe	Design, Methode	Dauer, Häufig- keit	Zielgrößen	Mess- instrumente
2013	Mannheim et al.	115 Krebs allgemein	Ein-Gruppen- Prä-Post- Design	90 Min. 2- bis 14- mal	Lebensqualität, Psychische Belastungen, Selbstbild	EORTC QLQ C- 30 HADS FSKN
2005	Mannheim et al.	77 Krebs allgemein	Ein-Gruppen- Prä-Post- Design	90 Min. 3- bis 14- mal	Lebensqualität, Psychische Belastungen, Selbstbild	EORTC QLQ C- 30 HADS FSKN
2005	Sandel et al.	35 Brustkrebs	Randomisierte, kontrollierte Studie	60 Min. 18-mal	Lebensqualität, Schulterbeweglich- keit, Körperbild	FACT-B SF-36 BIS

Anmerkungen. BIS = Body Image Scale; EORTC QLQ C-30 = European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30; FACT-B = Functional Assessment of Cancer Therapy - For patients with Breast cancer; FSKN = Frankfurter Selbstkonzeptskala; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; N = Anzahl der Teilnehmerinnen; SF-36 = Medical outcomes study – short form.

In der Tabelle 7 werden wichtige Abgaben zur Verdeutlichung der empirischen Erhebungen, dargelegt.

Die zweite Studie, die sich dem Thema Tanztherapie, Lebensqualität und Onkologie widmet, wurde 2013 von Mannheim, Helmes und Weis veröffentlicht. Diese explorative Studie wurde durchgeführt in einer deutschen, stationären onkologischen Rehabilitationseinrichtung. Es wurde ein Ein-Gruppen-Prä-Post-Design gewählt. Somit liegt keine Kontrollgruppe vor und die Ergebnisse dürfen nicht als Effektstärken interpretiert werden. Dennoch können anhand der Ergebnisse Wirkungsweisen von Tanztherapie erschlossen werden. Geforscht wurde nach psychischen Belastungen, wie Depression und Angst, gesundheitsbezogener Lebensqualität und dem Selbstkonzept. Die Studie umfasste 115 Teilnehmerinnen zwischen 24 und 80 Jahren, mit einem Durchschnittsalter von 52 Jahren. Die Patientinnen wiesen unterschiedliche Krebsdiagnosen auf, wobei 67% von ihnen Brustkrebs hatten. Die Erstdiagnose lag zwischen drei Monaten und zwei Jahren zurück. Zu beachten ist, dass die Teilnehmerinnen während der Intervention an weiteren Maßnahmen teilnahmen, wie Sport, Entspannungsverfahren, Rückenschule, Massagen, psychologischem Gespräch etc. Als Ausschlusskriterium galt allein eine weitere künstlerische Intervention.

Die Tanztherapieeinheiten wurden von einer zertifizierten Therapeutin geleitet. Sie fanden zwei bis drei Mal die Woche statt, für jeweils 90 Minuten. Wahrgenommen wurden die Sitzungen von den Teilnehmerinnen zwischen 2- bis 14-mal. Die Sitzungen erfolgten einem gleichbleibenden, vierteiligen Schema. In der ersten Phase wurden Übungen zur Erwärmung und zur Steigerung der Beweglichkeit durchgeführt. In der zweiten Phase wurde erlebnisorientiert getanzt, mit leichten Vorgaben, wie ‚den Boden spüren‘ etc. In der dritten Phase wurde themenzentriert getanzt. Ein übergeordnetes Thema wurde vorgegeben, wie ‚Führen und sich führen lassen‘ oder ‚Abbau negativer Emotionen‘. Innerhalb dieses Themas bewegten sich die Teilnehmerinnen frei. Zum Abschluss wurde das Erlebte verbal in einer Gesprächsrunde ausgetauscht.

Die Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfolgte dreimal. Die erste Messung fand vor der Intervention statt, die zweite Messung nach der Interventionsphase und die dritte Messung erfolgte drei Monate nach der Rehabilitation. Zur Messung der Lebensqualität wurde der EORTC QLQ-C30 eingesetzt. Zur Einschätzung der psychischen Belastung wurde die *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) angewandt. Und zur Erhebung des Selbstbildes wurde die *Frankfurter Selbstkonzeptskala* (FSKN) verwendet. Die Ergebnisse zeigten in allen erhobenen Bereiche signifikante Verbesserungen.

Mithilfe einer quantitativen Erhebung zur subjektiven Einschätzung der Tanztherapie, wurden durch die Patientinnen genannt, dass die Maßnahme Verbesserungen brachte im Bereich der emotionalen Ausdrucksfähigkeit, des Selbstwertgefühls, der Vitalität, der Persönlichkeitsentwicklung und der Ausgeglichenheit. Die Tanztherapie hatte dagegen kaum Auswirkungen auf die Komponente des sozialen Miteinanders.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass davon ausgegangen werden kann Effekte von Tanztherapie auf Lebensqualität, psychische Belastungen und Körperbild bei Mannheim et al. (2013) zu finden. Aufgrund des Studiendesigns ist es jedoch nicht möglich Aussagen über eventuelle Effektstärken zu erheben. Hinzukommen die zusätzlichen therapeutischen Angebote, die zur selben Zeit stattfanden und gewiss Einfluss auf die Zielparameter hatten. Der Aufbau der Interventionseinheiten entspricht dem Standard künstlerischer Therapien. Es wurden genügend Freiräume für kreativen Ausdruck geschaffen und Emotionen einen Raum gegeben, um sich ausdrücken zu können. Ergebnisse der Erhebung nach drei Monaten lagen der Studie nicht bei. Dennoch wären diese Ergebnisse interessant in Bezug auf den Langzeiteffekt von rehabilitativen Maßnahmen.

Der Studie von Mannheim et al. (2013) geht eine Erhebung von Mannheim und Weis (2005) voraus. Das Setting, der Erhebungsort, das Design und die Messinstrumente waren dabei dieselben. In die Studie wurden 77 Krebspatientinnen eingeschlossen, die zwischen 3- und 14-mal an der Maßnahme teilnahmen. Die Patientinnen nahmen zeitgleich an weiteren Interventionen wie Sport, Entspannung, kunsttherapeutischem Verfahren oder

psychologischem Gespräch teil. Die Ergebnisse der Lebensqualitätsmessung durch den EORTC QLQ C-30 zeigten hoch signifikante Verbesserungen in den Bereichen Rollenfunktion, Emotionale Funktion, psychische Funktion und Fatigue. Mittlere Signifikanzen konnten festgestellt werden im Bereich der sozialen Funktion. Keine signifikante Verbesserung gab es hingegen bei Schmerzsymptomen. Aus den Selbstauskünften der Teilnehmerinnen zu der Frage, was ihnen die Tanztherapie gebracht hätte, wurden Merkmale aufgezählt wie Steigerung des Wohlbefindens, emotionaler Ausdruck, Persönlichkeitsentwicklung, verbesserte Vitalität, Steigerung der Beweglichkeit etc.

Diese Studie erzielte ähnliche Ergebnisse, wie die Erhebung von 2013 durch Mannheim et al. In dieser Phase wurden vor allem die Instrumente auf ihre Tauglichkeit hin überprüft. Es kann angenommen werden, dass Tanztherapie einen Nutzen hat für Patientinnen in der onkologischen Rehabilitation.

Zusammenfassend ist eine Verbesserung der Lebensqualität in den Erhebungen ausfindig zu machen. Die empirische Beweiskraft ist jedoch mit Einschränkungen zu berücksichtigen. Des Weiteren werden Hinweise auf mögliche psychische Wirkungsweisen der Intervention gegeben, die sich mit den theoretischen Annahmen im Kapitel 4 zur Tanztherapie decken.

6.2 Allgemeine Untersuchungen

Nachfolgend wird die Lage der Reviews und Metaanalysen zu diesem Thema aufgezeigt. In der Tabelle 8 werden dazu die Erhebungen chronologisch geordnet dargestellt.

Tabelle 8

Überblick über Reviews und Metaanalysen zum Thema Tanztherapie bei Krebspatienten

Jahr	Autor	Design	Anzahl Studien	Zielgrößen	Interventionsformen
2014	Boehm et al.	Review, Metaanalyse	13	Lebensqualität Depression Angst	Musiktherapie, Tanz- und Bewegungstherapie, Kunsttherapie
2011	Bradt et al.	Review	2	Lebensqualität, Psychische Belastungen, Physische Belastungen	Tanz- und Bewegungstherapie
2011	Duijts et al.	Metaanalyse	56	Lebensqualität, Fatigue, Depression, Angst, Körperbild, Stress	Aerobic, Gewichtstraining, Lauftraining, Tanz- und Bewegungstherapie
2009	Bicego et al.	Review	9	Lebensqualität	Aerobic, Widerstandstraining, Tanz- und Bewegungstherapie, Sitztherapie, Tai Chi

Das Review von Boehm, Cramer, Staroszynski und Ostermann (2014) beschäftigte sich mit der Wirkungsweise künstlerischer Therapien auf psychische Belastungen, wie Depression und Angst, sowie der Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen. Dafür wurden 13 Studien recherchiert, die ein künstlerisches Verfahren einschlossen, wie Musiktherapie, Tanztherapie oder Kunsttherapie. Im Bereich der Tanztherapie wurde die Studie von Sandel et al. (2005) eingeschlossen. Die statistische Zusammenfassung der Ergebnisse zeigte kein signifikantes Ergebnis in Bezug auf Depression und Lebensqualität, jedoch auf Angststörungen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die künstlerischen Interventionsformen sehr unterschiedlich gestaltet sind und somit einen Vergleich erschweren. Trotz der unzureichenden Erkenntnisse werden künstlerische Therapien im Prozess der individuellen Krankheitsverarbeitung für Brustkrebspatientinnen empfohlen.

Die Studiengruppe um Bradt, Goodill und Dileo publizierte 2011 ein Review mit der Forschungsfrage nach Verbesserungen von psychischen und körperlichen Parametern durch

Tanz- und Bewegungstherapie bei Krebspatientinnen. Es wurden zwei relevante Studien eingeschlossen, unter anderem die Studie von Sandel et al. (2005). Dieses Review bestätigt die große positive Wirkung der Tanztherapie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, dementiert jedoch die Verbesserung des Körperbilds durch die Intervention. Es wird jedoch angemerkt, dass die Beweiskraft dieses Reviews eher niedrig ist, aufgrund der geringen Anzahl an eingeschlossenen Studien. Demnach erfolgen keine Empfehlungen zur Tanztherapie als therapeutische Maßnahme.

Die Metaanalyse von Duijts, Faber, Oldenburg, van Beurden und Aaronson (2011) beschäftigte sich mit der Fragestellung nach der Effektivität von kognitiv-behavioralen Techniken und körperlichen Übungen in Bezug auf psychosoziale Funktion und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen. Unter körperliche Übungen wurden Maßnahmen zusammengefasst, wie Aerobic, Gewichtstraining, Lauftraining und Tanztherapie. Es wurde festgestellt, dass körperliche Betätigung sowohl einen Effekt auf Fatigue, Depression, Körperbild, als auch auf Lebensqualität hatte. Außerdem wurde herausgefunden, dass eine kognitiv-behaviorale Therapie, im Gegensatz zu den körperbasierten Übungen, keinen signifikanten Effekt auf das Körperbild oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität hatte.

Bicego et al. (2009) behandelten die Fragestellung nach der Wirksamkeit von Übungen auf die Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen. Es wurden neun Studien eingeschlossen, die ein strukturiertes Angebot durchführten. Körpermethoden waren dabei Aerobic, Widerstandstraining, Tai Chi, Tanztherapie und Sitztherapie. Zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurden krebsspezifische Instrumente eingesetzt, wie der FACT oder der EORTC-QLQ C30. Die Ergebnisse der einzelnen Studien sind sehr heterogen. Zusammenfassend ist dennoch festzuhalten, dass die körperbasierten Übungen die Gesundheit positiv beeinflussen, durch Gewichtsverlust, Muskelaufbau etc. und somit Auswirkungen auf die Lebensqualität und den Gemütszustand hätten.

6.3 Zusammenfassung

Die Lage der Studien zeigt, dass in der Forschung zur Tanztherapie wenige methodisch hochwertige Studien vorliegen. Dies erschwert eine wissenschaftliche Anerkennung der Therapieform. Ergebnisse aus den vorliegenden Studien belegen eine Auswirkung von körperbasierten Übungen auf Fatigue, Depression, Ängstlichkeit und Körperbild (Duijts et al., 2011), sowie gesundheitsbezogener Lebensqualität (Bicego et al., 2009; Duijts et al., 2011). Hingegen sind Nachweise für einen Effekt auf Stressreduktion nicht ausreichend belegt (Duijts et al., 2011). Effekte von Tanztherapie bei Krebspatientinnen belegen zudem eine Verbesserung der Lebensqualität und der Fatigue (Bradt et al., 2011). Keine Effekte von Tanztherapie konnten demnach belegt werden auf die Stimmung, das Körperbild, die mentale Gesundheit und die Schulterbeweglichkeit (Bradt et al., 2011). Des Weiteren konnten keine Effekte künstlerischer Therapien auf Depression und Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen belegt werden (Boehm et al., 2014). In der nicht repräsentativen Studie von Mannheim et al. (2013; 2005) konnten Wirkungsweisen auf Lebensqualität, Selbstwert und psychische Befindlichkeiten, wie Angst und Depression gemessen werden.

7 Diskussion

Die Ergebnisse der empirischen Forschungen geben erste Hinweise von Wirkungsweisen tanztherapeutischer Maßnahmen auf gesundheitsbezogene Lebensqualität. Jedoch müssen weitere Forschungen folgen.

Effekte von tanztherapeutischen Interventionen sind nicht einfach zu erheben, da sich verschiedene therapeutische Konzepte und Ansätze mischen und somit eine Vereinheitlichung erschweren. Um dennoch weitere Forschungen anzuschließen, werden im Folgenden theoretische Überlegungen zur Entwicklung einer geeigneten Studie dargelegt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der quantitativen Erhebung der Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen mit tanztherapeutischer Intervention.

Dem wissenschaftlichen Standard entsprechend wird eine randomisierte, kontrollierte Studie empfohlen. Per Zufall werden Brustkrebspatientinnen ausgewählt und einer Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen. Es gilt, je mehr Teilnehmer rekrutiert werden, desto größer ist die Repräsentativität. Zu bedenken wäre unter anderem das Ausmaß der Erkrankung. Zum Beispiel das Erkrankungsstadium, das Vorhandensein von Metastasen oder eine durchgeführte Operation, bei denen die körperliche Verfassung zu berücksichtigen wäre, wie Bewegungseinschränkung der Arme. Daran schließt sich die Frage des Schweregrads und der Partizipationsmöglichkeit an. Des Weiteren stellt sich die Frage nach dem Setting, ob stationär oder ambulant, während der laufenden Akutbehandlung oder rehabilitativen Maßnahme. Es wird jedoch ein ambulantes Setting empfohlen, um weitere behandlungsbezogene Einflüsse auf die Zielparameter ausschließen zu können. Nach der Festlegung des Settings, sind Dauer und Häufigkeit zu bestimmen. Je öfter und langandauernder eine Intervention erfolgt, desto eher wird mit einer Wirkungsweise zu rechnen sein. Die Intervention selber ist standardisiert wiederzugeben. Im Idealfall beruht diese auf einer Theorie, die mithilfe der Studie belegt oder widerlegt werden kann. Mit anderen Worten sollte die Intervention nach einem standardisierten Manual erfolgen. Äußere Bedingungsfaktoren, wie Ablauf, Anweisungen und Musik sollten nachvollziehbar und replizierbar sein. Zur Erhebung der Lebensqualität müssten die Gütekriterien der Messinstrumente eingeschätzt werden. Um Effekte zu messen, muss zudem eine Vorher - Nachher Messung erfolgen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sowohl die Krankheit Brustkrebs, als auch das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und die tanztherapeutische Intervention aus vielen unterschiedlichen Parametern bestehen und sehr heterogen sein können. Diese Herausforderung gilt es zu bedenken und durch eine strukturierte und durchdachte Studie zu erheben. Generell gilt bei der Entwicklung von Studien, je präziser und kleinteiliger sie gestaltet sind, desto kleiner ist der repräsentative Kreis. Je weitläufiger die Fragestellung ist, desto eher besteht die Gefahr der Verzerrung.

Neben der theoretischen Überlegung zur Konstruktion einer wissenschaftlich fundierten Studie, haben sich weitere Problemstellungen und offene Fragen ergeben im Prozess der Recherche.

Bei der Einordnung des tanztherapeutischen Verfahrens zu einer übergeordneten Kategorie ließen sich Grenzen erkennen. In der Literatur ließ sich die Tanztherapie zum einen unter die Kategorie *künstlerische Therapien* zuordnen und zum anderen unter die Kategorie der *bewegungsbedingten Therapien*. Unter dem bewegungsbedingten Aspekt waren Wirkungsweisen auf die Lebensqualität nachweisbar, unter dem künstlerischen Aspekt hingegen nicht. Dies lässt die Frage aufkommen, ob die Tanztherapie zu den kreativen Therapien gehöre oder eher als bewegungstherapeutisches Medium anerkannt werden sollte. Eine Kategorisierung kann zum Beispiel Auswirkungen auf die Abrechnung der Leistung durch den Leistungserbringer haben und wäre hilfreich für die Einschätzung der Zielsetzung des Verfahrens.

Um die Problematik zu verdeutlichen, werden zwei Definitionen präsentiert. Die Bewegungstherapie sei demnach ein „Verfahren der Physiotherapie zur Steigerung der Belastbarkeit u. Wiederherstellung der normalen Körperfunktionen von Patienten durch systematische, stufenförmig aufbauende, am Gesundheitszustand des Patienten orientierte Körperübung (...) Sammelbez. für alle psychotherapeut. bewegungs- u. körperorientierten Verfahren; s. Tanztherapie; Bewegungstherapie, konzentrierte; Bewegungsprogramme“ (Margraf et al., 2009, S. 115). Unter dem Begriff der Kreativtherapie ist nach einer Definition folgendes zu verstehen: „Sammelbez. für psychotherapeutisch orientierte Behandlungsformen, die kreativitätsfördernde Medien verschiedener künstlerischer Tätigkeitsformen in der Behandlung insbes. psychisch kranker Menschen (...) Therapieziel: Handlungsfähigkeiten durch bildnerisches Gestalten (s. Gestaltungstherapie), musikalische Ausdrucksform (s. Musiktherapie; Tanztherapie) od. intensive Beschäftigung mit körperlichen Funktionen (Bewegung, Körperhaltung, Atmung u. a.) aufbauen“ (Margraf et al., 2009, S. 465).

Es ist also davon auszugehen, dass die Tanztherapie unter dem Aspekt der Fitnesssteigerung andere Wirkfaktoren hervorbringt, als unter den Sammelbegriff der künstlerischen Therapien. Duijts et al. (2011) weisen darauf hin dass körperliche Übungen zum Beispiel positive Effekte auf Muskelwachstum, Cholesterinwerte, Ausdauer und Blutdruck haben können. Deutlich wird bei dieser Diskussion, dass eine konkrete Einordnung schwierig ist, da sowohl die körperliche Fitness, als auch der gestalterische, kreative Aspekt Bedeutung haben in der Tanztherapie.

8 Fazit

Die Anwendung der Tanztherapie, als Möglichkeit zur individuellen Krankheitsverarbeitung bei Brustkrebspatientinnen in der Nachsorge, zeigt sich im Rahmen dieser Arbeit als ein geeignetes Verfahren. Es kann dabei ausgegangen werden, dass diese Maßnahme eine Auswirkung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat. Diese Aussage scheint jedoch limitiert und gilt es weiterhin nachzuprüfen, bzw. nachzuweisen.

Für die Beantwortung der These wurde Grundlageliteratur gesichtet und Datenbanken durchsucht. Daraus ergab sich die Erkenntnis, dass der Krebserkrankung besondere Aufmerksamkeit geboten ist, aufgrund des zahlreichen Vorkommens in der deutschen Bevölkerung und aufgrund der hohen körperlichen und psychosozialen Belastungen. Diese Erkenntnisse werden in der psychoonkologischen Behandlung umgesetzt und angewandt. Die Tanztherapie ist in diesem Behandlungsspektrum ein recht neues Verfahren von geringer wissenschaftlicher Fundierung.

Die Erforschung des Themengebietes der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigt dagegen, dass geeignete Verfahren vorhanden sind, die auf Krebserkrankungen abgestimmt sind. Das Konstrukt der Lebensqualität wird unter Berücksichtigung psychometrischer Eigenschaften gut erfasst.

Offene Fragen sind überwiegend im Bereich der Tanztherapie geblieben. Vor allem sind für weitere Bestätigungen eine theoretisch fundierte Grundlage der Tanztheorie zu wünschen. Des Weiteren fehlt ein standardisiertes Manual zur Durchführung der Intervention. Um diese Forderungen zu ermöglichen, wird eine genormte Tanztherapieausbildung empfohlen, die sich auf wissenschaftlich anerkannten Standards beruht. Im Zuge dessen sollte die staatliche Anerkennung angestrebt und der berufsrechtliche Stand gesichert werden.

Weiterhin vertritt die Autorin die Hypothese, dass eine tanztherapeutische Intervention eine Langzeitintervention sein müsste. Kreative Therapien können einen kurzfristigen Effekt auf das aktuelle Befinden haben. Es ist jedoch anzunehmen, dass der positive Effekt rückläufig wird, mit Unterlassung der Maßnahme. Dies ist zu vergleichen mit körperlichen Betätigungen. Wird die Intervention nicht mehr ausgeführt, bilden sich die Muskeln zurück und der Körper wird wieder unbeweglicher. Auch hier gilt regelmäßige Anwendung bringt den größtmöglichen Effekt.

Da Leben immer in Bewegung ist, ist es wichtig, dass jeder seine ideale und individuelle Form findet, sich entweder kreativ auszudrücken oder körperlich zu betätigen zur Genesung. Die Tanztherapie liefert hierbei eine Möglichkeit beiden Ansprüchen gerecht zu werden und diese zu vereinen.

Literaturverzeichnis

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J. et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 85 (5), 365–376.
- Angermeyer, M.C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL - 100 und WHOQOL - BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Baricco, A. (2011). *Novecento. Die Legende vom Ozeanpianisten*. (6. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Bertolaso, Y. (2001). Ethnische Tänze in der Tanztherapie. Durch Stärkung von Vertikalität und Kommunikationskompetenz zu Selbstbewusstsein und Toleranz. In Y. Bertolaso (Hrsg.), *Musik-, Kunst- und Tanztherapie. Qualitätsanforderungen in den künstlerischen Therapien* (Pädagogik und Therapie, Bd. 11, S. 73–93). Münster: Paroli.
- Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands BTD e.V. (2005). *Tanztherapie, Berufsverband, Deutschland, Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands BTD e.V., Ausbildung, Standards, Therapeuten, dancetherapy*, Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands BTD e.V. Zugriff am 07.08.2014. Verfügbar unter <http://www.btd-tanztherapie.de/>
- Bicego, D., Brown, K., Ruddick, M., Storey, D., Wong, C. & Harris, S. R. (2009). Effects of exercise on quality of life in women living with breast cancer: A systematic review. *The Breast Journal*, 15 (1), 45–51.
- Boehm, K., Cramer, H., Staroszyński, T. & Ostermann, T. (2014). Arts therapies for anxiety, depression, and quality of life in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 2014, 1–9.
- Bradt, J., Goodill, S. W. & Dileo, C. (2011). Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10).
- Bräuninger, I. & Blumer, E. (2004). Tanz- und Bewegungstherapie. In W. Rössler & C. Lauber (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation. Mit 90 Tabellen* (S. 380–387). Berlin: Springer.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Bullinger, M., Petersen, C. & Mehnert, A. (2006). Erfassung der Lebensqualität in der Onkologie. In J. Siewert, M. Rothmund & V. Schumpelick (Hrsg.), *Praxis der Viszeralchirurgie* (S. 323-332). Springer Berlin Heidelberg.
- Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U. & Siegrist, J. (2000). Gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Medizin - eine Einführung. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive* (Jahrbuch der medizinischen Psychologie, Bd. 18, S. 11–21). Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie e.V. (Hrsg.). (2006). *Tanztherapie / Tanztherapeut - Fortbildung, Ausbildung, Weiterbildung, Seminare und Einführungen in Tanztherapie -*

- Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie e.V.* Zugriff am 07.08.2014. Verfügbar unter <http://dgt-tanztherapie.de/>
- Deutsche Krebshilfe e.V. (Hrsg.). (2014). *Brustkrebs. Antworten. Hilfen. Perspektiven* (Die blauen Ratgeber, Bd. 02). Bonn.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2008). *Leitlinienreport. Leitlinie für die Rehabilitation von Patientinnen mit Brustkrebs. Modulare Therapiestandards zur Qualitätssicherung*. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2010). *Reha-Therapiestandards Brustkrebs. Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung* (1. Aufl.). Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2013). *Rehabilitation nach Tumorerkrankungen. Das medizinische Angebot. Die Voraussetzungen. Zuzahlung und finanzielle Unterstützung* (8. Auflage). Berlin.
- Dietzfelbinger, H. (2009). Geschichte und Entwicklung der Hämatologie und Onkologie. In M. Dorfmueller & K. Abbrederis (Hrsg.), *Psychoonkologie. Diagnostik - Methoden - Therapieverfahren ; [mit dem Plus im Web ; Zugangscodes im Buch]* (S. 7–9). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2014, 31. Juli). *DIMDI - ICD-10-GM*, DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Zugriff am 04.08.2014. Verfügbar unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm>
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). (2010). *TNM-System: International einheitliche Tumorklassifikation*, Deutsches Krebsforschungszentrum. Zugriff am 04.08.2014. Verfügbar unter <http://www.krebsinformationsdienst.de/untersuchung/tnm.php>
- Dorfmueller, M. (2009). Zur Geschichte und Entwicklung der Psychoonkologie. In M. Dorfmueller & K. Abbrederis (Hrsg.), *Psychoonkologie. Diagnostik - Methoden - Therapieverfahren ; [mit dem Plus im Web ; Zugangscodes im Buch]* (S. 11–13). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Duijts, S., Faber, M. M., Oldenburg, H., van Beurden, M. & Aaronson, N. K. (2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors-a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 20 (2), 115–126.
- European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Department (Hrsg.). (n. d.). *Questionnaires | EORTC QLQ-C30*. Zugriff am 08.08.2014. Verfügbar unter <http://groups.eortc.be/qol/eortc-qlq-c30>
- Gruber, H. & Weis, J. (2013). Künstlerische Therapien in der Onkologie. In J. Weis & E. Brähler (Hrsg.), *Psychoonkologie in Forschung und Praxis. Mit 22 Tabellen* (S. 128–138). Stuttgart: Schattauer.
- Herschbach, P. (2012). Lebensqualität und Lebenszufriedenheit. In E. Brähler (Hrsg.), *Grundlagen der medizinischen Psychologie* (Enzyklopädie der Psychologie Praxisgebiete Medizinische Psychologie, Bd. 1, S. 513–540). Göttingen: Hogrefe.
- Herschbach, P., Heußner, P. & Kappauf, H. (2008). *Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis* (Leben lernen, Bd. 215). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Ho, R. T.-h. (2005). Regaining balance within: Dance movement therapy with chinese cancer patients in Hong Kong. *American Journal of Dance Therapy*, 27 (2), 87–99.
- Jäger, S., Jagla, M., Morfeld, M., Türk, T., Witzke, O., Reimer, J. et al. (2009). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten nach Nierentransplantation – Lässt sich die Skalenstruktur des SF-36 replizieren? *Diagnostica*, 55 (4), 245–254.
- Kehr, J., Kröger, K., Voigt, B. & Trautmann-Voigt, S. (2007). Tanztherapeutische Bewegungsinterventionen. In S. Trautmann-Voigt & B. Voigt (Hrsg.), *Körper und Kunst in der Psychotraumatologie. Methodenintegrative Therapie ; mit 23 Tabellen* (S. 235–242). Stuttgart: Schattauer.
- Kemmler, G., Holzner, B., Kopp, M., Dünser, M., Margreiter, R., Greil, R. et al. (1999). Comparison of two quality-of-life instruments for cancer patients: The functional assessment of cancer therapy-general and the european organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire-C30. *Journal of Clinical Oncology*, 17 (9), 2932–2940.
- Kunzmann, B., Aldridge, D., Gruber, H. & Wichelhaus, B. (2005). Künstlerische Therapien: Zusammenstellungen von Studien zu Künstlerischen Therapien in der Onkologie und Geriatrie. *Musik-, Tanz und Kunsttherapie*, 16 (2), 77–86.
- Kusch, M., Labouvie, H. & Hein-Nau, B. (2013). *Klinische Psychoonkologie*. Berlin: Springer.
- Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutsche Krebsgesellschaft e.V. & Deutsche Krebshilfe e.V. (Hrsg.). (2012). *Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms*. Leitlinie Langversion 3.0, Berlin.
- Mannheim, E. G., Helmes, A. & Weis, J. (2013). Tanztherapie in der stationären onkologischen Rehabilitation. *Forschende Komplementärmedizin*, 20 (1), 33–41.
- Mannheim, E. G. & Weis, J. (2005). Tanztherapie mit Krebspatienten. *Musik-, Tanz und Kunsttherapie*, 16 (3), 121–128.
- Margraf, J., Müller-Spahn, F. J., Albus, M., Pschyrembel, W. & Margraf-Müller-Spahn (Hrsg.). (2009). *Pschyrembel Psychiatrie, klinische Psychologie, Psychotherapie*. Berlin: de Gruyter.
- Morfeld, M., Kirchberger, I. & Bullinger, M. (2011). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey* (2., erg. und überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Olbrich, D. (2007). Kreativtherapien - psychotherapeutische Königswege oder brotlose Kunst? In S. Trautmann-Voigt & B. Voigt (Hrsg.), *Körper und Kunst in der Psychotraumatologie. Methodenintegrative Therapie ; mit 23 Tabellen* (S. 155–163). Stuttgart: Schattauer.
- Pschyrembel, W. & Dornblüth, O. (Hrsg.). (2004). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. [enthält 330 Tabellen]* (260., neu bearb. Aufl.). Berlin: de Gruyter.
- Rick, C. (2007). Tanztherapie. In G. Stumm & M. Voracek (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (Preisgünstige Sonderausg., S. 695). Wien: Springer.
- Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.). (2013). *Krebs in Deutschland 2009/2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (9. Aufl., neue Ausg.) (Gesundheitsberichterstattung für Deutschland), Berlin.

- Sandel, S., Judge, J., Landry, N., Faria, L., Ouellette, R. & Majczak, M. (2005). Dance and movement program improves quality-of-life measures in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 28 (4), 301–309.
- Schwarz, R. & Singer, S. (2008). *Einführung psychosoziale Onkologie. Mit 49 Tabellen* (UTB Medizin, Psychologie, Bd. 3071). München: Reinhardt.
- Senf, B. & Kaiser, J. (2013). Brustkrebs als Auslöser von psychosozialen Belastungen, Angst und Depression sowie Angebote, Methoden und Effekte psychoonkologischer Interventionen. In D. Nittel & A. Seltrecht (Hrsg.), *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive*. (S. 389–398). Berlin, Heidelberg: Springer.
- SRH Hochschule Heidelberg (Hrsg.). (2014). *Tanz- und Bewegungstherapie - SRH Hochschule Heidelberg*, SRH Hochschule Heidelberg. Zugriff am 06.08.2014. Verfügbar unter <http://www.hochschule-heidelberg.de/de/studium/masterstudium/tanz-und-bewegungstherapie/>
- Tecic, T., Walgenbach, M. & Neugebauer, E. A. M. (2010). Messung und Bewertung von Lebensqualität. In K. W. Lauterbach, E. Bollschweiler & Lauterbach-Lüngen-Schrappé (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium ; mit 71 Tabellen* (3., völlig neu bearb. und erw. Aufl, S. 82–111). Stuttgart: Schattauer.
- American Dance Therapy Association (Hrsg.). (2014). *ADTA - Home*. Zugriff am 07.08.2014. Verfügbar unter <http://www.adta.org/>
- Trautmann-Voigt, S. (2003). Tanztherapie. Zum aktuellen Diskussionsstand in Deutschland. *Psychotherapeut*, 48 (4), 215–229.
- Vögele, C. (2009). *Klinische Psychologie. Körperliche Erkrankungen kompakt ; mit Online-Materialien* [Nachdr.]. Weinheim: Beltz PVU.
- Willke, E. (1999). Einführung. Tanztherapie - Grundzüge der Entwicklung tanztherapeutischer Praxis und Theorie. In E. Willke, G. Hölter & H. Petzold (Hrsg.), *Tanztherapie - Theorie und Praxis. Ein Handbuch* (Reihe Kunst, Therapie, Kreativität, Bd. 9, 3. Aufl., S. 13–49). Paderborn: Junfermann.
- Willke, E., Hölter, G. & Petzold, H. (Hrsg.). (1999). *Tanztherapie - Theorie und Praxis. Ein Handbuch* (Reihe Kunst, Therapie, Kreativität, Bd. 9, 3. Aufl). Paderborn: Junfermann.
- World Health Organization (Hrsg.). (2003). *WHO definition of health*. Zugriff am 07.08.2014. Verfügbar unter <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	10
<i>Zusammenfassung der krebsbedingten, epidemiologischen Daten (Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2013)</i>	
Tabelle 2	13
<i>Zusammenfassung der brustkrebsbedingten, epidemiologischen Daten (Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2013)</i>	
Tabelle 3	26
<i>Dimensionen der Lebensqualität (Tecic et al., 2010)</i>	
Tabelle 4	28
<i>Darstellung der Items, Dimensionen und Skalen des SF-36 (Morfeld et al., 2011)</i>	
Tabelle 5	29
<i>Krebsspezifische Fragebögen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Tecic et al., 2010)</i>	
Tabelle 6	31
<i>Dimensionen und Skalen des European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30 (EORTC QLQ-C30) und Functional Assessment of Cancer Therapy – General (FACT-G) im Vergleich (Kemmler et al., 1999)</i>	
Tabelle 7	35
<i>Überblick der Studien zur Messung von Effekten der Tanztherapie bei Krebspatientinnen</i>	
Tabelle 8	38
<i>Überblick über Reviews und Metaanalysen zum Thema Tanztherapie bei Krebspatienten</i>	

Eigenständigkeitserklärung

„Hiermit versichere ich, Maria-Christina Busch, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt und ohne fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und wörtlich oder inhaltlich entlehnte Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit wurde noch keiner Prüfungsbehörde in gleicher oder ähnlicher Form vorgelegt.“

Stendal, den 04.09.2014

Maria-Christina Busch