

Aus dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und
Gesundheitsökonomie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Effekte einer intensivierten Mind-Body Therapie auf
Lebensqualität, Lebensstilmodifikationen und chronifizierte
Beschwerden

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Anna-Verena Meyer

Datum der Promotion: 25.06.2023

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	V
Abstrakt (deutsche Version)	VI
Abstract (Englische Version)	VII
1 Einleitung / Fragestellung	1
1.1 Chronische Krankheiten	1
1.1.1 Prävalenz und Definition	1
1.1.2 Wirtschaftliche Kosten	2
1.1.3 Prospektive Entwicklung der Kosten und Versorgung	3
1.1.4 Zukünftige Therapien chronisch Kranker – Präventionsgesetz	4
1.2 Auswirkungen des Lebensstils auf die Gesundheit	5
1.2.1 Ernährung	6
1.2.2 Bewegung	7
1.2.3 Stress / Entspannung.....	8
1.2.4 Naturheilkunde und Selbsthilfestrategien	11
1.2.5 Soziale Unterstützung.....	11
1.2.6 Integration von Therapien in den Alltag – Compliance und deren Implikationen	12
1.3 Ordnungstherapie und Mind-Body Medizin (MBM)	13
1.4 Fragestellung	13
2 Methodik	15
2.1 Studiendesign	15
2.2 Patient*innen	15
2.3 Messinstrumente / Zielparameter	18
2.3.1 Short Form-12 Health Survey (SF-12).....	19
2.3.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	19
2.3.3 Perceived Stress Scale (PSS-10).....	20
2.3.4 WHO-Five Well-Being Index (WHO-5).....	20
2.3.5 Self compassion scale – deutsche Version (SCS-D).....	21
2.4 Datenmanagement	22
2.5 Intervention – Tagesklinik für Naturheilkunde	22
2.6 Ärztliche und therapeutische Betreuung	23
2.7 Statistik	24
3 Ergebnisse	25
3.1 Studienpopulation	25
3.1.1 Rekrutierung – Drop-outs.....	25
3.1.2 Soziodemografische Daten	26
3.1.3 Gesundheitsstatus	27

3.2	Veränderungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität während der Mind-Body Therapie (primärer Endpunkt)	28
3.3	Veränderungen von Aspekten der psychischen Gesundheit und Lebensqualität während der Mind-Body Therapie (Sekundäre Endpunkte)	29
3.3.1	Selbstbeurteilung der depressiven Symptome und Angstsymptome (HADS)	29
3.3.2	Subjektive Bewertung des Stressausmaßes (PSS-10).....	30
3.3.3	Subjektives Wohlbefinden (WHO-5)	31
3.3.4	Psychische Belastung / Subjektives Wohlbefinden (SCS-D).....	32
3.4	Allgemeine Bewertung des Tagesklinikprogrammes	32
3.5	Veränderungen in den Lebensstilbereichen während der Mind-Body Therapie ..	37
3.5.1	Lebensstilbereich – Bewegung	37
3.5.2	Lebensstilbereich – Entspannung / Meditation	39
3.5.3	Lebensstilbereich – Ernährung	42
4	Diskussion	49
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	49
4.2	Studienpopulation	50
4.3	Veränderungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität während der Mind-Body Therapie (primärer Endpunkt)	52
4.4	Veränderungen von Aspekten der psychischen Gesundheit und Lebensqualität während der Mind-Body Therapie (Sekundäre Endpunkte)	53
4.4.1	Depressions- und Angstsymptome (HADS).....	53
4.4.2	Stress (PSS-10).....	54
4.4.3	Subjektives Wohlbefinden (WHO-5)	55
4.4.4	Psychische Belastung / subjektives Wohlbefinden (SCS-D)	56
4.5	Allgemeine Bewertung des Tagesklinikprogrammes Durch die Patient*innen ..	58
4.6	Lebensstilbereiche	63
4.6.1	Lebensstilbereich – Bewegung	63
4.6.2	Lebensstilbereich – Entspannung / Meditation	64
4.6.3	Lebensstilbereich – Ernährung	66
4.7	Vergleich der Effekte des Tagesklinikprogrammes mit dem Konzept der Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)	66
4.8	Adhärenz / Compliance	68
4.9	Limitationen	69
4.10	Implikationen / Schlussfolgerungen	70
5	Literaturverzeichnis	73
6	Anhang	87
6.1	Fragebogen V1	87
6.2	Fragebogen V2.....	98
6.3	Fragebogen V3.....	112
7	Eidesstattliche Erklärung	124
8	Lebenslauf (mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht)	
9	Danksagung	126

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Flow-Chart der vorliegenden Studie.....	25
Abbildung 2: Verteilung des Status der Berufstätigkeit im Gesamtkollektiv.....	26
Abbildung 3: Entwicklung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-12) für die Messzeitpunkte V1, V2 und V3.....	29
Abbildung 4: Entwicklung der depressiven Symptome und Angstsymptome (HADS-total, HADS-Angst, HADS-Depression) für die Messzeitpunkte V1, V2 und V3.....	30
Abbildung 5: Entwicklung der subjektiven Bewertung des Stressausmaßes (PSS-10) für die Messzeitpunkte V1, V2 und V3.....	31
Abbildung 6: Entwicklung des subjektiven Wohlbefindens (WHO-5) für die Messzeitpunkte V1, V2 und V3.....	31
Abbildung 7: Entwicklung der psychischen Belastung und des subjektiven Wohlbefindens (SCS-D) für die Messzeitpunkte V1, V2 und V3.....	32
Abbildung 8: Lebensstilbereich Bewegung – ausgeübte Bewegungsformen zum Zeitpunkt V1, V2 und V3 (Mehrfachnennungen möglich).....	37
Abbildung 9: Häufigkeit und Dauer der Entspannungseinheiten der Patient*innen zu V1, V2 und V3.....	38
Abbildung 10: Verbesserung der Beschwerden durch Entspannung zu V1, V2 und V3.....	38
Abbildung 11: Lebensstilbereich Entspannung – ausgeübte Entspannungsformen zum Zeitpunkt V1, V2 und V3 (Mehrfachnennungen möglich).....	40

Abbildung 12 : Häufigkeit und Dauer der Entspannungseinheiten der Patient*innen zu V1, V2 und V3.....	41
Abbildung 13 : Verbesserung der Beschwerden durch Bewegung zu V1, V2 und V3....	41
Abbildung 14 : Ernährungsgewohnheiten der Patient*innen zu den Zeitpunkten V1, V2 und V3 – Speiseöle, Gemüse / Obst, Vollkornprodukte.....	43
Abbildung 15: Ernährungsgewohnheiten der Patient*innen zu den Zeitpunkten V1, V2 und V3 – Wurst, Fleisch und Käse.....	44
Abbildung 16: Ernährungsgewohnheiten der Patient*innen zu den Zeitpunkten V1, V2 und V3 – Süßwaren, Fertigprodukte und Nüsse.....	45
Abbildung 17: Ernährungsgewohnheiten der Patient*innen zu den Zeitpunkten V1, V2 und V3 – Kräutertee / Wasser, Kaffee / schwarzer-grüner Tee, Erfrischungsgetränke, alkoholische Getränke.....	46
Abbildung 18: Einschätzung der Patient*innen zu den Zeitpunkten V2 und V3 – zu den Fragen, ob Sie den Anteil an vollwertiger Ernährung vergrößern würden, wenn ihr Gesundheitszustand dies zulassen würde (links) und ob sich ihre Gesundheit durch die Ernährung verbessert (rechts).....	47
Abbildung 19: Einschätzung der Patient*innen zur Geschwindigkeit ihres Essverhaltens zu den Zeitpunkten V1, V2 und V3.....	48

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Alter und Geschlecht der Patient*innen.....	26
Tabelle 2: Erkrankungen im Gesamtkollektiv.....	27
Tabelle 3: Stärke der körperlichen Beschwerden und aktuelle psychische Befindlichkeit.....	28
Tabelle 4: Gesamtbewertung des Programms – Umsetzung der Übungen – Mittelwerte zum Zeitpunkt V2 und V3.....	33
Tabelle 4: Beurteilung des Nutzens des Tagesklinikprogramms für das Verständnis von Gesundheit / Krankheit und für den Umgang mit der Erkrankung.....	33
Tabelle 5: Verbesserung der Lebensqualität und der körperlichen / psychischen Beschwerden	34
Tabelle 6: Detaillierte Bewertung des Programms – Mittelwerte zum Zeitpunkt V2 und V3.....	35
Tabelle 7: Beurteilung des Nutzens des Tagesklinikprogramms für das Verständnis von Gesundheit / Krankheit und für den Umgang mit der Erkrankung – Mittelwerte zum Zeitpunkt V2.....	36
Tabelle 8: Beurteilung des Nutzens der Bestandteile des Tagesklinikprogramms und weiterer Parameter – Mittelwerte zum Zeitpunkt V2.....	36
Tabelle 9: Häufigkeit, Dauer und Einschätzung der Wirksamkeit der Entspannungseinheiten – Mittelwerte zum Zeitpunkt V1, V2, V3.....	39
Tabelle 10: Verzehr von Speiseölen, Obst / Gemüse und Vollkornprodukte – Mittelwerte zu V1, V2, V3.....	42

Tabelle 11: Verzehr von Wurst, Fleisch und Käse – Mittelwerte zu V1, V2, V3.....	43
Tabelle 12: Verzehr von Süßwaren, Fertigprodukten und Nüssen – Mittelwerte zu V1, V2, V3.....	44
Tabelle 13: Konsum von Kräutertee / Wasser, Kaffee / schwarzer-grüner Tee, Erfrischungsgetränke, alkoholische Getränke – Mittelwerte zu V1, V2, V3.....	45
Tabelle 14: Einschätzung des Zusammenhangs von Ernährung und Gesundheit – Mittelwerte zu V2 und V3.....	47
Tabelle 15: Einschätzung des Zusammenhangs von Ernährung und Gesundheit – Mittelwerte zu V2 und V3.....	48

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BMI	Body-Mass-Index
DMP	Disease Management Programm
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
MBM	Mind Body Medizin
MBSR	Mindfulness-Based Stress Reduction
MW	Mittelwert
PSS-10	Perceived Stress Scale
SCS-D	Self Compassion Scale Deutsche Version
SD	Standardabweichung
SF-12	Short Form-12 Health Survey
TK	Tagesklinik
V1	Zeitpunkt zu Beginn des 12-wöchigen Tagesklinikprogramms
V2	Zeitpunkt am Ende des 12-wöchigen Tagesklinikprogramms
V3	drei Monate nach Abschluss des Tagesklinikprogramms
VAS	Visuelle Analogskala
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WHO-5	WHO-Five Well-Being Index

ABSTRAKT (DEUTSCHE VERSION)

In der vorliegenden Studie wurden die Auswirkungen einer auf der Mind-Body-Medizin (MBM) basierenden Therapie auf die Lebensqualität, Lebensstilmodifikationen und auf chronifizierte psychische und körperliche Beschwerden untersucht. Im Rahmen einer einarmigen prospektiven Kohortenstudie nahmen 99 Patient*innen mit chronischen Erkrankungen an einem zwölfwöchigen MBM-Tagesklinikprogramm teil. Mittels strukturierter Fragebögen wurden Daten zum Gesundheitsstatus der Patient*innen zu Beginn und zum Ende des Programms und drei Monate nach Abschluss erhoben. Die Fragebögen bestanden aus den evaluierten Messinstrumenten Short Form-12 Health Survey (SF-12), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Perceived Stress Scale (PSS) 10, WHO-Five Well-Being Index (WHO-5), Self Compassion Scale – deutsche Version (SCS-D) sowie aus selbst konzipierten Anteilen zu den Lebensstilmodifikationen und zur Programmevaluation.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12), gemessen als physisches und mentales Wohlbefinden, nahm während der Therapie signifikant zu. Die Effekte hielten auch drei Monate nach Abschluss des Programms an. Auch Depressivitäts- und Angstsymptome verbesserten sich im Laufe der Tagesklinik signifikant. Die Verbesserung blieb auch drei Monate nach Abschluss des Programms bestehen, allerdings wurde teilweise das Signifikanzniveau nicht erreicht (HADS). Das empfundene Stressniveau sank (PSS) und weitere Dimensionen der Lebensqualität zeigten eine langfristige und signifikante Steigerung (WHO-5, SCS-D). Das MBM-Programm führte zu günstigen Lebensstilmodifikationen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Entspannung. Die Patient*innen beurteilten das Programm durchweg positiv.

Die Ergebnisse der Studie geben Hinweise darauf, dass ein strukturiertes Programm basierend auf der MBM zur Genesung chronisch Erkrankter beitragen und deren Lebensqualität steigern kann. Strukturierte Lebensstilmodifikationen und deren Integration in den Alltag verbessern körperliche und psychische Beschwerden bei Patient*innen. Die untersuchte MBM-Therapieintervention kann somit die akutmedizinisch ausgerichtete Krankenhausbehandlung chronisch Erkrankter sinnvoll ergänzen.

ABSTRACT (ENGLISCHE VERSION)

In the present study, the effects of a Mind Body Medicine (MBM) based therapy on quality of life, lifestyle modifications and on chronic mental and physical complaints were examined. Within the scope of a one-arm prospective cohort study, 99 patients with chronic diseases participated in a twelve-week MBM day clinic program. Structured questionnaires were used to collect data on the health status of patients at the beginning and end of the program and three months after completion. The questionnaires consisted of evaluated measuring instruments such as Short Form-12 Health Survey (SF-12), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Perceived Stress Scale (PSS) 10, WHO-Five Well-Being Index WHO-5, Self Compassion Scale – German version (SCS-D) as well as self-designed elements for lifestyle modifications and program evaluation.

The health related quality of life (SF-12) measured as physical and mental well-being of the patients increased significantly during therapy. The effects also continued three months after the program ended. Depressive and anxiety symptoms improved significantly in the course of the day clinic ($p < 0.05$). The improvement persisted three months after the program was completed, however the level of significance was not reached in all cases (HADS). The perceived stress level dropped (PSS) and further dimensions of quality of life showed a long-term and significant increase (WHO-5, SCS-D). The MBM program led to favorable lifestyle modifications in the areas of nutrition, exercise and relaxation. The program received a positive assessment by the majority of patients.

The results of this study indicate that a structured program based on MBM may contribute to the recovery of chronically ill people and improve their quality of life. Structured lifestyle modifications and their integration into everyday life improve the physical and mental ailments of the patients. The presented therapeutical MBM intervention can be a meaningful supplement to the acute medicine-oriented hospital treatment of chronically ill patients.

1 EINLEITUNG / FRAGESTELLUNG

Bei einer Vielzahl chronischer Erkrankungen können Lebensstilmodifikationen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Entspannung dazu beitragen, die Symptomatik zu kontrollieren und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern (Langhorst et al., 2004; Resnick, 2004). Strukturierte Therapieangebote unterstützen Patient*innen bei tiefgreifenden Lebensstilmodifikationen und stärken sie in ihren sozialen und emotionalen Kompetenzen. Der Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen hält die wissenschaftlich begleitete Anpassung der derzeit primär akutmedizinisch ausgerichteten Versorgungsstrukturen an den Bedarf von Menschen mit chronischen Erkrankungen für eine wichtige Herausforderung des deutschen Gesundheitswesens (Gensichen et al., 2006).

Im Folgenden wird anhand des aktuellen Stands der Wissenschaft dargelegt, inwiefern der Lebensstil sowie mentale und emotionale Faktoren die körperliche Gesundheit beeinflussen, Krankheiten hervorrufen bzw. die Genesung fördern können. Insbesondere wird auf die wichtigsten gesundheitsgefährdenden bzw. fördernden Lebensstilaspekte eingegangen.

1.1 CHRONISCHE KRANKHEITEN

1.1.1 Prävalenz und Definition

Laut Thyen et al. (2009) werden Erkrankungen als chronisch bezeichnet, wenn sie mindestens sechs Monate andauern und darüber hinaus zu funktionellen Beeinträchtigungen führen. Schon 2002 stellte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) fest, dass mit dem demografischen Alterungsprozess auch die Bedeutung chronischer Krankheiten zunimmt (World Health Report, 2002). Der Anteil chronisch Kranker liegt laut einer Umfrage des statistischen Bundesamtes bei 42–43 % (Destatis, 2017).

Die Ursachen für chronische Erkrankungen sind vielfältig, oft spielt aber ein der Gesundheit unzuträglicher Lebensstil mit Bewegungsmangel, Stress sowie Fehl- und

Überernährung eine maßgebliche Rolle. Beispielsweise finden sich bei mehr als 80 % aller Patient*innen mit chronischen Schmerzen und dauerhafter Arbeitsunfähigkeit depressive Stimmungslagen, persistente Alltagsbelastungen, familiäre und berufliche Konflikte sowie ungünstige Formen der Schmerzbewältigung. Als risikohaftes Schmerzverhalten erweist sich einerseits ein ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten und andererseits ein extrem ausgeprägter Durchhaltewille mit einer fehlenden Entspannungsfähigkeit (Deutsche Schmerzgesellschaft, 2012).

Laut Robert Koch-Institut (RKI) sind chronische Schmerzen "als bio-psycho-soziale Erkrankung anzusehen". Daher sind "Behandlungen, die sich nur den körperlichen Symptomen widmen, nicht ausreichend" (Diemer und Burchert, 2002).

1.1.2 Wirtschaftliche Kosten

Die gemeinsam von der Bertelsmann Stiftung und der internationalen Strategieberatung Booz & Company herausgegebene Studie „Effekte einer gesteigerten Therapietreue“ ergab, dass chronische Erkrankungen wie arterielle Hypertonie, Asthma und die chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD), chronische Rückenschmerzen, Depressionen und rheumatische Erkrankungen jährlich wiederkehrende Kosten zwischen 38 und 75 Milliarden Euro verursachen (Behner et al., 2012). Diese Summe entspricht circa 1–2 % des Bruttoinlandsprodukts. Man unterscheidet zwischen direkten und indirekten Krankheitskosten. Unter die direkten Krankheitskosten fallen die Aufwendungen für die Behandlung der Erkrankten. Die indirekten Krankheitskosten beschreiben die Abnahme der wirtschaftlichen Produktivität. Die Hauptkostenfaktoren sind bei den indirekten Krankheitskosten Arbeitsunfähigkeit und reduzierte Produktivität. In Deutschland werden mindestens 70 % der Behandlungskosten durch chronische Krankheiten verursacht. Für die nachhaltige Behandlung dieser Erkrankungen sind die weitgehend akutmedizinisch und interventionell ausgerichteten Krankenhäuser jedoch nicht spezifisch vorbereitet. Insgesamt betragen die Aufwendungen für die Versorgung chronisch Kranker im Jahre 1995 fast drei Viertel der gesamten Gesundheitsausgaben (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2001). Schon Anfang des Jahrtausends entfielen auf die Versorgung chronisch Kranker mindestens (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im

Gesundheitswesen, 2001)

- 80 % der Krankenhaustage,
- 69 % der Krankenhausfälle,
- 66 % der ambulanten Arztkontakte,
- 83 % der Arzneimittelverschreibungen und
- 96 % der Hauspflegebesuche.

Laut der Studie von Booz & Company und der Bertelsmann Stiftung hätte die deutsche Volkswirtschaft 2012 bis zu 20 Milliarden Euro zusätzlich erwirtschaften können, wenn chronisch kranke Arbeitnehmer bei der Bewältigung und Behandlung ihrer Krankheit besser unterstützt worden wären (Behner et al., 2012).

1.1.3 Prospektive Entwicklung der Kosten und Versorgung

Ein Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zeigt einen kontinuierlichen Anstieg der Krankengeldausgaben in den vergangenen Jahren. Sie lagen im Jahr 2014 mit 10,62 Milliarden Euro um 66,7 % höher als im Jahr 2004 mit 6,37 Milliarden Euro (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2015).

Bereits zur Jahrtausendwende stellte das Schwartz-Gutachten fest, dass chronische Erkrankungen den weitaus größten Teil der wachsenden Gesundheitsausgaben in Deutschland verursachen. Schon damals wurde gefordert, dass der Fokus der medizinischen Forschung auf der maßgeblichen Reduzierung der Entstehung chronischer Krankheiten liegen sollte (Schwartz et al., 2000). Angesichts der nach wie vor auf akutmedizinische Leistungen und Interventionen ausgerichteten Struktur des Medizinsystems und insbesondere der Krankenhausstruktur erscheint die Anpassung an diese Entwicklung unzureichend.

Zur Gewährleistung einer adäquaten Versorgung chronisch kranker Patient*innen wurden in Deutschland 2003 für verschiedene Erkrankungen strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programm – DMP) eingeführt.

Derartige Programme existieren aktuell für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs, die koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Ein Fokus dieser DMPs liegt anders als bei herkömmlichen Behandlungsprogrammen auf der Einbeziehung der Patient*innen bei der Formulierung individueller Therapieziele sowie auf einer ausführlichen Schulung der Patient*innen (Graf et al., 2008). Allerdings werden mit den DMPs derzeit nur etwa die Hälfte aller chronisch Kranken erreicht (Kofahl et al., 2011).

Laut des Sondergutachtens des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2015) zeichnen sich die Behandlungsmaßnahmen, die Zielparameter und die Erhebungsinstrumente bei chronisch Kranken durch eine große Heterogenität aus. Eine Analyse der versicherungstragenden „Initiative Gesundheit und Arbeit“ (Betriebskrankenkassen-(BKK)-Dachverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK), Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)) auf der Basis von 19 Reviews bzw. Metaanalysen ermittelte knapp 100 Zielparameter (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2015); noch größer war die Anzahl der Erhebungsinstrumente. Diese Heterogenität verdeutlicht die fehlende Standardisierung der Therapieformen und Therapieziele, wodurch die Evaluation der Effizienz der Behandlungsangebote erschwert wird.

Von den Krankenkassen werden vielfältige Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung gefördert, insbesondere im Rahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 des Sozialgesetzbuches. Am häufigsten werden präventive Angebote in den Bereichen Bewegung und Ernährung genutzt. Gesundheitsbezogene Beratungen und Schulungen (wie DMPs) werden hingegen seltener in Anspruch genommen (Kofahl et al., 2011).

1.1.4 Zukünftige Therapien chronisch Kranker – Präventionsgesetz

Am 19.02.2016 wurde das Präventionsgesetz verabschiedet. In den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (GKV et al., 2016)

wurde festgehalten, dass die gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungen zum gesunden Leben und Arbeiten beitragen. Danach sind die gesetzlichen Krankenkassen bei der Planung und Realisierung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung wichtige Partner der „Lebensweltverantwortlichen“ (GKV et al., 2016), wie Kommunen, Schulen und Betriebe. Beispiele für gesundheitsfördernde Maßnahmen sind die Gestaltung des Arbeitsplatzes sowie Angebote zur Stressbewältigung, Ressourcenstärkung, Bewegungsförderung, Ernährung und Suchtprävention. Insbesondere wurde die Bedeutung der Prävention chronischer Erkrankungen hervorgehoben.

Die gesetzlichen Rentenversicherungsträger sollen Informations- und Beratungsangebote zum Thema „Gesundheitsmanagement“ bereitstellen und individuelle Präventionsangebote für Versicherte anbieten. Weiter wird die Bedeutung multiprofessioneller und modularisierter Leistungen zur Förderung der Eigenverantwortung der Versicherten bei ihrer Gestaltung eines gesundheitsgerechten Lebensstils im Alltag und am Arbeitsplatz betont (GKV et al., 2016).

1.2 AUSWIRKUNGEN DES LEBENSSTILS AUF DIE GESUNDHEIT

Insgesamt ist von einem wachsenden Interesse der Bevölkerung an gesundheitsfördernden Aktivitäten auszugehen. 72 % der Männer und 65 % der Frauen geben an, mehr für ihre Gesundheit tun zu wollen (Techniker Krankenkasse, 2014).

Aus einer Allensbach-Studie geht hervor, dass die meisten Menschen bei der Vorbeugung von Krankheiten auf ihre eigene Kraft vertrauen. Bei der Behandlung von Erkrankungen sprechen sie dagegen Ärzt*innen höhere Kompetenzen zu. Weiter zeigt die Studie, dass 72 % der Bevölkerung (77 % der Frauen, 68 % der Männer) glauben, dass viele körperliche Beschwerden psychische Ursachen haben. Allerdings machen die Patient*innen häufig die Erfahrung, dass Ärzt*innen nur selten auf ihre psychischen Beschwerden eingehen und ihnen sinnvolle Therapieansätze geben (Institut für Demoskopie Allensbach, 2015).

1.2.1 Ernährung

Ein zunehmender Anteil chronischer Erkrankungen ist direkt oder indirekt ernährungsabhängig. Hierzu zählen Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Adipositas, Koronare Herzerkrankung, Gicht, einzelne rheumatische Erkrankungen, Osteoporose, funktionelle Darmerkrankungen und Gastritis. Auch bei degenerativen neurologischen Erkrankungen, weiteren entzündlichen Erkrankungen sowie Depressionen könnte die Ernährung laut Mikrobiomforschung eine ursächliche Rolle spielen (Lynch und Pedersen, 2016).

Eine Fehl- und Überernährung hat komplexe Ursachen. Derzeit wird die Bedeutung und Gestaltung einer gesunden Ernährung weder in der Schule noch in der Ausbildung vermittelt. Gegenläufige Interessen der Lebensmittelindustrie, die Zunahme des Verzehrs von verarbeiteten Fertiggerichten sowie Stress und Zeitmangel gehören zu den Faktoren, die einer ausgewogenen und gesundheitsfördernden Ernährung entgegenstehen. Laut Forschungsergebnissen variiert das Essverhalten stimmungsabhängig. So können fett- und zuckerhaltige Speisen zentrale Belohnungssysteme aktivieren und damit Emotionen modulieren. Die daraus resultierenden stimmungshebenden oder angstlösenden Effekte führen konsekutiv zu entsprechenden Konditionierungen (Leng et al., 2017).

In der Folge stehen viele chronische Erkrankungen im Zusammenhang mit psychosozialen Problemen, Distress und einem gestörten Essverhalten. Diabetes-Patient*innen leiden häufiger unter Demenz, Depressionen, Suchterkrankungen sowie Ess- und Angststörungen (Ducat et al., 2014). Die Leitlinie "Psychosoziales und Diabetes mellitus" fordert, dass Ärzt*innen, Betroffene und Angehörige angesichts des gravierenden Einflusses von psychischen Problemen auf den Verlauf einer Diabetes-Erkrankung ein größeres Bewusstsein für einen gesünderen Lebensstil entwickeln (Kulzer et al., 2013).

Laut Selbstangaben zu Körpergewicht und -größe, die im Rahmen der "Gesundheit in Deutschland aktuell" Studie als Teil des "European Health Interview Survey" (GEDA 2014/2015-EHIS) erhoben wurden, haben in Deutschland 54,0 % der Erwachsenen einen Body Mass Index (BMI) $> 25 \text{ kg/m}^2$ und damit Übergewicht bzw. Adipositas. Männer

sind im Vergleich zu Frauen häufiger von Übergewicht betroffen (BMI 25–30 kg/m², 43,3 % vs. 28,8 %). Die Adipositasprävalenz (BMI > 30 kg/m²) liegt für beide Geschlechter bei etwa 18 % (Schienkiewtz et al., 2017).

Die präventive, aber auch kurative Wirkung einer geeigneten Ernährung wird zunehmend durch klinische Studien belegt. Beispielsweise zeigen aktuelle Daten, dass ein Diabetes mellitus Typ 2 durch eine Ernährungsintervention in eine Remission überführt werden kann (Lean et al., 2019). Eine kalorische Restriktion und / oder eine pflanzenbasierte Ernährung mit nicht-raffinierten statt raffinierten Kohlenhydraten, hohe Gemüse- und Hülsenfruchtanteile sowie vermehrt pflanzliche statt tierische Proteine verbessern die Insulinresistenz und können somit effektiv zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 beitragen (Kahleova et al., 2011; McMacken und Sapan, 2017).

1.2.2 Bewegung

Zur Behandlung und Prävention zahlreicher chronischer Erkrankungen ist nicht nur eine ausgewogenere Ernährung, sondern auch eine ausreichende Bewegung erforderlich. Während in den 1990er Jahren die Empfehlung für Erwachsene noch zumeist lautete, zwei- bis dreimal pro Woche für ca. 45 Minuten Ausdauer- und Kraftsport zu treiben, wird inzwischen ein flexibleres Vorgehen vorgeschlagen (Halle et al. 2008). Hierbei können Bewegungseinheiten fragmentiert sowie moderate Leistungsintensitäten präventiv und kurativ eingesetzt werden. In der Praxis wird auch zunehmend Gehen mit einer definierten Ziel-Schrittzahl empfohlen. Hierbei werden heute Intensitäten von 7000–10000 Schritte pro Tag angestrebt (Tudor-Locke und Basset, 2004; Halle et al. 2008).

In der Realität laufen die Deutschen im Mittel lediglich 5200 Schritte pro Tag (Althoff et al., 2017). Nur ein Drittel der Menschen in Deutschland bewegt sich täglich mehr als 60 Minuten. Jeder Vierte verbringt mehr als neun Stunden im Sitzen; bei jedem Neunten sind es sogar elf Stunden (Techniker Krankenkasse, 2016a). Langes Sitzen gilt inzwischen als eigenständiger Risikofaktor.

Verschiedene Erkrankungen und chronische Beschwerden stehen im Zusammenhang mit einer unzureichenden Bewegung. So ist der Bewegungsmangel ein Hauptgrund für

die verbreitete Diagnose Lumbalgie. Aber auch Cephalgien, kardiovaskuläre Erkrankungen, arterielle Hypertonien, funktionelle Darmerkrankungen, Adipositas, eine erhöhte Infektanfälligkeit sowie depressive psychische Erkrankungen stehen mit dem Fehlen von ausreichender Bewegung in Zusammenhang (Booth et al., 2012; Schuch et al., 2016).

Übersteigt die im Sitzen verbrachte Zeit den Wert von 42 Stunden pro Woche, nimmt das Risiko für psychische Erkrankungen um mehr als 30 % zu (Schuch et al., 2016), Insbesondere Frauen, die keinen Sport treiben und täglich viele Stunden sitzend verbringen, zeigen ein deutlich höheres Risiko für Depressionen. Verschiedene Studien belegen inzwischen den positiven Effekt von körperlichen Aktivitäten auf die depressive Symptomatik (Kvam et al., 2016; Schuch et al., 2016).

1.2.3 Stress / Entspannung

Nach Angaben der WHO ist Stress eines der größten Gesundheitsrisiken des 21. Jahrhunderts (WHO, 2004). Im Durchschnitt sind sechs von zehn Deutschen gestresst; jeder fünfte steht unter Dauerstress, fühlt sich stark erschöpft und leidet unter gesundheitlichen Stressfolgen (z. B. Muskelverspannungen, Rückenschmerzen, Erschöpfungszustände, Kopfschmerzen, Erkältungskrankheiten). 2008 waren in Deutschland ca. 40.000 Arbeitskräfte insgesamt 10 Millionen Tage wegen Burnout-Symptome arbeitsunfähig. Diese Anzahl ist in den vergangenen fünf Jahren um 17 % gestiegen (Techniker Krankenkasse, 2009; 2016a). Laut einer Studie der Allgemeinen Ortskrankenkasse haben sich zwischen 2004 und 2010 die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Burnout-Symptomen auf nahezu das Neunfache erhöht (Badura et al., 2011).

Eine Stressexposition ist für den Menschen nicht generell als negativ zu bewerten. Positiv konotierter Stress (Eustress) wirkt motivationssteigernd und unterstützt die persönliche Entwicklung eines Menschen. Dagegen führt eine lang andauernde und als nicht mehr kontrollierbar empfundene Stressbelastung (Distress) zur Überforderung und langfristig zu gesundheitlichen Folgen. Viele Menschen empfinden die moderne Arbeitswelt

aufgrund von Zeitdruck, Konkurrenz und der zunehmenden Komplexität als subjektiv belastend. Als Risikofaktoren für die Gesundheit haben sich in den vergangenen Jahren unter anderem die ständige Erreichbarkeit, die erhöhte Mobilität und die Beschleunigung von Prozessabläufen herauskristallisiert (Techniker Krankenkasse, 2016b).

Die physiologische Reaktion des Körpers auf Stressoren beinhaltet einen Anstieg des Blutdrucks und der Atemfrequenz. Daneben kommt es zur Sekretion von Stresshormonen (z. B. Adrenalin, Cortisol, Dopamin). Pathophysiologische Folgen sind unter anderem ein erhöhter Muskeltonus, eine gesteigerte Schmerzwahrnehmung und Störungen bei der Schmerzverarbeitung (Selye, 1956). Menschen, die über einen langen Zeitraum Stress ausgesetzt sind, neigen dazu, einen krankheitsfördernden Lebensstil zu entwickeln (Techniker Krankenkasse 2016b).

Eine Beteiligung von Stress an der Pathogenese gilt für zahlreiche Erkrankungen inzwischen wissenschaftlich als gesichert. Stress spielt u. a. bei der Entstehung von Bluthochdruck, koronaren Herzkrankheiten (Steigerung der kardiovaskulären Mortalität), psychischen Erkrankungen (insbesondere Depressionen), Kopfschmerzen, Erkältungen, Verdauungsbeschwerden und Schlafstörungen eine Rolle. Des Weiteren scheint eine chronisch erhöhte sympatoadrenerge Aktivität sowie Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse mit der Freisetzung von Glukokortikoiden eine Immunsuppression zu vermitteln (Dobos und Paul, 2011).

Derzeit fehlen jedoch weitgehend Beratungs- und Hilfsangebote am Arbeitsplatz, um die Ursachen für die Entstehung von Stress zu minimieren. Im privaten Sektor ist bei den Entspannungskursen (z. B. Yoga, Meditation) ein deutlicher Zuwachs zu verzeichnen. Wie andere Krankenkassen auch, gibt die Deutsche Krankenversicherung (DKV) auf ihrer Homepage Hinweise zum Umgang mit Stress (Deutsche Krankenversicherung, 2011). Als Säulen der Stressbewältigung werden die gedankliche Bewertung von Herausforderungen, die Minimierung von Ängsten und Sorgen sowie die Abkehr von Perfektionsbestrebungen genannt. Zudem empfiehlt die Krankenkasse, sich Unterstützung von professionellen Angeboten zu holen und Ärzt*innen nach geeigneten Entspannungsmethoden zu fragen (Larisch, 2017). Aktuell ist aber eine adäquate Wissensvermittlung zu Entspannungsmethoden nicht Teil des Curriculums des Medizinstudiums.

Die Bertelsmann-Stiftung bemängelt die unzureichende Struktur der Hilfestellungen, worunter die Therapietreue chronisch Erkrankter leidet. Dem deutschen Gesundheitssystem fehlt danach eine effektive Einbindung der Patient*innen und eine Förderung ihrer Eigenverantwortung. Insgesamt gibt es für Ärzt*innen und Patient*innen in diesem Kontext zu wenig Anregungen und Unterstützung (Behner et al., 2012). Ausführliche und sich wiederholende Behandlungsgespräche, um Stress zu adressieren und Entspannung zu fördern, werden in der Realität in den Arztpraxen aus Zeit- und Wissensmangel sowie aufgrund einer unzureichenden Vergütung solcher Angebote kaum geführt.

Unter den Entspannungstechniken gibt es beispielhaft für die Meditation eine wachsende Anzahl von wissenschaftlichen Evidenzen für den körperlichen und psychischen Nutzen. Eine Metaanalyse von 47 Placebo-kontrollierten Studien kam zu dem Ergebnis, dass Meditation helfen kann, psychischen Stress sowie Angst, Depression und assoziierte Schmerzen zu reduzieren (Goyal et al., 2014).

In einer achtwöchigen, randomisierten, kontrollierten Studie mit 93 Teilnehmenden führte die Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) zu einer signifikanten Verringerung der Angstsymptome (Hoge et al., 2013). In dieser Studie wurden verschiedene valide und reliable Fragebögen angewendet (Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), Clinical Global Impression of Severity and Improvement (CGI-S and CGI-I), Beck Anxiety Inventory (BAI), Trier Social Stress Tests (TSST)). In einer weiteren Studie zu einer speziellen Form der Meditation (Metta-Meditation) empfanden die Patient*innen nach sieben Wochen mehr Glücksgefühle, Zufriedenheit und Dankbarkeit (Fredrickson et al., 2008).

Die medizinisch positiven Effekte verschiedener Meditationstechniken (z. B. Atemmeditation, Gehmeditation, Metta-Meditation, Transzendente Meditation (TM)) wurden in zahlreichen klinischen Studien evaluiert und überwiegend positiv bewertet (Grossman et al., 2004; Goyal et al., 2014). Allerdings fehlen Studien zu den therapeutischen Effekten von Meditation und Entspannungstechniken als Bestandteil multimodaler Programme zur Behandlung chronisch kranker Menschen. In der vorliegenden Arbeit werden diese Effekte untersucht. Anhand validierter Testskalen wird evaluiert, inwiefern sich diese Übungen auf das physische und psychische Wohlbefinden der Patient*innen auswirken. Weiter wird die Nachhaltigkeit dieser Effekte analysiert.

1.2.4 Naturheilkunde und Selbsthilfestrategien

Die Kernverfahren der Naturheilkunde beruhen im Wesentlichen auf der individuellen körpereigenen Regulation, auf Heilkräfte durch Anwendung natürlicher Heilreize und / oder auf gesundheitsfördernde Lebensstilmodifikationen (Ärztammer Berlin, 2020). Bei naturheilkundlichen Selbsthilfestrategien wird der Patient aktiv in die Therapie mit einbezogen und zur entsprechenden Lebensstilmodifikation (z. B. ausreichende Bewegung, gesunde Ernährung, Praktizieren von Entspannungsübungen) motiviert und angehalten.

1.2.5 Soziale Unterstützung

Soziale Beziehungen beeinflussen die Lebensqualität eines Menschen und damit auch seine Gesundheit. Eine fehlende soziale Einbindung fördert die Entstehung verschiedener Erkrankungen. Insbesondere der protektive Effekt sozialer Beziehungen vor Stress und Belastung verringert das Risiko für die Entstehung von Krankheiten (Eller et al., 2005). In diesem Kontext ist die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft und das damit verbundene Gefühl, in Notsituationen aufgefangen zu werden, von besonderer Bedeutung (Leppin und Schwarzer, 1997).

Umgekehrt machen chronisch Erkrankte häufig die Erfahrung, dass sich ihr soziales Netzwerk verkleinert. Die möglichen Gründe für eine Abkehr von einer erkrankten Person sind vielfältig. Neben der Angst vor einer Ansteckung bei übertragbaren Krankheiten ist das Umfeld der chronisch Erkrankten mit der Situation häufig überfordert. Insbesondere das Gefühl „nicht helfen zu können“ führt bei vielen Menschen dazu, den Erkrankten zu meiden. Aufgrund der Abwendung von Bekannten und Freunden ziehen sich die Erkrankten ebenfalls zurück (Haslbeck et al., 2015).

Da soziale Beziehungen den Krankheitsverlauf sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können, ist die Wissensvermittlung zu diesem Aspekt und die Hilfe zum Aufbau gesunder sozialer Netzwerke ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Die

Stärkung kommunikativer und sozialer Fähigkeiten sowie des Umgangs mit sich selbst sind als integraler Therapiebestandteil in Form von praktischen Übungen in Einzel- und Gruppeninterventionen sinnvoll. Der positive Effekt der sozialen und emotionalen Unterstützung im Kontext chronischer Erkrankungen war ein wesentlicher Grund für die Etablierung von Gruppensettings im Konzept der Tagesklinik (von Scheidt, 2013).

1.2.6 Integration von Therapien in den Alltag – Compliance und deren Implikationen

Die Nachhaltigkeit von Lebensstilmodifikationen, gesundem Verhalten, aber auch die Umsetzung von Therapieempfehlungen sind wichtige Punkte bei der Genesung und für die weitere Sekundär- und Tertiärprävention. Dazu gehören zum einen die Compliance bei der Einnahme verordneter Medikamente und im Bereich der nicht-pharmakologischen Maßnahmen primär die Aufnahme und die Verstetigung eines gesundheitsfördernden Lebensstils. Ein Mangel an Adhärenz wurde vielfach als eine der wesentlichen Limitierungen des Nutzens von Maßnahmen zur Lebensstilmodifikation identifiziert. Laut einer Studie der Booz & Company und der Bertelsmann-Stiftung zur Therapietreue (Behner et al., 2012) halten insgesamt 20–30 % der Patient*innen mindestens eine der mit Ärzt*innen vereinbarten Maßnahmen nicht ein. Zu den Gründen zählen neben mangelnden Informationen und einer eingeschränkten Motivation auch das Fehlen unterstützender bzw. die Existenz störender Rahmenbedingungen.

Eine fehlende Therapietreue hat Auswirkungen auf den Patient*innen (z. B. potenzielles Auftreten von Komplikation und Krankheitsprogredienz) und auf die Gesellschaft (z. B. steigende Gesundheitskosten, Abnahme der Arbeitsproduktivität).

Bei der Aneignung eines gesünderen Lebensstils müssen Patient*innen alte Konditionierungen durchbrechen. Dies gelingt kaum in kurzfristigen Rehabilitationsprogrammen; eine begleitete Integration der Lebensstilmodifikationen in den Alltag scheint aufgrund des langfristigen Lernerfolgs und der Motivation zur Adhärenz zielführender (Wadden et al. 2007).

1.3 ORDNUNGSTHERAPIE UND MIND-BODY MEDIZIN (MBM)

Bei der Ordnungstherapie handelt es sich um ein klassisches Heilverfahren der Naturheilkunde, bei dem der Fokus auf der Gestaltung des Lebensalltags der Patient*innen liegt. Die Therapie soll die Patient*innen in die Lage versetzen „Ordnung“ im psychischen und somatischen Lebensbereich zu schaffen, auf schädliche Einflüsse zu verzichten und gesundheitsfördernde Parameter zu stärken. Die Basis bildet eine ausgewogene Ernährung, eine gesunde Körperwahrnehmung sowie ein Gleichgewicht zwischen Bewegung und Entspannung (Dobos und Paul 2011).

Ein Hauptanliegen der MBM ist die Reduktion von Stress und die Entwicklung von gesundheitserhaltenden bzw. -fördernden Strategien zur Bewältigung von chronischen Erkrankungen oder Belastungen (Michalsen, 2010; Michalsen, 2018).

Das National Institute of Health (NIH) in Washington D.C. definiert die MBM wie folgt: “Mind / body medicine focuses on the interactions among the brain, mind, body, and behavior, and the powerful ways in which emotional, mental, social, spiritual, and behavioral factors can directly affect health. It regards as fundamental an approach that respects and enhances each person’s capacity for self-knowledge and self-care, and it emphasizes techniques that are grounded in this approach” (National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2006).

1.4 FRAGESTELLUNG

Die vorliegende Studie dient der Evaluation eines innovativen lebensstilbasierten, integrativen Programms zur Behandlung chronisch Erkrankter im Rahmen der Tagesklinik für Naturheilkunde und Mind-Body Medizin am Immanuel Krankenhaus Berlin. Das in der Tagesklinik des Immanuel Krankenhauses Berlin hinterlegte medizinische Konzept mit zwölf Terminen über zwölf Wochen basiert auf den Prinzipien und Therapieempfehlungen der sogenannten Ordnungstherapie der klassischen Naturheilkunde in Verbindung mit dem in den USA geprägten Begriff und Konzept der

MBM. Das therapeutische Konzept fokussiert zum einen auf den gesundheitsfördernden Elementen der strukturierten Lebensstilmodifikation in den oben genannten Bereichen und zum anderen auf Aspekten der Selbstwirksamkeit sowie auf ein motivationsgestütztes und ressourcenorientiertes Verhaltensmodifikationskonzept unter Einbezug des Wunsches vieler Patient*innen, an der Genesung aktiv beizutragen.

Im Kontext einer prospektiven Beobachtungsstudie wurde explorativ als primärer Endpunkt der Einfluss der Maßnahmen auf die mit dem Short Form-12 Health Survey (SF-12) bestimmte gesundheitsbezogene Lebensqualität definiert.

Weitere explorative Endpunkte bildeten Effekte der tagesklinischen Maßnahmen auf

- die depressive und Angstsymptomatik (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)
- das Stressausmaß (Perceived Stress Scale, PSS-10)
- das subjektive Wohlbefinden (WHO-Five Well-Being Index, WHO-5)
- den Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und dem subjektiven Wohlbefinden (Self compassion scale – deutsche Version, SCS-D)

Weiter wurde mit selbstkonzipierten Fragebögen der Einfluss der MBM-basierten Therapie auf die Lebensstilbereiche Bewegung, Entspannung / Meditation und Ernährung abgeschätzt sowie die subjektive Gesamtbeurteilung des Programms durch die Patient*innen ermittelt .

2 METHODIK

2.1 STUDIENDESIGN

Die therapeutischen Effekte der intensivierten MBM der Tagesklinik des Immanuel Krankenhauses wurden mit Hilfe einer einarmigen prospektiven Kohortenstudie untersucht. Die Daten zum Gesundheitsstatus der Patient*innen, zum Lebensstil und zur Lebensqualität wurden zu Beginn (V1) und zum Ende des zwölfwöchigen Tagesklinikprogramms (V2) sowie drei Monate nach Abschluss (V3) mittels strukturierter Fragebögen erhoben. Die Fragebögen zu Beginn und am Ende des Tagesklinikprogramms (V1, V2) wurden den Patient*innen direkt ausgehändigt. Ein weiterer Fragebogen (V3) wurde den Patient*innen drei Monate nach Abschluss des Tagesklinikprogramms per Post und mit einem beiliegenden frankierten Rückumschlag zugesandt. Die Patient*innen wurden gebeten, die ausgefüllten Fragebögen am Ende des Tages an die Therapeut*innen zurückzugeben bzw. den zugesandten Bogen zeitnah wieder zurückzuschicken.

Die Studie wurde in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki (World Medical Association, 2018) und nach den internationalen Standards zur Guten Klinischen Praxis (Good Clinical Practice Network, o. J.) durchgeführt. Zusätzlich wurden die Bundes- und Landesdatenschutzgesetze erfüllt.

Die Erhebungen bei den Patient*innen waren Teil der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung am Immanuel Krankenhaus Berlin. Alle Teilnehmenden wurden über Art und Ziel der Erhebung informiert und unterschrieben eine Einwilligungserklärung (informed consent). Die Datenschutzregularien des Immanuel Krankenhauses Berlin wurden entsprechend beachtet.

2.2 PATIENT*INNEN

Die Rekrutierung der Patient*innen für die Aufnahme in die Tagesklinik erfolgte im Zeitraum von Mai 2014 bis Oktober 2015 über die Einweisungen von behandelnden

Haus- oder Fachärzt*innen an die teilstationäre Tagesklinik des Immanuel Krankenhaus, Königstr. 63, 14109 Berlin-Wannsee. Nach regulärer Aufnahme in die Tagesklinik wurden in einem zweiten Gespräch die Patient*innen über die Studie informiert. Dabei wurde abgeklärt, ob die Patient*innen die Ein- und Ausschlusskriterien der Studie erfüllten. Waren alle Kriterien erfüllt, erfolgte bei vorliegendem Einverständnis der Patient*innen, die Aufnahme in die Studie.

2.2.1 Einschlusskriterien

Folgende Erkrankungen wurden für die Aufnahme in die Tagesklinik berücksichtigt:

- Allergien
- Burn-out / Erschöpfungszustände
- chronische gastroenterologische Erkrankungen (z. B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Reizdarm)
- chronische Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Hypertonie)
- chronische Lungenerkrankungen und Allergien
- chronische Schmerzzustände (z. B. Arthrose, Neuropathie, Rückenschmerzen)
- Hauterkrankungen (z. B. Neurodermitis, Schuppenflechte)
- rheumatische Erkrankungen (z. B. Fibromyalgie)
- Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes mellitus)

Außerdem wurde im Vorgespräch geklärt, ob die Proband*innen eine ausreichende Motivation für die zeitintensive Therapie besaßen. Nach allgemeinen Vorgaben der Klinik wurden nur Patient*innen mit einem Wohnort im Radius von 50 km von der Klinik aufgenommen.

2.2.2 Ausschlusskriterien

Folgende Ausschlusskriterien wurden berücksichtigt:

- fehlende medizinische Indikation oder nicht ausreichende Motivation zu dieser zeitintensiven Therapie
- laufendes Rentenverfahren
- Sprachbarrieren, kognitive Einschränkungen, Beeinträchtigung der Hörfähigkeit die es der Person erschwert, dem Programm befriedigend zu folgen – auch um eine Kränkungssituation und Beschämung zu vermeiden
- körperliche Einschränkungen und / oder Schmerzen, die die Teilnahme an den angebotenen Übungen und / oder an einem siebenstündigen Therapietag verhindern könnten
- ausgeprägte Depression (mit verminderter Eigenaktivität)
- ausgeprägte (Sozial-)Ängste oder Zwangsstörungen
- ausgeprägte Sucht (Nikotin, Alkohol, bewusstseinsverändernde Substanzen)
- ausgeprägte Persönlichkeitsstörungen
- akute psychiatrische Erkrankungen / in nicht akuten Fällen bei nicht hinreichender Kenntnis der Frühwarnsymptome und mangelnder Compliance hinsichtlich der Medikamenteneinnahme

Vor Studienbeginn erhielten die potenziellen Studienteilnehmenden eine zu unterschreibende Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie. Darin wurden insbesondere die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmung thematisiert. Es wurden lediglich Patient*innen aufgenommen, die die Einschlusskriterien erfüllten und gegen kein Ausschlusskriterium verstießen. Zur Identifikation der Patient*innen erhielten diese eine fortlaufende Identifikationsnummer. Durch dieses Verfahren wurde sichergestellt, dass die in der Studie erhobenen Daten keinem konkreten Patienten bzw. keiner konkreten Patientin zugeordnet werden konnten.

2.3 MESSINSTRUMENTE / ZIELPARAMETER

Das Ziel der vorliegenden Studie war die Evaluation der Lebensqualität sowie des allgemeinen psychischen und körperlichen Befindens der Patient*innen und des Einflusses der Umsetzung des tagesklinischen Programms auf chronische Beschwerden. Es wurden folgende Zielparameter mit den entsprechenden Messinstrumenten analysiert:

Analyse des primären (explorativen) Endpunktes:

- Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Short Form-12 Health Survey (SF-12)

Weitere explorative Endpunkte:

- depressive und Angstsymptomatik – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- Stressausmaß – Perceived Stress Scale (PSS-10)
- Subjektives Wohlbefinden – WHO-Five Well-Being Index (WHO-5)
- Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und dem subjektiven Wohlbefinden – Self compassion scale – deutsche Version (SCS-D)

Weitergehende Analysen – selbstkonzipierte Fragebögen:

- anamnestischer Fragebogen
- Fragebogen zum Lebensstil und Gesundheitsverhalten – Bewegung (Formen, Häufigkeit, durchschnittliche Dauer pro Bewegungseinheit, Verbesserung)
- Fragebogen zum Lebensstilbereich und Gesundheitsverhalten – Entspannung / Meditation
- Fragebogen zum Lebensstilbereich und Gesundheitsverhalten – Ernährung
- Fragebogen zur subjektiven Gesamtbeurteilung des Programms durch die Patient*innen

2.3.1 Short Form-12 Health Survey (SF-12)

Bei dem SF-12 handelt es sich um eine Kurzfassung des SF-36 mit zwölf Fragen (Ware et al., 1996). Der SF-36 gehört zu den am besten untersuchten Messinstrumenten zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Garratt et al., 2002). Es handelt sich um ein generisches Messinstrument, da die Fragen allgemein gehalten sind und nicht auf ein spezifisches Krankheitsbild abzielen (Bellach et al., 2000). Mit dem SF-12 schätzen die Befragten ihren psychischen, körperlichen und sozialen Zustand ein. Die Beantwortung der Fragebogen erfolgt auf Likert-Skalen, die in Abhängigkeit von der Fragestellung zwei bis sechs Stufen beinhalten. Mit den zwölf Fragen werden acht Dimensionen der Gesundheit abgedeckt (körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, Schmerz, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden) und als Subskalen erfasst. In der vorliegenden Arbeit wurde ausschließlich der Summenscore verwendet. Hohe Skalenwerte im SF-12 entsprechen einem besseren Gesundheitszustand.

2.3.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Bei dem HADS handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Einschätzung der depressiven und Angstsymptomatik (Zigmond und Snaith, 1983). Die Gütekriterien des Fragebogens (Validität, Reliabilität, Praktikabilität) und die klinische Relevanz der deutschen Version des HADS (HADS-D) wurden vielfach bestätigt (Herrmann und Buss, 1994). Mit Hilfe umfangreicher Patient*innen- und Bevölkerungsstichproben aus unterschiedlichen Ländern wurden Norm- und Referenzwerte festgelegt (Herrmann und Buss, 1994). Um eine Konfundierung der Ergebnisse durch organische Krankheiten zu vermeiden, enthält der HADS keine Fragen nach körperlichen Symptomen psychischer Störungen (Hoyer und Margraf, 2013). Bei jeder der 14 Fragen des HADS gibt es eine vierstufige Antwortmöglichkeit in Form einer Likert-Skala. Der HADS zeichnet sich durch eine hohe interne Kohärenz und Validität aus (Herrero et al., 2003; Herrmann 1997; Herrmann et al., 1995).

Die Subskalen Angst und Depression bestehen aus jeweils sieben Fragen. In beiden Subskalen können somit maximal 21 Punkte erreicht werden (42 Punkte für die Gesamtskala). Werte bis 7 Punkte gelten für beide Subskalen als unauffällig, Werte zwischen 8–10 Punkte als suspekt und Werte > 10 Punkte als auffällig (Herrmann und Buss, 1994).

2.3.3 Perceived Stress Scale (PSS-10)

Der PSS-10 gehört zu den etablierten psychologischen Fragebögen zur Messung des Ausmaßes von Stress. Das Messinstrument stellt fest, wie unvorhersehbar, unkontrollierbar und überwältigend und damit belastend Lebensumstände empfunden werden. Der PSS-10 besteht aus zehn Fragen mit je fünf Antwortmöglichkeiten (0 = nie, 1 = fast nie, 2 = manchmal, 3 = relativ häufig, 4 = sehr häufig). Damit ist eine maximale Punktzahl von 40 Punkten erreichbar. PSS-10-Score-Werte bis 13 Punkte gelten als niedriges Stresslevel, 14–26 Punkte als moderates Stresslevel und ab 27 Punkte als hohes Stresslevel (Cohen und Williamson 1988; Cohen et al., 1983).

2.3.4 WHO-Five Well-Being Index (WHO-5)

Der von der WHO entwickelte Fünf-Fragen-Test ist ein Screeningtest zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens (WHO, 1998). Er erfordert wenig Zeit und kann den Verdacht auf das Vorliegen einer Depression erhärten (Topp et al., 2015). Bei jeder Frage können Werte von 0–5 angegeben werden. Damit ist maximal eine Punktzahl von 25 erzielbar. Ein hoher Gesamtwert spricht für ein hohes Wohlbefinden und eine gute Lebensqualität. Summenwerte ab 13 Punkte sprechen für ein gutes Wohlbefinden, Summenwerte unter 13 Punkten für eine behandlungsbedürftige Überlastung, ein Burnout oder eine mögliche Depression. Sie sind aber nur als Hinweis zu werten und ersetzen keine Diagnostik (WHO, 1998).

2.3.5 Self compassion scale – deutsche Version (SCS-D)

Das Persönlichkeitsmerkmal “Self-compassion” (selbstbezogenes Mitgefühl) spielt beim Umgang mit belastenden Ereignissen eine dominante Rolle. Die Self-Compassion fördert die Resilienz gegenüber negativen Erlebnissen. Die Self-Compassion korreliert invers mit Indikatoren für psychische Belastungen. Die SCS umfasst 26 Items zu den drei Basiskomponenten der Self-Compassion (selbstbezogene Freundlichkeit, verbindenden Humanität, Achtsamkeit) (Hupfeld und Ruffieux, 2011). Der SCS-D ist die deutsche Version der SCS. Die in der vorliegenden Arbeit verwendete Kurzfassung mit zwölf Items gilt als reliabel und valide (Hupfeld und Ruffieux, 2011; Neff 2016). Im Vergleich mit den Gesamtergebnissen der langen Ausführung zeigt sich eine nahezu perfekte Korrelation (Raes et al., 2011). Bei jedem der Items gibt es fünf Antwortmöglichkeiten („sehr selten“ bis „sehr oft“). Die Auswertung des Gesamt-SSC-D ergibt Werte zwischen 1 und 5 Punkten, 1–2,5 Punkte entsprechen einer geringen, 2,5–3,5 Punkte einer moderaten und 3,5–5 Punkte einer stark ausgeprägten Self-Compassion. Die durchschnittlichen Werte liegen um 3 Punkte (Neff, 2003b; Hupfeld und Ruffieux, 2011).

2.3.6 Weitergehende Analysen – selbstkonzipierte Fragebögen

Weitere Parameter wurden über die von den Studienleiter*innen (Chefarzt Prof. Andreas Michalsen, Diplom Psychologin Christel von Scheidt) konzipierten Fragebögen (Mantelbogen) erhoben. Der zum ersten Zeitpunkt V1 (vor der Intervention) ausgeteilte Fragebogen beinhaltete einen soziodemografisch-anamnestischen Teil mit Informationen zum Alter, zum Geschlecht, zur Erwerbstätigkeit und zu Art und Stärke der chronischen Erkrankung. Der zweite und dritte Fragebogen (V2, V3 nach Abschluss der Programms bzw. drei Monate später) enthielt Fragen zu folgenden Bereichen:

- allgemeinen Zufriedenheit mit dem Programm,
- Umsetzbarkeit der Übungen (Anzahl, Dauer, Integrierbarkeit in den Alltag),
- Zufriedenheit mit den verschiedenen Aspekten des Programms (Konzept, Therapeut*innen, Ärzt*innen, Gruppendynamik)
- Beurteilung des Nutzens der Informationen und Übungen
- Effekte des Programms auf die Lebensqualität, die psychischen Beschwerden und

die Anzahl der Ärzt*innen- und Therapeut*innenbesuche

- Einschätzung der Wirksamkeit der Tagesklinik im Vergleich zu Einzelprogrammen

Weiter thematisierten die Fragebögen (V1, V2, V3) die Lebensstilbereiche Bewegung, Entspannung / Meditation und Ernährung. Dabei wurden die Patient*innen gebeten, ihre ausgeübten Sportarten / Entspannungsmethoden zu dokumentieren und Häufigkeit, die Dauer und die Effektivität der ausgeübten Einheiten abzuschätzen. Im Lebensstilbereich Ernährung wurde das Konsumverhalten der Patient*innen bezüglich verschiedener Lebensmittel erhoben. Weiter sollten die Patient*innen die Geschwindigkeit ihres Essverhaltens bewerten und Fragen zum Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Essverhalten beantworten.

2.4 DATENMANAGEMENT

Die erhobenen Daten wurden mithilfe des Programms Microsoft® Excel gespeichert. Für die Qualitätskontrolle der Dateneingabe wurde eine Stichprobe von 10 % der Daten analysiert. Dabei wurde eine Fehlerquote < 1 % toleriert. Die über die Nummern der Patient*innen pseudonymisierten Daten wurden auf Korrektheit und Plausibilität geprüft. Danach wurden die Datensätze auf Datenträgern gespeichert und in das SPSS®-Datenformat übertragen.

2.5 INTERVENTION – TAGESKLINIK FÜR NATURHEILKUNDE

Die Tagesklinik für Naturheilkunde bietet ein multimodales Trainingsprogramm basierend auf der MBM an. Das Therapieangebot ist ein Gruppenangebot für 12–14 Teilnehmende. Es umfasst insgesamt zwölf Wochen, in denen jeweils 16 Stunden die vermittelten Übungen trainiert werden sollen. Das Training am ersten Tag jeder Woche (7 Stunden) findet in der Tagesklinik in Form einer Gruppentherapie statt. In dem Intervall bis zum nächsten Gruppentermin (6 Tage) sollen die Patient*innen die erlernten Übungen zuhause vertiefen und in ihren Alltag einbauen (insgesamt 9 Stunden, täglich 1,5 Stunden). Bei dem folgenden Gruppentermin haben die Patient*innen die Möglichkeit,

ihre Erfahrungen bezüglich der eigenständig durchgeführten Übungen zu besprechen. Dieses Vorgehen dient dazu, den individuellen Umstellungsprozess der Patient*innen zu unterstützen und zu begleiten.

Das Tagesklinikprogramm enthält Elemente aus verschiedenen evidenzbasierten Interventionen. Es setzt sich aus Entspannungs-, Meditations- und Bewegungsübungen sowie Ernährungskursen und Übungen zur Verbesserung der sozialen und emotionsregulierenden Kompetenzen zusammen. Ein weiterer wichtiger Bestandteil des Programms ist die Vermittlung von Wissen über den Einfluss des Lebensstils auf den Erhalt der Gesundheit bzw. die Entstehung von Krankheiten sowie von Strategien zum Umgang mit Stress und Erkrankungen. Des Weiteren lernen die Patient*innen eine vollwertige gesundheitsfördernde Ernährung (z. B. ayurvedische oder mediterrane Küche) kennen. Auch naturheilkundliche Methoden (z. B. Tees, Kneipp'sche Güsse, Wickel), die die Patient*innen zu Hause selber anwenden können, werden vermittelt.

Ein Hauptziel des Programms ist es, die Patient*innen zu befähigen, das Erlernte im Alltag umzusetzen und ihren Lebensstil entsprechend zu ändern, um ihre körperliche Funktionsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern. Daneben liegt der Fokus aber auch auf der Stärkung der Achtsamkeit, der Krankheits-Akzeptanz und der Vermittlung von Fähigkeiten zur Krankheitsbewältigung.

Das im Gruppensetting durchgeführte Programm basiert auf einem salutogenetischen und ressourcenorientierten Ansatz. Der Vorteil des Gruppensettings ist die gegenseitige soziale und emotionale Unterstützung der Teilnehmenden. Eine Anpassung des Programms an die individuelle Leistungsfähigkeit der Teilnehmenden ist jederzeit möglich.

2.6 ÄRZTLICHE UND THERAPEUTISCHE BETREUUNG

Die Leitung der Tagesklinikgruppen erfolgt durch erfahrene klinische MBM-Therapeut*innen. Die Therapeut*innen haben die Aufgabe, die verschiedenen Methoden des Programms zu vermitteln und den individuellen Übungsprozess der Teilnehmenden

zu begleiten. Das Team der MBM-Therapeut*innen besteht aus akademisch ausgebildeten Psycholog*innen, Pädagog*innen und Sporttherapeut*innen. Für die ernährungsphysiologischen Kursinhalte sind Ernährungsberater*innen zuständig.

Die medizinische Begleitung wird durch Ärzt*innen der Abteilung für Naturheilkunde sichergestellt. Die ärztliche Betreuung umfasst ein umfangreiches medizinisches Vor- und Abschlussgespräch und eine Visite pro Therapietag. In den Gesprächen werden neben den aktuellen physiologischen Symptomen auch die Fortschritte und Rückschläge der Therapie thematisiert.

2.7 STATISTIK

Bei der vorliegenden Analyse handelt es sich um eine explorative Pilotstudie, die keine confirmatorischen primären Endpunkte aufweist und für die keine Fallzahlschätzung für ein primäres Zielkriterium vorgenommen wurde.

Die erhobenen Daten wurden mittels statistischer Kennwerte beschrieben. Bei kontinuierlichen Daten wurden Mittelwert (MW), Standardabweichung (SD), Minimum, Maximum und Anzahl gültiger Werte erhoben. Kategoriale Daten wurden mittels absoluter und prozentualer Häufigkeiten erfasst. Die Ergebnisse der Fragebögen zum Zeitpunkt V1 (Baseline) und V2 (Visite 1) wurden mit dem zweiseitigen t-test verglichen. Signifikante Werte sind mit * versehen. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < 0,05$ festgelegt. Für alle weiteren Endpunkte wurden Intragruppenvergleiche mit dem Wilcoxon-Test durchgeführt. In den Grafiken wurden der Mittelwert und der Standardfehler dargestellt. Da es sich um eine explorative Studie handelt, wurden keine Adjustierungen durchgeführt.

3 ERGEBNISSE

3.1 STUDIENPOPULATION

3.1.1 Rekrutierung – Drop-outs

Die Rekrutierung der Patient*innen erfolgte im Zeitraum von Mai 2014 bis Oktober 2015. Von 221 Patient*innen, die sich aufgrund von Überweisungen von behandelnden Ärzt*innen zur Tagesklinik angemeldet hatten, erklärten sich 99 Patient*innen bereit an der Studie teilzunehmen und füllten den ersten Fragebogen aus (V1). Zum Abschluss der Tagesklinik füllten 84 Patient*innen den zweiten Fragebogen (V2) aus und nach weiteren drei Monaten schickten 72 Patient*innen den Follow-Up Fragebogen (V3) zurück (siehe Abbildung 1).

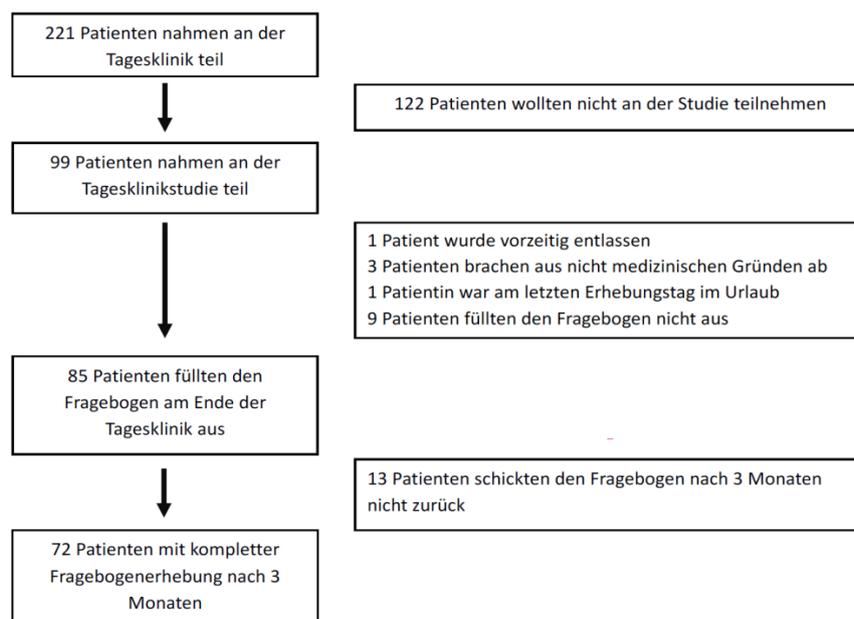


Abbildung 1: Flow-Chart der vorliegenden Studie

Die Drop-out Rate nach Beginn der Intervention betrug somit 14,14 % von V1 auf V2 und 13,13 % von V2 auf V3. Drei Patient*innen brachen das Tagesklinikprogramm ab, ein Patient wurde vorzeitig entlassen und eine Patientin war am letzten Tageskliniktag im Urlaub.

3.1.2 Soziodemografische Daten

An der Studie nahmen elf Männer und 86 Frauen teil. Somit waren 86,8 % der Studienteilnehmenden weiblich. Das Durchschnittsalter des Gesamtkollektivs lag bei 53 ± 10 Jahren. Die jüngste Patientin war 32 Jahre alt, die älteste Patientin 75 Jahre (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Alter und Geschlecht der Patient*innen

Charakteristikum	
Alter in Jahre (MW \pm SD)	53 \pm 10
Geschlecht in % (n)	
weiblich	86,8 % (86)
männlich	11,1 % (11)
NA	2,1 % (2)

NA = keine Angaben

In Abbildung 2 ist der Status der Berufstätigkeit der Teilnehmenden dargestellt. Der größte Anteil der Teilnehmenden (62 %) war berufstätig, 8 % waren arbeitssuchend, 17 % waren berentet. 1 % der Teilnehmenden befand sich in der Ausbildung / im Studium, 9 % waren arbeitsunfähig und 3 % machten keine Angabe.

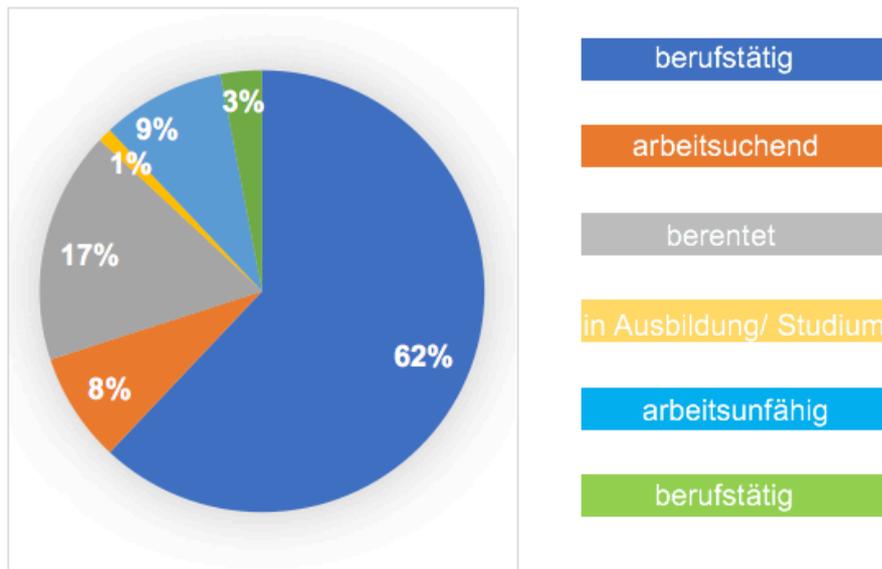


Abbildung 2: Verteilung des Status der Berufstätigkeit im Gesamtkollektiv

Von den arbeitsunfähigen Teilnehmenden gaben drei Patient*innen an, mehr als ein Jahr arbeitsunfähig zu sein. Zwei Patient*innen waren bereits zwei Jahre arbeitsunfähig. 61 % der erwerbstätigen Teilnehmenden befanden sich in einem Angestelltenverhältnis, 10 % waren selbstständig und jeweils eine Patientin war beamtet bzw. Hausfrau. 25 % der Teilnehmenden machten keine Angabe.

3.1.3 Gesundheitsstatus

Die Erkrankungen, die zur Teilnahme der Patient*innen an der MBM-Therapie der Therapie führten, waren vielfältig (siehe Tabelle 2). Die häufigsten Indikationen waren Erschöpfungssyndrome / Burnout (n = 54), Kopfschmerzen / Migräne (n = 25), chronische Schmerzsyndrome (n = 23), Bluthochdruck (n = 23), Fibromyalgie (n = 14), Reizdarmsyndrome (n = 13) und Allergien (n = 12).

Tabelle 2: Erkrankungen im Gesamtkollektiv

Erkrankung	Anzahl der Patient*innen
Rheuma	9
Diabetes	7
Chronisches Schmerzsyndrom	23
Bluthochdruck	23
Fibromyalgie Syndrom	14
Koronare Herzerkrankung	3
Kopfschmerzen / Migräne	25
Asthma	6
Allergie	12
Colitis ulcerosa	4
Erschöpfungssyndrom / Burnout	54
Reizdarmsyndrom	13
Sonstiges:	21
Sonstige rheumatische Erkrankungen	1
Kardiologische Krankheiten	5
Psychovegetative Krankheiten	9
Onkologische Krankheiten	1
Orthopädische Krankheiten	5

Das allgemeine körperliche Befinden (bezogen auf die letzten 3 Wochen) erhoben mit einer visuellen Analogskala (VAS) von 0 (= keine Beschwerden) bis 10 (= unerträgliche Beschwerden) lag im Durchschnitt bei 5 ± 2 (= mittelstarke Beschwerden). Das allgemeine psychische Befinden erhoben mit einer VAS von 0 (= sehr gut) bis 10 (= sehr schlecht) lag durchschnittlich beim gleichen Wert (= mittelmäßig, siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Stärke der körperlichen Beschwerden und aktuelle psychische Befindlichkeit

Stärke der körperlichen Beschwerden (MW \pm SD) *	5 \pm 2
Aktuelle psychische Befindlichkeit (MW \pm SD) **	5 \pm 2

* 0 = keine Beschwerden, 10 = unerträgliche Beschwerden

** 0 = sehr gut, 10 = sehr schlecht

3.2 VERÄNDERUNGEN DER GESUNDHEITSBEZOGENEN LEBENSQUALITÄT WÄHREND DER MIND-BODY THERAPIE (PRIMÄRER ENDPUNKT)

Die mit dem SF-12 gemessene Lebensqualität lässt sich anhand zweier Subskalen beschreiben, die in Abbildung 3 dargestellt sind.

Zu Beginn der Tagesklinik bewerteten die Patient*innen ihre körperliche Gesundheit mit $39,62 \pm 9,91$ Punkten. Nach Abschluss der Tagesklinik stieg die Punktzahl um durchschnittlich $8,19 \pm 14,74$ Punkte (V2 versus V1) an. Nach weiteren drei Monaten (V3 versus V1) lag die Punktzahl noch um $7,99 \pm 15,00$ Punkte über dem Ausgangswert. Beide Unterschiede waren mit einem $p < 0,001$ hochsignifikant.

Zu Beginn der Maßnahme bewerteten die Patient*innen ihre psychische Gesundheit mit $37,11 \pm 10,57$ Punkten. Am Ende der Tagesklinik war die Punktzahl um durchschnittlich $11,93 \pm 14,26$ Punkte gestiegen (V2 versus V1) und nach weiteren drei Monaten um durchschnittlich $11,74 \pm 15,76$ Punkte (V3 versus V1). Diese Unterschiede waren mit p-Werten $< 0,001$ hochsignifikant.

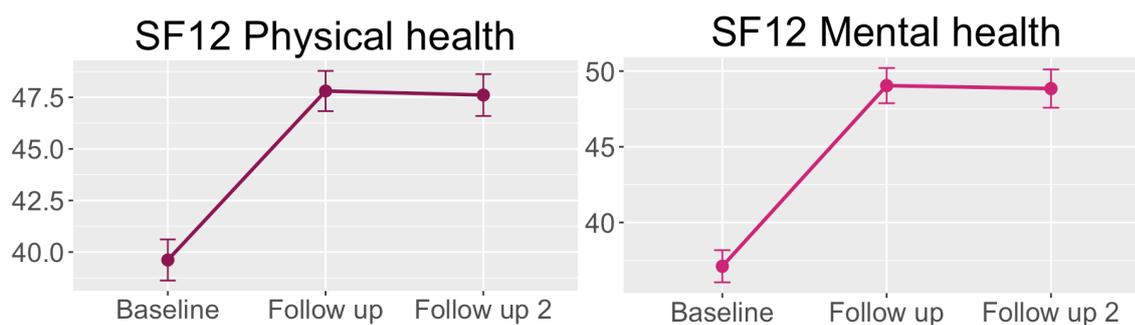


Abbildung 3: Entwicklung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-12) für die Messzeitpunkte V1, V2 und V3

3.3 VERÄNDERUNGEN VON ASPEKTEN DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT UND LEBENSQUALITÄT WÄHREND DER MIND-BODY THERAPIE (SEKUNDÄRE ENDPUNKTE)

3.3.1 Selbstbeurteilung der depressiven Symptome und Angstsymptome (HADS)

Die Selbstbeurteilung von depressiven Symptomen und Angstsymptomen wurde über die drei Summenskalen HADS-total, HADS-Angst und HADS-Depression evaluiert, um sowohl die Veränderung der gesamten Symptomatik, als auch die Parameter Angst und Depression einzeln darzustellen (siehe Abbildung 4).

Zu Beginn der Tagesklinik (V1) betrug die mittlere Punktzahl der HADS total $19,47 \pm 4,22$. Zum Abschluss der Tagesklinik V2 gaben die Patient*innen durchschnittlich $-1,74 \pm 5,55$ Punkte weniger an als zum Zeitpunkt V1. Dieser Unterschied war mit einem p-Wert von 0,01 signifikant. Drei Monate nach Abschluss der Tagesklinik (V3) betrug der Unterschied zu den Baseline-Werten (V1) $-0,78 \pm 5,71$ Punkte. Diese Differenz war mit einem p-Wert von 0,18 nicht signifikant.

Die Subskala HADS-Angst ergab vor Beginn der Tagesklinik $10,85 \pm 2,58$ Punkte. Am Ende der Tagesklinik (V2) sank dieser Wert um $-1,47 \pm 3,39$ Punkte. Nach drei Monaten betrug die Differenz zwischen den Werten V1 und V3 $-1,29 \pm 3,16$ Punkte. Beide Unterschiede waren mit $p < 0,001$ signifikant.

Bei der Subskala HADS-Depression gaben die Patient*innen zu Beginn der Tagesklinik im Mittel $8,62 \pm 2,3$ Punkte und zum Abschluss der Tagesklinik $-0,21 \pm 3,21$ Punkte weniger an. Dieser Unterschied war mit einem $p = 0,44$ nicht signifikant. Drei Monate nach Abschluss der Tagesklinik lagen die Werte um $0,58 \pm 3,8$ Punkte höher als zu Beginn. Aber auch dieser Anstieg (V1 nach V3) war nicht signifikant ($p = 0,23$).

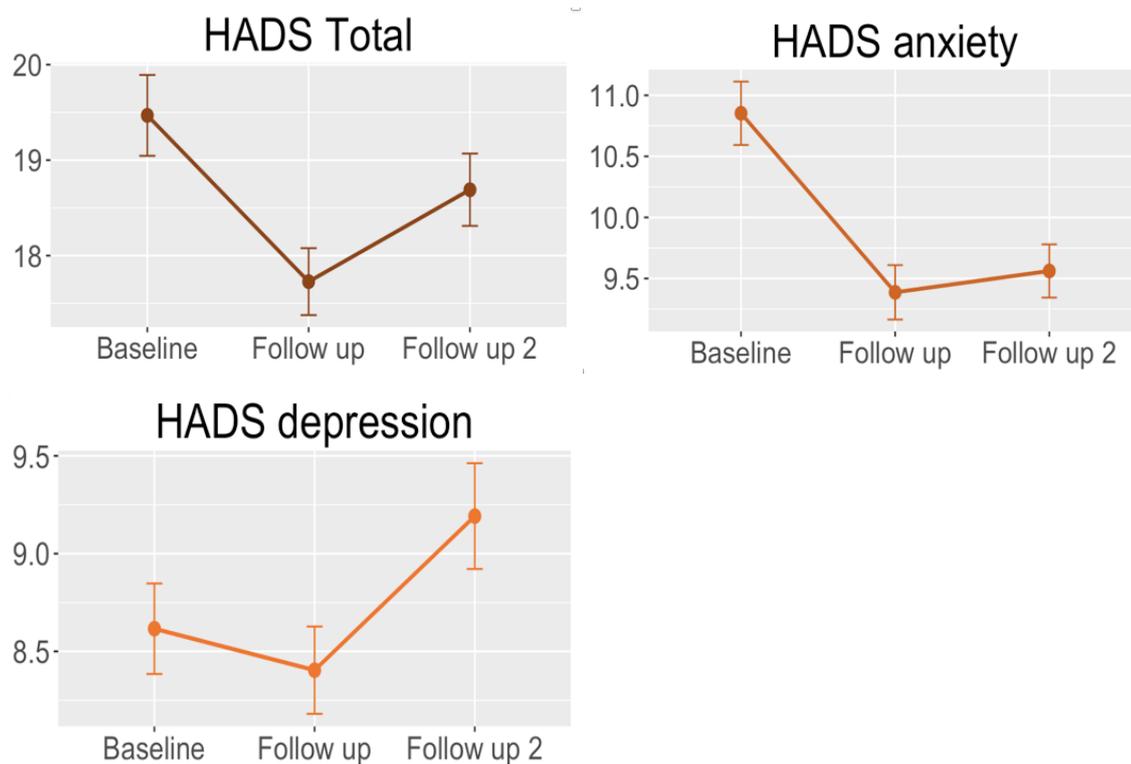


Abbildung 4: Entwicklung der depressiven Symptome und Angstsymptome (HADS-total, HADS-Angst, HADS-Depression) für die Messzeitpunkte V1, V2 und V3

3.3.2 Subjektive Bewertung des Stressausmaßes (PSS-10)

Das Ausmaß des empfundenen Stresses der Patient*innen wurde mit der Summenskala des PSS-10 (PSS-10) erhoben (siehe Abbildung 5). Am Anfang der Tagesklinik (V1) erreichten die Patient*innen im Durchschnitt $22,38 \pm 7,02$ Punkte. Am Ende der Tagesklinik gaben die Patient*innen durchschnittlich $-6,42 \pm 10,04$ Punkte (V2 versus V1) weniger an und nach weiteren drei Monaten $-4,49 \pm 10,38$ Punkte (V3 versus V1) weniger. Beide Unterschiede waren mit einem $p < 0,001$ hochsignifikant.

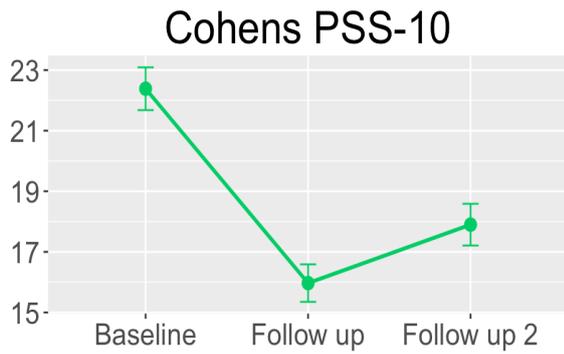


Abbildung 5: Entwicklung der subjektiven Bewertung des Stressausmaßes (PSS-10) für die Messzeitpunkte V1, V2 und V3

3.3.3 Subjektives Wohlbefinden (WHO-5)

Mit dem WHO-5 lässt sich das Wohlbefinden und die Lebensqualität abschätzen (siehe Abbildung 6). Zu Beginn der Tagesklinik bewerteten die Patient*innen ihr Wohlbefinden mit $9,64 \pm 5,46$ Punkten. Am Ende der Tagesklinik war dieser Wert um $4,26 \pm 7,47$ Punkte (V2 versus V1) gestiegen. Drei Monate nach Beendigung der Tagesklinik lag der Wert um $2,58 \pm 7,88$ Punkten über dem Baseline-Wert (V1 versus V3). Alle Unterschiede waren mit einem $p < 0,001$ hochsignifikant.

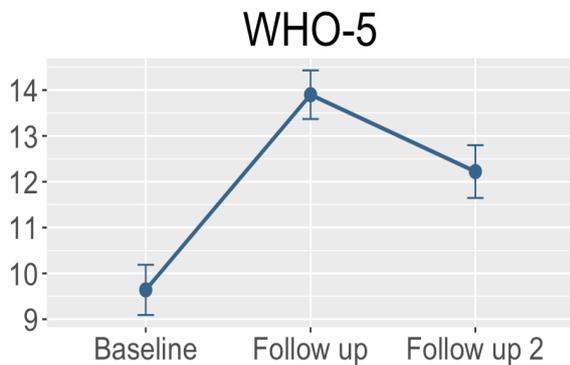


Abbildung 6: Entwicklung des subjektiven Wohlbefindens (WHO-5) für die Messzeitpunkte V1, V2 und V3

3.3.4 Psychische Belastung / Subjektives Wohlbefinden (SCS-D)

Am Anfang der Tagesklinik gaben die Patient*innen einen durchschnittlichen SCS-D von $3,00 \pm 0,74$ Punkten an (siehe Abbildung 7). Dieser Wert stieg bis zum Ende der Tagesklinik um $+0,44 \pm 1,02$ Punkte (V2 versus V1) und nach drei weiteren Monaten um $+0,38 \pm 1,06$ Punkte (V3 versus V1) an. Die Verbesserung war in beiden Fällen mit einem $p < 0,001$ hochsignifikant.

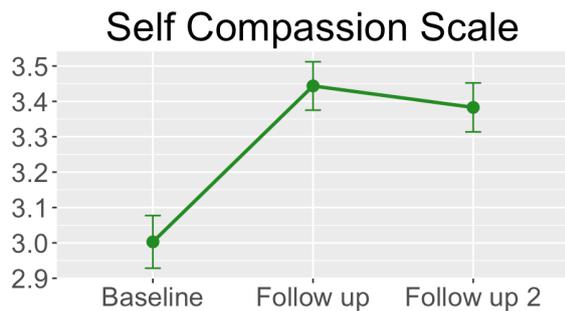


Abbildung 7: Entwicklung der psychischen Belastung und des subjektiven Wohlbefindens (SCS-D) für die Messzeitpunkte V1, V2 und V3

3.4 ALLGEMEINE BEWERTUNG DES TAGESKLINIKPROGRAMMES

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung mit dem eigens konzipierten, ausführlichen Fragebogen dargestellt.

Bei der allgemeinen Bewertung des Tagesklinikprogrammes gaben nahezu alle Patient*innen an, „sehr zufrieden“ (1 Punkt) bzw. „zufrieden“ (2 Punkte) zu sein. Der Durchschnittswert lag zum Zeitpunkt V2 bei 1,41 Punkten und zum Zeitpunkt V3 bei 1,50 Punkten (siehe Tabelle 4). Im Mittel setzten die Patient*innen zum Zeitpunkt V2 6,16 und zum Zeitpunkt V3 4,5 Übungen um. Die durchschnittliche Zeit für die Übungen pro Tag betrug zum Zeitpunkt V2 30,7 Minuten und zum Zeitpunkt V3 27,7 Minuten.

Die Frage, ob es den Patient*innen gelingt, das Erlernte in den Alltag zu integrieren, wurde zum Zeitpunkt V2 / V3 von 39 / 31 Patient*innen mit „trifft zu“ bzw. „trifft voll und ganz zu“ beantwortet und von 33 / 36 Patient*innen mit „trifft eher nicht zu“ bzw. „trifft gar nicht zu“. Der Durchschnitt lag zum Zeitpunkt V2 bei 2,43 Punkten und zum Zeitpunkt V3

bei 2,49 Punkten. Als Schwierigkeiten bei der Umsetzung gaben die meisten Patient*innen (n =45 bzw. n = 34) eine „zu geringe Disziplin“ an. 19 bzw. 11 Patient*innen waren der Ansicht, dass eine „zu hohe Zielsetzung“ die Integration in den Alltag erschwert hätte (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Gesamtbewertung des Programms – Umsetzung der Übungen – Mittelwerte zum Zeitpunkt V2 und V3

Item	Antwortmöglichkeiten	Mittelwerte	
		V2 n = 84	V3 n = 72
Zufriedenheit mit dem Therapieprogramm	1 = sehr zufrieden 2 = zufrieden 3 = weniger zufrieden 4 = unzufrieden	1,41	1,50
Wie viele von den in der Tagesklinik empfohlenen Übungen konnten Sie in Ihren Alltag integrieren?	Antwortmöglichkeiten von 1–10	6,1	4,9
Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich für die Übungen am Tag auf?	Angaben in Minuten	30,7	27,7
Mir fiel es leicht, das Gelernte in den Alltag einzubauen.	1 = trifft voll / ganz zu 2 = trifft zu 3 = trifft eher nicht zu 4 = trifft gar nicht zu	2,43	2,49
Falls es Schwierigkeiten bei der Umsetzung im Alltag gab, welche waren die hauptsächlichen Hürden? (Mehrfachantworten möglich)	Zu hohe Zielsetzung Fehlende Erfolgserlebnisse Zu geringe Disziplin Fehlende Unterstützung Sonstiges NA	19 4 45 8 10 14	11 7 34 3 7 7

Patient*innen mit Antwort „keine Angaben“ wurden nicht in die Berechnung aufgenommen

Nahezu alle Patient*innen gaben eine Verbesserung der Lebensqualität an (Tabelle 5). Der Mittelwert lag zum Zeitpunkt V2 bei 1,09 und zum Zeitpunkt V3 bei 1,29. Auch bei den körperlichen Beschwerden verspürte die Mehrheit der Patient*innen zum Zeitpunkt V2 mit 1,26 und zum Zeitpunkt V3 mit 1,34 eine Verbesserung. Im Durchschnitt hatten sich die körperlichen Beschwerden laut Angaben der Patient*innen um 45,8 % (V2) bzw. 42,9 % (V3) verbessert. Die überwiegende Mehrheit der Patient*innen verspürte auch eine Verbesserung ihrer psychischen Beschwerden (V2: 1,08; V3: 1,24). Das Ausmaß der Verbesserung bezifferten die Patient*innen durchschnittlich mit 52,2 % (V2) bzw. 50,3 % (V3). Die meisten Teilnehmenden waren eher der Ansicht, dass ein ähnlicher

Erfolg durch den Besuch von Einzelkursen nicht möglich gewesen wäre (V2: 3,21, V3: 3,24). Die meisten Teilnehmenden bewerteten die Zahl der Besuche bei Ärzt*innen und Therapeut*innen als reduziert oder unverändert (V2: 2,24 Punkte; V3: 2,37 Punkte).

Tabelle 5: Verbesserung der Lebensqualität und der körperlichen / psychischen Beschwerden

Item	Antwortmöglichkeiten	Mittelwerte	
		V2	V3
		n = 84	n = 72
Verbesserung der Lebensqualität		1,09	1,29
Verbesserung der körperlichen Beschwerden	1 = ja 2 = nein	1,26	1,34
Verbesserung der psychischen Beschwerden		1,08	1,24
Ausmaß der Verbesserung der körperlichen Beschwerden (%)		45,8	42,9
Ausmaß der Verbesserung der psychischen Beschwerden (%)		52,2	50,3
Wäre ein vergleichbarer Erfolg auch durch den Besuch von Einzelkursen möglich gewesen?	1 = trifft voll / ganz zu 2 = trifft zu 3 = trifft eher nicht zu 4 = trifft gar nicht zu	3,21	3,24
Zahl der Ärzt*innen- und Therapeut*innenbesuche		2,24	2,36

Patient*innen, die keine Angaben machten, wurden nicht berücksichtigt.

In der nachfolgenden Tabelle 6 sind die Ergebnisse zu detaillierten Beurteilung des Tagesklinikprogramms zusammengefasst. Einige der Fragen beantworteten die Patient*innen nur zum Zeitpunkt V2. Auffällig war die gute Beurteilung in allen Bereichen. Die Patient*innen empfanden sowohl das Gesamtkonzept und die Informationsinhalte als auch die Arbeit der Therapeut*innen bzw. der Ärzt*innen als positiv. Auch das Gruppensetting wurde von den Patient*innen als wichtig und unterstützend angesehen.

Die Mehrzahl der Patient*innen war der Ansicht zu den Themen Bewegung (V2: MW = 1,79, V3: MW = 2,06) und Entspannung (V2: MW = 1,77; V3: MW = 1,80) wichtige Informationen erhalten zu haben.

Tabelle 6: Detaillierte Bewertung des Programms – Mittelwerte zum Zeitpunkt V2 und V3

Item – Antwortmöglichkeiten 1 = trifft voll / ganz zu 2 = trifft zu 3 = trifft eher nicht zu 4 = trifft gar nicht zu	Mittelwerte	
	V2 n = 84	V3 n = 72
Das Gesamtkonzept war für mich sehr motivierend und unterstützend.	1,52	
Insgesamt habe ich wichtige Informationen erhalten.	1,52	
Die Therapeutin / der Therapeut ist gut auf individuelle Fragen eingegangen.	1,44	
Die Therapeutin / der Therapeut hat sich verständlich ausgedrückt.	1,33	
Die Gruppe der Mitpatient*innen war für mich sehr wichtig und unterstützend.	1,44	
Die ärztliche Visite war für mich sehr unterstützend.	1,76	
Insgesamt habe ich in den Visiten wichtige Informationen erhalten.	1,62	
Die Ärztin / der Arzt ist gut auf individuelle Fragen eingegangen.	1,44	
Die Ärztin / der Arzt hat sich verständlich ausgedrückt.	1,41	
Zu Bewegung wichtige Infos erhalten, die für meinen Lebensalltag sehr hilfreich sind.	1,79	2,06
Zu Entspannung wichtige Infos erhalten, die für meinen Lebensalltag sehr hilfreich sind.	1,77	1,80

Patient*innen mit Antwort „keine Angaben“ nicht in die Berechnung aufgenommen

Die folgenden Fragen zum Zeitpunkt V2 sollten klären, ob die Informationen und / oder praktischen Übung für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie für den Umgang mit der Erkrankung hilfreich waren (Tabelle 7). Die Patient*innen waren mehrheitlich der Ansicht, dass das Tagesklinikprogramm bei dem Verständnis von Gesundheit und Krankheit hilfreich ist (MW = 1,91). Subjektiv nützlich war das Programm für die Patient*innen auch hinsichtlich der Stress- und Spannungsreduktion, der Verhaltensänderung, der Entspannung im Alltag und der Wahrnehmung der eigenen Grenzen.

Tabelle 7: Beurteilung des Nutzens des Tagesklinikprogramms für das Verständnis von Gesundheit / Krankheit und für den Umgang mit der Erkrankung – Mittelwerte zum Zeitpunkt V2

Die Informationen und / oder die praktischen Übungen waren hilfreich für:	Antwortmöglichkeiten	Mittelwerte
		V2
		n = 84
Entstehung von Gesundheit und Krankheit	1 = trifft voll / ganz zu 2 = trifft zu 3 = trifft eher nicht zu 4 = trifft gar nicht zu	1,91
Stress und Spannungsregulation		1,49
Verhaltensänderung		1,58
Ausgleich zu alltäglichen Belastungen (Entspannung im Alltag)		1,69
Eigene Grenzen wahrnehmen und einhalten (Bedeutung meiner Krankheit)		1,72

Patient*innen mit Antwort „keine Angaben“ wurden nicht in die Berechnung aufgenommen.

Weiter wurden die Patient*innen befragt, welche Anteile des Tagesklinikprogrammes sie als hilfreich bewerten (siehe Tabelle 8). Insgesamt fiel die positive Bewertung der naturkundlichen Heilmittel und der Achtsamkeitsübungen / Tag der Achtsamkeit auf.

Tabelle 8: Beurteilung des Nutzens der Bestandteile des Tagesklinikprogramms und weiterer Parameter – Mittelwerte zum Zeitpunkt V2

Folgende Interventionen waren hilfreich:	Antwortmöglichkeiten	Mittelwerte
		V2
		n = 84
Kneippsche Güsse (Hydrotherapie)	1 = trifft voll / ganz zu 2 = trifft zu 3 = trifft eher nicht zu 4 = trifft gar nicht zu	2,04
Naturheilkundliche Hausmittel		1,70
ABC (Wahrnehmungs- und Bewertungsgewohnheiten)		2,04
Inneres Team (Kommunikation nach innen)		1,97
4 Ohren der Kommunikation (Kommunikation nach außen)		2,08
Mein soziales Netz		2,10
Achtsamkeitsübungen /Tag der Achtsamkeit		1,79

¹ n = 69; ² n = 71; ³ n = 70; ⁴ n = 68: Patient*innen mit Antwort „keine Angaben“ wurden nicht in die Berechnung aufgenommen.

3.5 VERÄNDERUNGEN IN DEN LEBENSSTILBEREICHEN WÄHREND DER MIND-BODY THERAPIE

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Analyse der Entwicklung der drei Lebensstilbereiche Bewegung, Entspannung / Meditation und Ernährung vor und nach der Mind-Body Intervention dargestellt.

3.5.1 Lebensstilbereich – Bewegung

Die ausgeübten Formen der Bewegung der Patient*innen waren vielfältig (siehe Abbildung 8). Die am häufigsten angegebenen Bewegungsformen zu Beginn der Tagesklinik (V1) waren Radfahren (n = 52), Yoga (n= 22), Schwimmen (n = 17) Walking (n = 17) bzw. Nordic Walking (n = 10), und Qigong (n = 7). 37 Patient*innen gaben sonstige Bewegungsformen an. Am Ende der Tagesklinik (V2) und nach weiteren drei Monaten (V3) hatte sich das Spektrum der ausgeübten Bewegungsformen verschoben. Auffällig war insbesondere die abnehmende Zahl der Patient*innen, die Fahrradfahren als Bewegungsform angaben. Hingegen nahm die Zahl der Patient*innen, die Walking, Yoga und Qigong betrieben, zu.

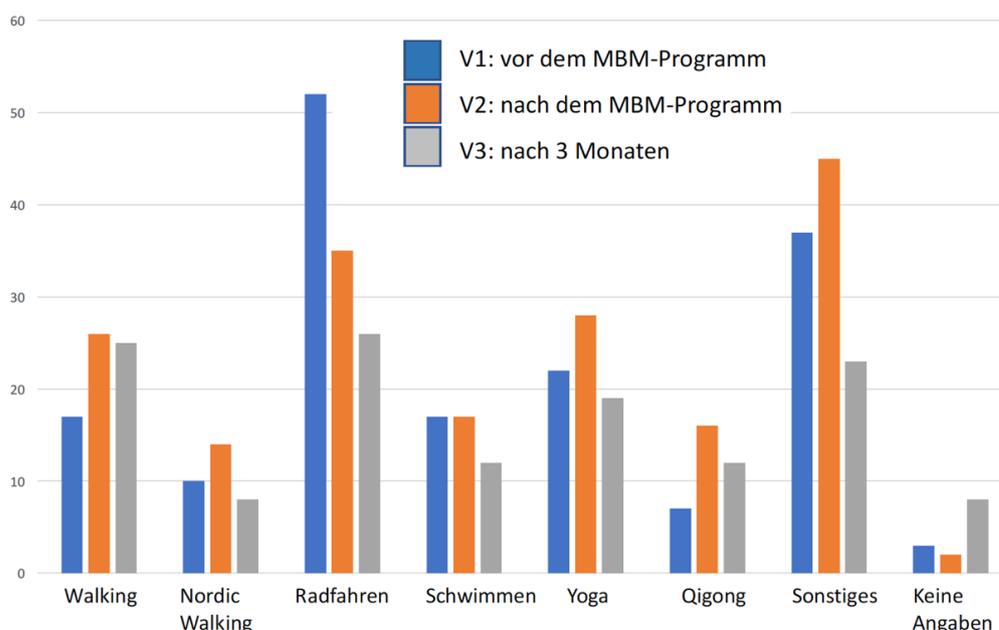


Abbildung 8: Lebensstilbereich Bewegung – ausgeübte Bewegungsformen zum Zeitpunkt V1, V2 und V3 (Mehrfachnennungen möglich)

Untersucht wurde auch die Häufigkeit und Dauer der von den Patient*innen durchgeführten Bewegungseinheiten zu den verschiedenen Zeitpunkten (siehe Abbildung 9).

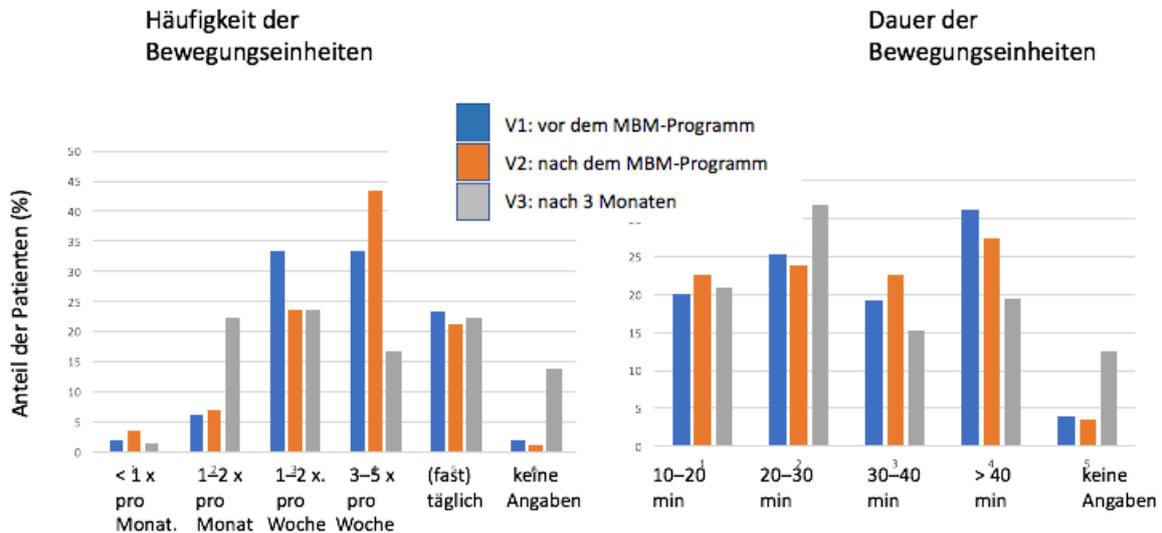


Abbildung 9: Häufigkeit und Dauer der Bewegungseinheiten der Patient*innen zu V1, V2 und V3

Dargestellt sind Prozentanteile (V1: n = 99; V2: n = 84; V3: n = 72)

Außerdem wurden die Patient*innen befragt, ob sich durch die Bewegung ihre Symptome verbessern (siehe Abbildung 10).

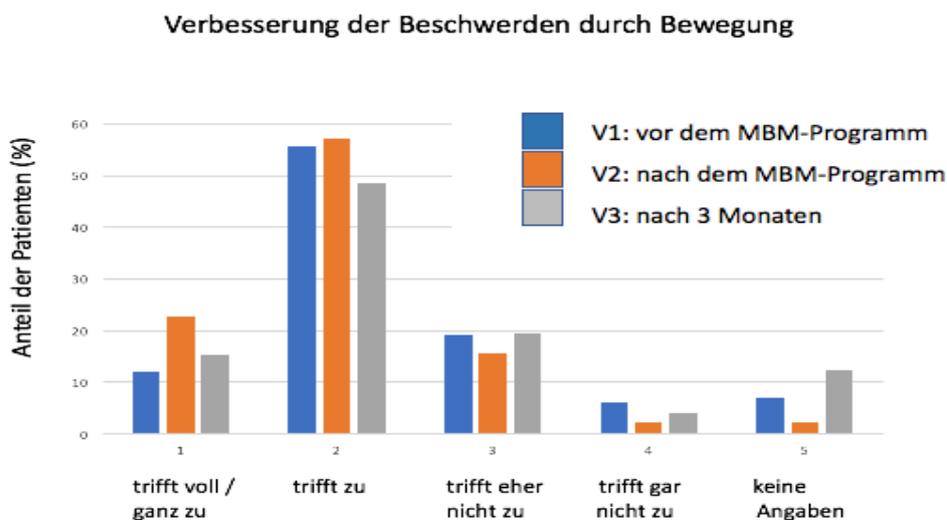


Abbildung 10: Verbesserung der Beschwerden durch Bewegung zu V1, V2 und V3
Dargestellt sind Prozentanteile (V1: n = 99, V2: n = 84; V3: n = 72)

Die Patient*innen bewegten sich 3–5 x pro Woche zwischen 10 Minuten und mehr als 40 Minuten (siehe Abbildung 9). Die Werte zum Zeitpunkt V1 und V2 waren vergleichbar. Zum Zeitpunkt V3 war eine leichte Abnahme erkennbar. Die durchschnittliche Dauer der Bewegungseinheiten lag bei etwa 30 Minuten mit einer leicht abnehmenden Tendenz von V1 bis V3. Die Mehrheit der Patient*innen war der Ansicht, dass sich ihrer Beschwerden durch die Bewegung verbesserte. Insgesamt war im Verlauf eine leicht zunehmende Tendenz der subjektiven Einschätzung der Effektivität erkennbar.

Tabelle 9: Häufigkeit, Dauer und Einschätzung der Wirksamkeit der Bewegungseinheiten – Mittelwerte zu V1, V2, V3

Item	Antwortmöglichkeiten	Mittelwerte		
		V1 n = 99	V2 n = 84	V3 n = 72
Häufigkeit der Bewegung	1 = < 1 x im Monat; 2 = 1–2 x im Monat; 3 = 1–2 x pro Woche; 4 = 3–5 x pro Woche; 5 = fast täglich	3,71 (n = 97)	3,77 (n = 83)	3,42 (n = 62)
Dauer der Bewegung	1 = 10–20 Minuten; 2 = 20–30 Minuten; 3 = 30–40 Minuten; 4 = > 40 Minuten	2,67 (n = 95)	2,62 (n = 82)	2,42 (n = 64)
Einschätzung der Effektivität der Bewegung	1 = trifft voll und ganz zu; 2 = trifft zu; 3 = trifft eher nicht zu; 4 = trifft gar nicht zu	2,19 (n = 92)	2,06 (n = 81)	2,27 (n = 63)

Patient*innen, die keine Angaben machten, wurden nicht berücksichtigt.

3.5.2 Lebensstilbereich – Entspannung / Meditation

Zu Beginn der Tagesklinik gaben 14 Patient*innen an, Übungen zur progressiven Muskelentspannung in ihren Alltag integriert zu haben, elf Patient*innen absolvierten Autogenes Training und 22 Patient*innen meditierten. 17 Patient*innen gaben sonstige Entspannungsformen an (z. B. Musik, sonstige Körperübungen, siehe Abbildung 11). Nach dem MBM-Programm der Tagesklinik ergab sich ein differenzierteres Bild bei den Meditationsformen, auch weil die Teilnehmenden diese nach dem Kurs besser unterscheiden konnten und sie spezifischer abgefragt wurden. Insbesondere Minis und Atemmeditationen wurden jeweils von knapp der Hälfte der Teilnehmenden zum

Zeitpunkt V2 genutzt.

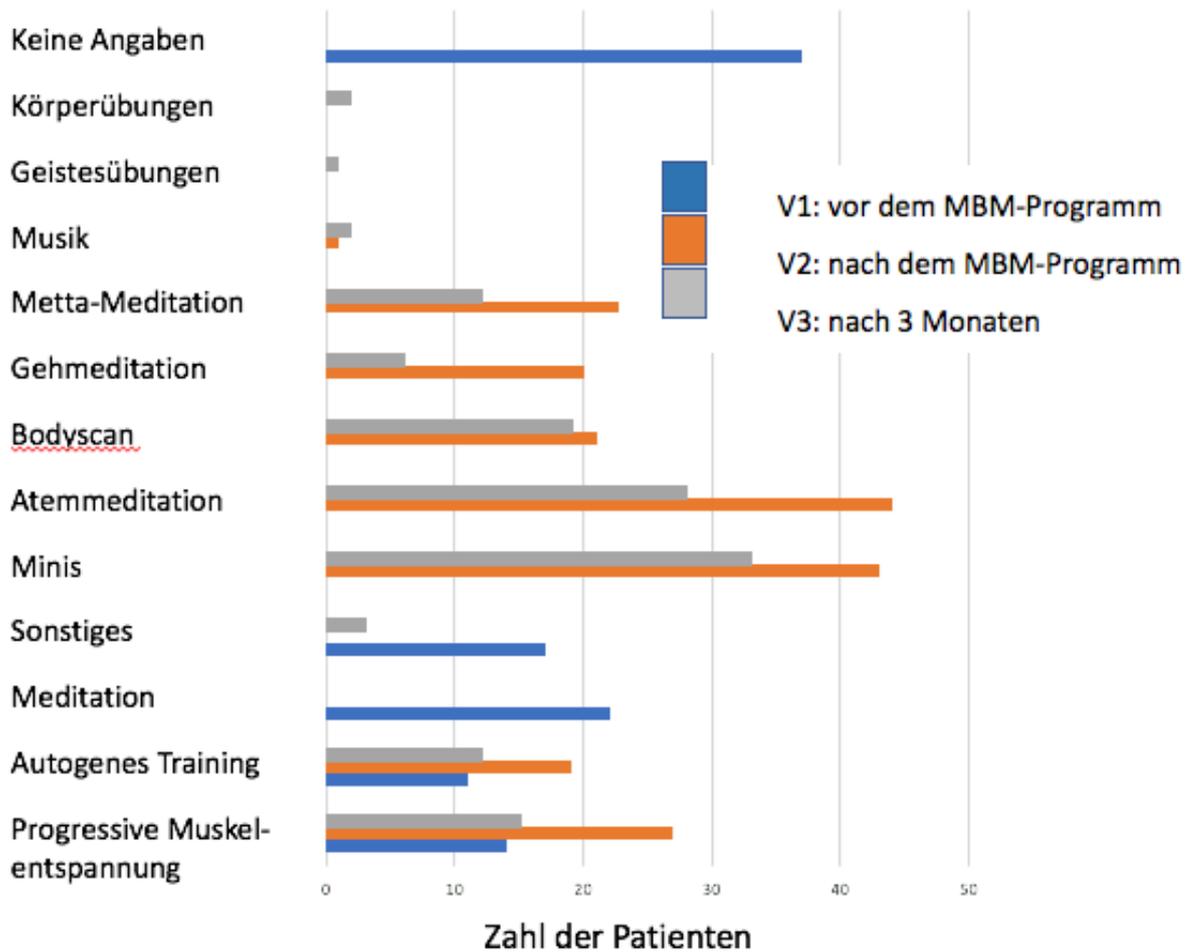


Abbildung 11: Lebensstilbereich Entspannung – ausgeübte Entspannungsformen zum Zeitpunkt V1, V2 und V3 (Mehrfachnennungen möglich)

Untersucht wurde auch die Häufigkeit und Dauer der von den Patient*innen durchgeführten Entspannungseinheiten zu den verschiedenen Zeitpunkten (siehe Abbildung 12).

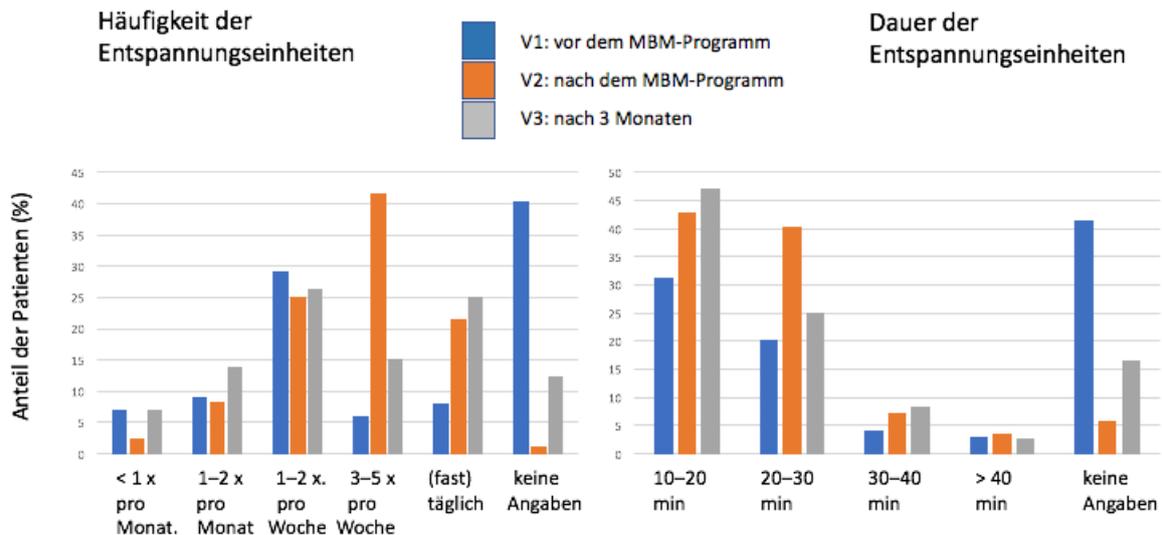


Abbildung 12: Häufigkeit und Dauer der Entspannungseinheiten der Patient*innen zu V1, V2 und V3
 Dargestellt sind Prozentanteile (V1: n = 99; V2: n = 84 ; V3: n = 72)

Außerdem wurden die Patient*innen befragt, ob sich durch die Entspannung ihre Symptome verbessern (siehe Abbildung 13).

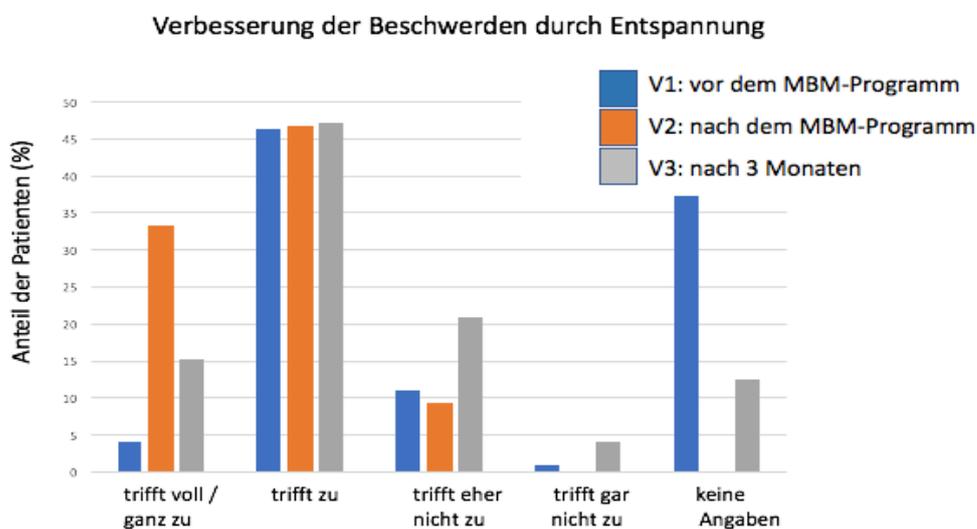


Abbildung 13: Verbesserung der Beschwerden durch Entspannung zu V1, V2 und V3
 Dargestellt sind Prozentanteile (V1: n = 99, V2: n = 84; V3: n = 72)

Vor dem MBM-Programm hatten die Patient*innen im Durchschnitt 1–2 Mal pro Woche Entspannungsübungen durchgeführt (siehe Tabelle 10). Die Häufigkeit stieg am Ende des MBM-Programms deutlich an und fiel danach wieder ab, ohne das Ausgangsniveau zu erreichen. Der Wert für die durchschnittliche Dauer pro Entspannungseinheit blieb über den gesamten Zeitraum relativ konstant (MW bei etwa 1,6–1,7). Damit lag die Dauer der Entspannungseinheiten in der Regel zwischen 10–30 Minuten. Bereits zu Beginn der Tagesklinik waren die Patient*innen der Meinung, dass sich ihre Symptome durch die Entspannungsübungen verbessern (Tabelle 10). Die Einschätzung war direkt nach dem MBM-Programm am deutlichsten.

Tabelle 10: Häufigkeit, Dauer und Einschätzung der Wirksamkeit der Entspannungseinheiten – Mittelwerte zu V1, V2, V3

Item	Antwortmöglichkeiten	Mittelwerte		
		V1 n = 99	V2 n = 84	V3 n = 72
Häufigkeit der Entspannungseinheiten	1 = < 1 x im Monat; 2 = 1–2 x im Monat; 3 = 1–2 x pro Woche; 4 = 3–5 x pro Woche; 5 = fast täglich	2,96 (n = 59)	3,72 (n = 83)	3,37 (n = 63)
Dauer der Entspannungseinheiten	1 = 10–20 Minuten; 2 = 20–30 Minuten; 3 = 30–40 Minuten; 4 = > 40 Minuten	1,65 (n = 58)	1,69 (n = 79)	1,64 (n = 60)
Einschätzung der Effektivität der Entspannungseinheiten	1 = trifft voll und ganz zu; 2 = trifft zu; 3 = trifft eher nicht zu; 4 = trifft gar nicht zu	2,16 (n = 62)	1,78 (n = 84)	2,16 (n = 63)

Patient*innen, die keine Angaben machten, wurden nicht berücksichtigt.

3.5.3 Lebensstilbereich – Ernährung

Die Angaben zu den Ernährungsgewohnheiten der Patient*innen zu Beginn der Tagesklinik, nach Abschluss des MBM-Programms und drei Monate werden in den Abbildungen 14–19 im Detail dargestellt.

Die Patient*innen integrierten regelmäßig gesunde Fette, Gemüse / Obst und Vollkornprodukte in ihre Ernährung. Der Verzehr von Oliven- Lein- und Rapsöl veränderte sich im Untersuchungsverlauf kaum. Die Patient*innen nahmen aber nach der MBM-Intervention mehr Gemüse / Obst beziehungsweise Vollkornprodukte zu sich (siehe Tabelle 11, Abbildung 14).

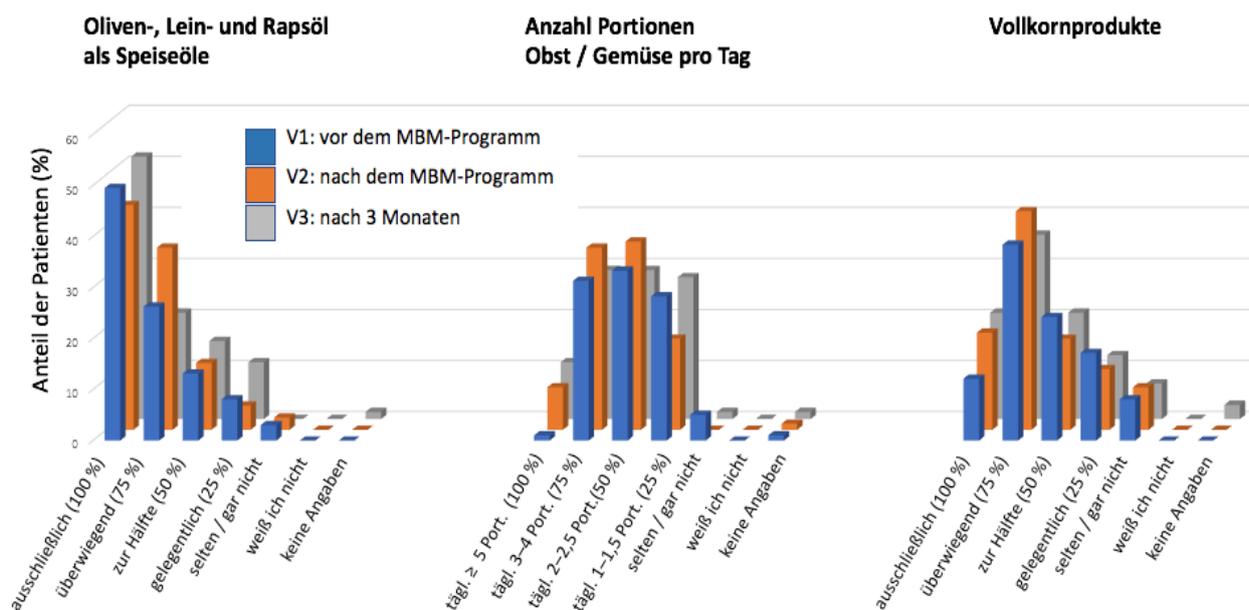


Abbildung 14: Ernährungsgewohnheiten der Patient*innen zu den Zeitpunkten V1, V2 und V3 – Speiseöle, Gemüse / Obst, Vollkornprodukte
Dargestellt sind Prozentanteile (V1: n = 99, V2: n = 84; V3: n = 72)

Tabelle 11: Verzehr von Speiseölen, Obst / Gemüse und Vollkornprodukte – Mittelwerte zu V1, V2, V3

Item	Antwortmöglichkeiten	Mittelwerte		
		V1 n = 99	V2 n = 84	V3 n = 72
Oliven-, Lein und Rapsöl als Speiseöle	1 = ausschließlich bzw. ≥ 5 Port. pro Tag (100 %)	1,88	1,86	1,86
Portionen Obst / Gemüse	2 = überwiegend bzw. 3–4 Port. pro Tag (75 %)	3,07	2,65	2,79
	3 = etwa zur Hälfte bzw. 2–2,5 pro Tag (50 %)			
Vollkornprodukte	4 = gelegentlich bzw. 1–1,5 pro Tag (25 %)	2,7	2,48	2,47
	5 = selten oder gar nicht			

Antworten: „keine Angaben“ und „weiß ich nicht“ nicht in die Berechnung aufgenommen

Die Patient*innen aßen wenig Fleisch und Wurst, aber relativ häufig Käse. Die durchschnittlichen Ernährungsgewohnheiten der Patient*innen bezüglich des Verzehrs von Wurst, Fleisch und Käse änderten sich nach der MBM-Maßnahme kaum. Allenfalls war eine leichte Abnahme des Verzehrs von Wurst und Käse zu verzeichnen (Tabelle 12 und Abbildung 15).

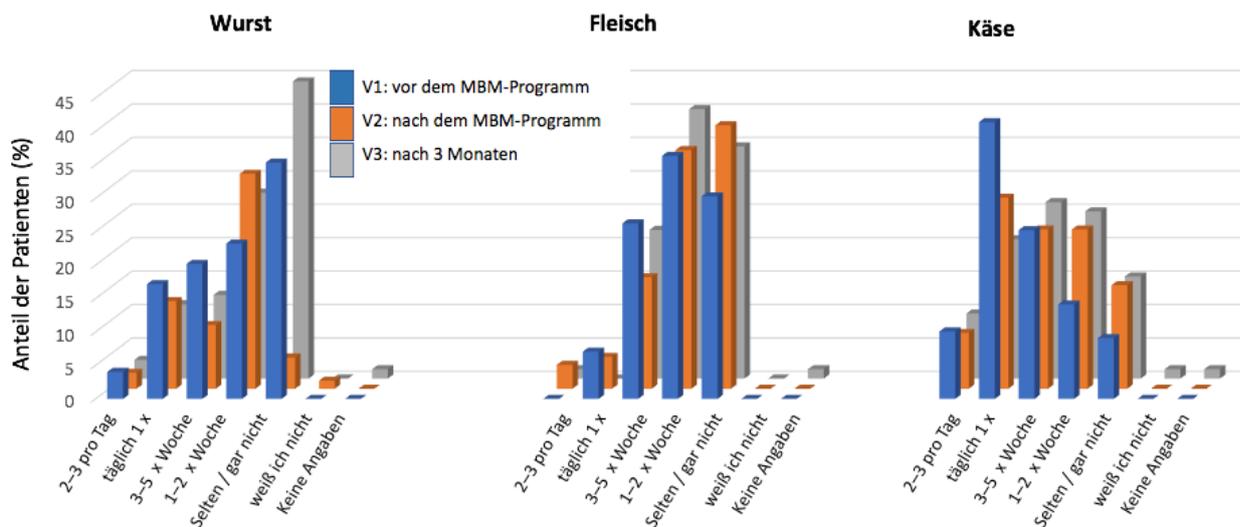


Abbildung 15: Ernährungsgewohnheiten der Patient*innen zu den Zeitpunkten V1, V2 und V3 – Wurst, Fleisch und Käse
Dargestellt sind Prozentanteile (V1: n = 99, V2: n = 84; V3: n = 72)

Tabelle 12: Verzehr von Wurst, Fleisch und Käse – Mittelwerte zu V1, V2, V3

Item	Antwortmöglichkeiten	Mittelwerte		
		V1 n = 99	V2 n = 84	V3 n = 72
Wurst	1 = 2–3 x pro Tag 2 = 1 x pro Tag	3,69	4,01	4,01
Fleisch	3 = nicht täglich (3–5 x pro Woche) 4 = gelegentlich (1–2 x pro Woche)	3,90	4,02	4,08
Käse	5 = selten oder gar nicht	2,71	3,10	3,16

Antworten „keine Angaben“ und „weiß ich nicht“ nicht in die Berechnung aufgenommen

Die Patient*innen konsumierten durchschnittlich relativ häufig Nüsse und Süßwaren. Vor der MBM-Intervention aßen die Patient*innen etwa dreimal pro Woche Süßwaren, nach der Intervention sogar noch etwas häufiger. Fertigprodukte nutzten sie zu allen Zeitpunkten kaum. Der Verzehr von Nüssen entsprach in etwa dem der Süßwaren (Tabelle 13 und Abbildung 16).

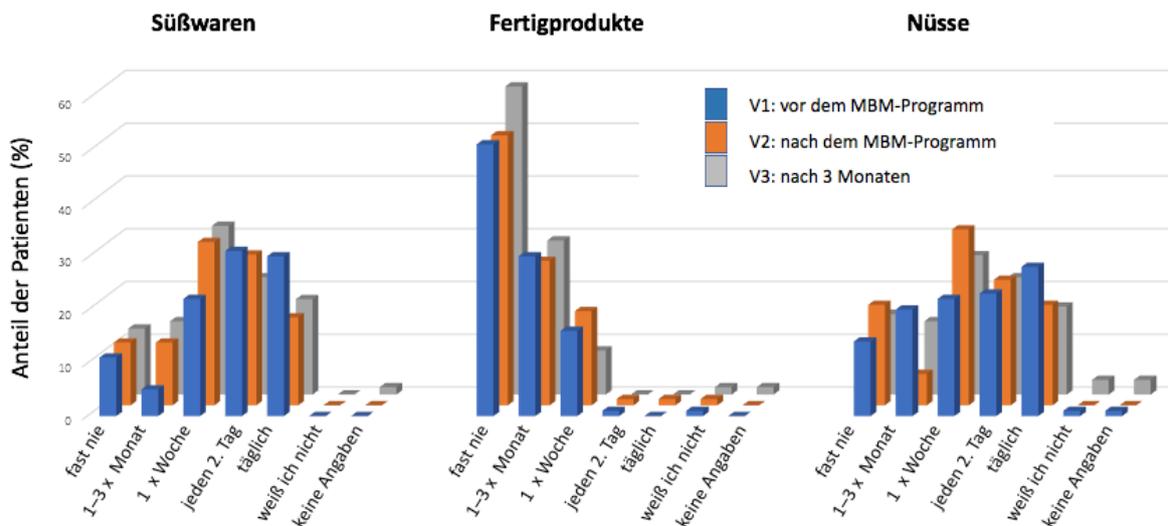


Abbildung 16: Ernährungsgewohnheiten der Patient*innen zu den Zeitpunkten V1, V2 und V3 – Süßwaren, Fertigprodukte und Nüsse
Dargestellt sind Prozentanteile (V1: n = 99, V2: n = 84; V3: n = 72)

Tabelle 13: Verzehr von Süßwaren, Fertigprodukten und Nüssen – Mittelwerte zu V1, V2, V3

Item	Antwortmöglichkeiten	Mittelwerte		
		V1 n = 99	V2 n = 84	V3 n = 72
Süßwaren	1 = fast nie 2 = 1–3 x im Monat	3,65	3,26	3,20
Fertigprodukte	3 = 1 x pro Woche 4 = jeden zweiten Tag 5 = täglich	1,67	1,77	1,58
Nüsse		3,14	3,19	3,36

Antworten: „keine Angaben“ und „weiß ich nicht“ nicht in die Berechnung aufgenommen

Die Patient*innen tranken weitgehend Tees und Wasser. Kaffee bzw. schwarzer / grüner Tee wurden ebenfalls relativ häufig konsumiert. Erfrischungsgetränke dagegen sehr selten. Auch Alkohol wurde in Maßen konsumiert. Die durchschnittlichen Getränkevorlieben der Patient*innen veränderten sich über den gesamten Zeitraum kaum (siehe Tabelle 14 und Abbildung 17).

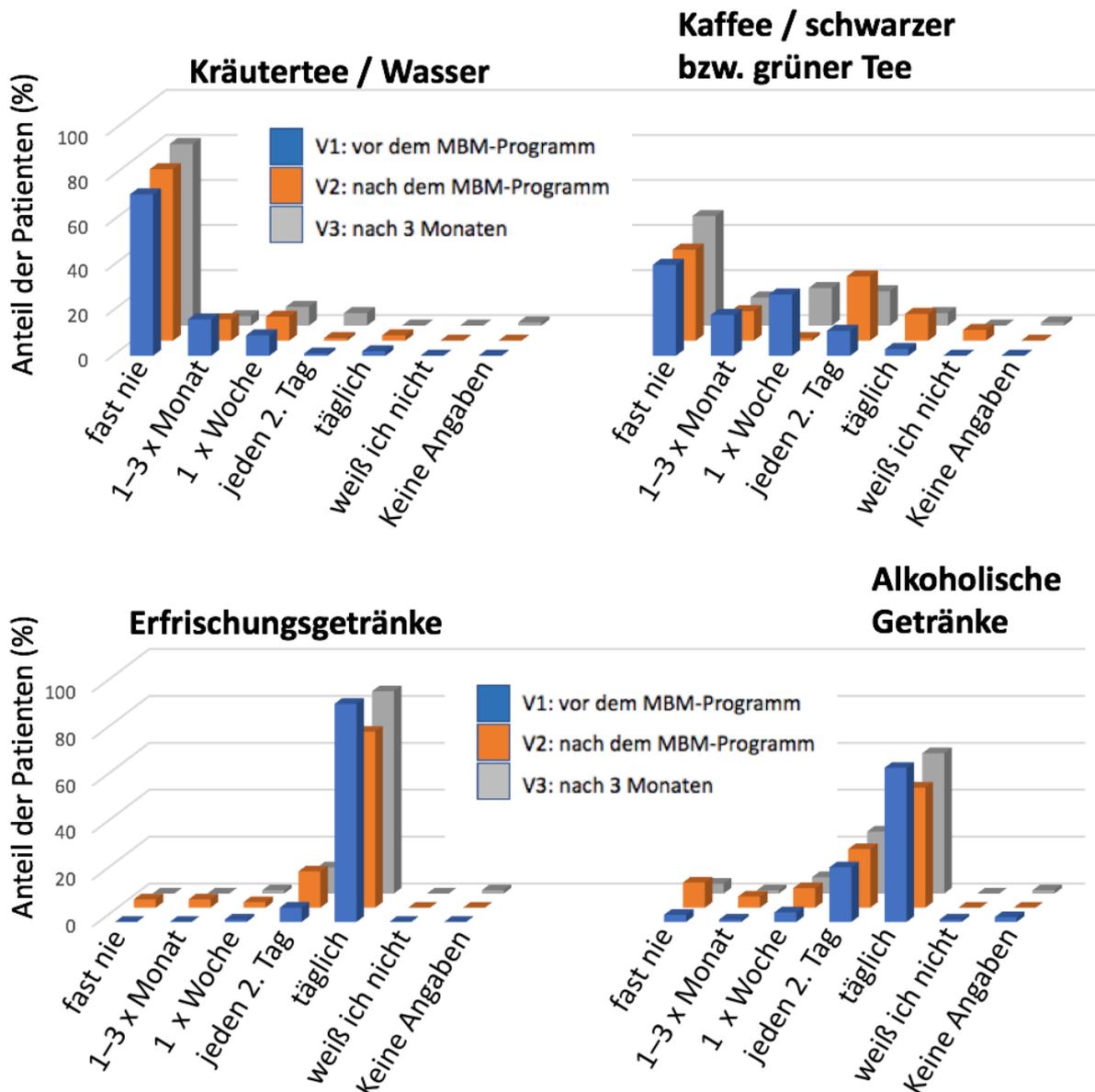


Abbildung 17: Ernährungsgewohnheiten der Patient*innen zu den Zeitpunkten V1, V2 und V3 – Kräutertee / Wasser, Kaffee / schwarzer-grüner Tee, Erfrischungsgetränke, alkoholische Getränke.

Dargestellt sind Prozentanteile (V1: n = 99, V2: n = 84; V3: n = 72)

Tabelle 14: Konsum von Kräutertee / Wasser, Kaffee / schwarzer-grüner Tee, Erfrischungsgetränke, alkoholische Getränke – Mittelwerte zu V1, V2, V3

Item	Antwortmöglichkeiten	Mittelwerte		
		V1	V2	V3
		n = 99	n = 84	n = 71
Wasser / Früchtetee	1 = fast nie 2 = 1–3 x im Monat 3 = 1 x pro Woche 4 = jeden zweiten Tag 5 = täglich	4,92	4,55	4,85
Kaffee, schwarzer oder grüner Tee		4,53	4,01	4,38
Erfrischungsgetränke (Cola, Limo, Brause)		1,44	1,44	1,38
Alkoholische Getränke		2,16	2,26	2,15

Antworten „keine Angaben“ und „weiß ich nicht“ nicht in die Berechnung aufgenommen

Im Mittel waren die Patient*innen der Meinung, teilweise zu schnell zu essen. Dieser Wert verschlechterte sich eher nach der MBM-Maßnahme (Abbildung 18).

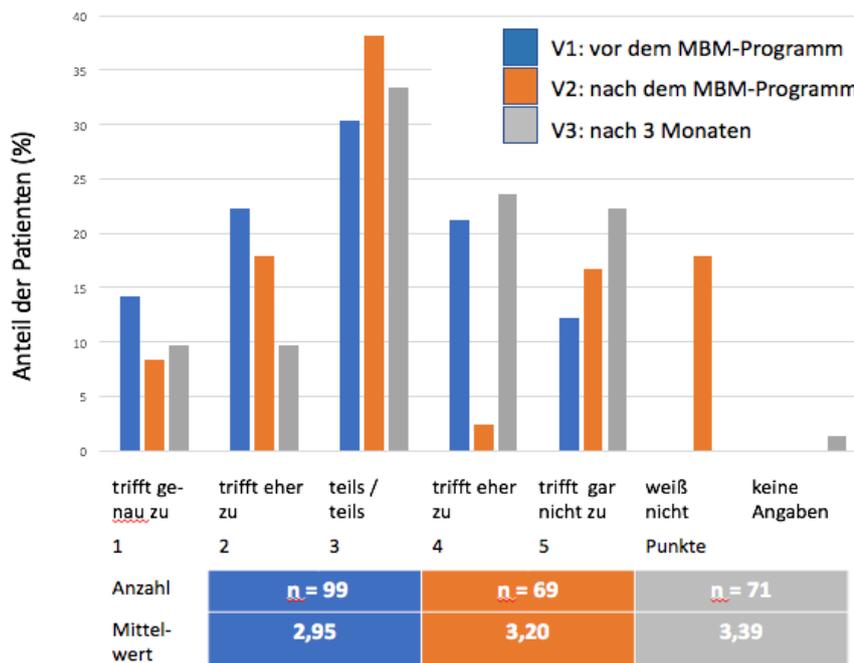


Abbildung 18: Einschätzung der Patient*innen zur Geschwindigkeit ihres Essverhaltens zu den Zeitpunkten V1, V2 und V3

Die Patient*innen wurden gefragt, ob sie glauben zu schnell zu essen. Dargestellt sind Prozentanteile (V1: n = 99, V2: n = 84; V3: n = 72). Bei den Berechnungen der Mittelwerte wurden die Antworten „weiß nicht“ und „keine Angaben“ nicht mitberechnet.

Nach der MBM-Maßnahme (V2) und beim Follow-up nach 3 Monaten (V3) wurden die Patient*innen gefragt, ob sie den Anteil an vollwertiger Ernährung vergrößern würden, wenn dies ihr Gesundheitszustand zulassen würde. Der Mehrzahl der Patient*innen beantworteten diese Frage mit „trifft eher nicht zu“ oder „trifft nicht zu“. Weiter waren die Patient*innen zu beiden Zeiten mehrheitlich nicht der Ansicht, dass sich durch die Ernährung die Gesundheit verbesserte (Tabelle 15 und Abbildung 19).

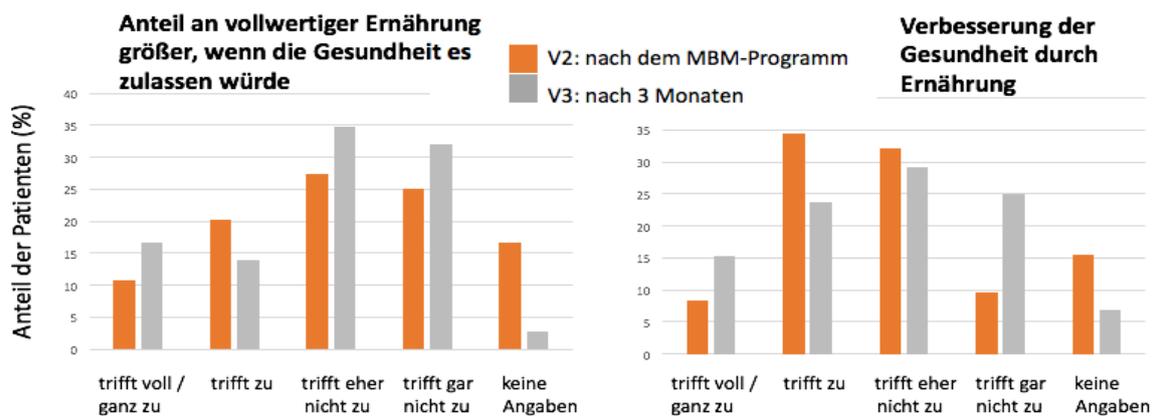


Abbildung 19: Einschätzung der Patient*innen zu den Zeitpunkten V2 und V3 – zu den Fragen, ob Sie den Anteil an vollwertiger Ernährung vergrößern würden, wenn ihr Gesundheitszustand dies zulassen würde (links) und ob sich ihre Gesundheit durch die Ernährung verbessert (rechts)

Dargestellt sind Prozentanteile (V2: n = 84; V3: n = 72)

Tabelle 15: Einschätzung des Zusammenhangs von Ernährung und Gesundheit – Mittelwerte zu V2 und V3

Item	Antwort- möglichkeiten	Mittelwerte	
		V2 n = 84	V3 n = 72
Anteil an vollwertiger Ernährung wäre größer, wenn die Gesundheit dies zulassen würde	1 = trifft voll / ganz zu 2 = trifft zu	2,87	2,84
Gesundheitszustand verbessert sich durch vollwertige Ernährung	3 = trifft eher nicht zu 4 = trifft gar nicht zu	2,50	2,68

¹ n = 70; ² n = 71; ³ n = 67; Antworten „keine Angaben“ nicht in die Berechnung aufgenommen

4 DISKUSSION

4.1 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Die vorliegende Studie analysierte den Effekt einer intensivierten multimodalen tagesklinischen Therapie der klassischen Naturheilkunde mit den Konzeptschwerpunkten Ordnungstherapie, strukturierte Lebensstilmodifikation und MBM auf die Lebensqualität, das generelle psychische und körperliche Wohlbefinden, das Ausmaß der erzielten gesundheitsfördernden Lebensstilmodifikationen und die Schwere der chronifizierten Beschwerden bei einer gemischten Population chronisch kranker Patient*innen.

Die Patient*innen berichteten nach Beendigung des Programms und auch noch drei Monate später von einer verbesserten gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-12) im Vergleich zum Ausgangsbefund. Dieser Effekt betraf sowohl die psychische als auch die körperliche Dimension der Lebensqualität. Auch die Depressions- und Angstsymptome, gemessen mit dem HADS-Fragebogen, nahmen nach Abschluss der tagesklinischen Intervention im Vergleich zum Ausgangsniveau signifikant ab. Diese Verbesserung war drei Monate nach Abschluss des Programms noch tendenziell erkennbar, wobei der Unterschied zum Ausgangswert nicht mehr signifikant war und somit ein wash-out effect nahe liegt. Das Ausmaß des empfundenen Stresses, gemessen mit dem PSS-10, lag sowohl nach Beendigung der Tagesklinik als auch drei Monate später signifikant unter dem Ausgangsniveau. Auch weitere Profile der subjektiven Lebensqualität bzw. des Wohlbefindens, gemessen mit dem WHO-5, sowie die sogenannte, mittels SCS-D bestimmte self-compassion nahmen signifikant zu.

Die Patient*innen bewerteten das Programm bei der globalen Einschätzung im Mittel positiv. Direkt nach Abschluss des Programms und drei Monate später berichteten die Patient*innen zudem von konsistenten Verbesserungen in den untersuchten Lebensstilbereichen. Die Patient*innen gaben an, sich besser zu ernähren, sich mehr zu bewegen und vermehrt Entspannungsübungen in den Alltag zu integrieren. Inwieweit diese Veränderungen die Verbesserungen der Lebensqualität und des subjektiven psychischen und körperlichen Befindens mit verursacht haben, kann nicht weiter bewertet werden. Aufgrund der multimodalen Intervention könnten verschiedene

Therapieelemente, wie Entspannungserfahren, die Steigerung der Selbstwirksamkeit und die soziale Unterstützung, zum Gesamteffekt beigetragen haben. Das nicht-kontrollierte Studiendesign erlaubt es aber nicht, den Einfluss von therapieunabhängigen Faktoren, wie den allgemeinen Erholungseffekt, den Spontanverlauf oder die „regression to the mean“, abzuschätzen.

Die Ergebnisse dokumentieren insgesamt eine deutliche und auch klinisch relevante Verbesserung der physischen und mentalen Gesundheit der Patient*innen nach Abschluss der Tagesklinik und nach weiteren drei Monaten. Im Kontext der zugrundeliegenden Hypothesen und Erwartungen an das Programm fiel die Evaluation der MBM-Interventionen in der Tagesklinik damit positiv aus. Allerdings lässt sich aufgrund der sechsmonatigen Studiendauer nichts über die längerfristige Nachhaltigkeit des Effektes aussagen.

Im Folgenden erfolgt die weitere Einordnung der Ergebnisse sowie die weiterführende Interpretation und die Beschreibung der Limitationen.

4.2 STUDIENPOPULATION

Von den 221 Patient*innen, die im Erhebungszeitraum an dem Tagesklinikprogramm teilnahmen, erklärten sich lediglich 99 Patient*innen bereit, an der Studie zu partizipieren. Diese relativ geringe Responder-Quote resultierte möglicherweise daraus, dass der erste Fragebogen zusammen mit einem ausführlichen Anamnesebogen und einem Aufnahmebogen zur Tagesklinik ausgeteilt wurde. Die Beantwortung dieser Fragebögen dauerte bereits ca. 20 Minuten. Daher ist davon auszugehen, dass einige Patient*innen die Erhebung als zu aufwändig empfanden.

Die Studienpopulation setzte sich aus 86,8 % Frauen und 11,1 % Männern zusammen. Das Durchschnittsalter betrug 53 Jahre. Diese Geschlechterverteilung in stationären und teilstationären Einrichtungen für Naturheilkunde ist typisch. Offenbar sind Männer eher weniger bereit, sich mit den vielfältigen Ursachen ihrer Erkrankung und mit einer Änderung ihres Lebensstils auseinanderzusetzen (Grzywacz et al., 2012). Eine Umfrage

ergab, dass Frauen deutlich häufiger Naturheilmittel in Anspruch nehmen als Männer (79 % versus 62 %) (Institut für Demoskopie Allensbach, 2010). Laut einer Studie nutzen etwa doppelt so viele Frauen (20 %) wie Männer (10 %) Entspannungstechniken wie Meditation, Yoga und autogenes Training (Techniker Krankenkasse, 2009). Insgesamt deuten alle Literaturdaten und auch die vorliegende Erhebung darauf hin, dass Frauen der Naturheilkunde positiver gegenüberstehen als Männer.

Laut einer Studie zur Prävalenz chronischer Erkrankungen leiden Frauen signifikant häufiger als Männer unter mindestens einer chronischen Krankheit (42,3 % versus 35,8 %). Im Alter von 45–64 Jahren sind im Mittel 48 % der Frauen und 43 % der Männer chronisch erkrankt (Robert Koch-Institut, 2009).

Die mittlere Stärke der körperlichen Beschwerden in der untersuchten Population lag bei 5, was etwa mittelstarken Beschwerden entspricht. Vermutlich beruht diese Charakteristik auf einer Vorselektion des Patient*innenkollektivs der Tagesklinik. Patient*innen mit massiven körperlichen Einschränkungen und / oder Schmerzen, die die Teilnahme an den angebotenen Übungen und / oder an einem siebenstündigen Therapietag unmöglich machen, konnten nicht am Tagesklinikprogramm teilnehmen. Des Weiteren mussten die Patient*innen in der Lage sein, 1–1,5 Stunden pro Tag Übungen zu Hause durchzuführen. Dagegen wurden vermutlich Patient*innen mit geringen körperlichen Beschwerden nicht zum Tagesklinikprogramm überwiesen.

Das Gleiche galt für psychische Beschwerden. Patient*innen mit ausgeprägten Depressionen, ausgeprägten (Sozial-)Ängsten oder Zwangsstörungen, ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen oder akuten psychiatrischen Erkrankungen wurden nicht in das Tagesklinikprogramm aufgenommen. Daraus resultieren möglicherweise die als mittelschwer bewerteten psychischen Beschwerden der Studienpopulation.

Obwohl sich der Lebensstil der Patient*innen im Laufe der Tagesklinik weiter leicht verbesserte, zeigten die Patient*innen bereits vor der Intervention ein gutes Gesundheitsverhalten. Dies entspricht dem Bild vorangegangener Studien, dass Patient*innen, die Naturheilverfahren in Anspruch nehmen, generell ein gutes Gesundheitsverhalten zeigen (Institut für Demoskopie Allensbach, 2010; Techniker Krankenkasse, 2009; Robert Koch-Institut, 2009).

4.3 VERÄNDERUNGEN DER GESUNDHEITSBEZOGENEN LEBENSQUALITÄT WÄHREND DER MIND-BODY THERAPIE (PRIMÄRER ENDPUNKT)

Der SF-12 ist ein bewährtes Standardwerkzeug zur Evaluation der Lebensqualität mit einer über 20-jährigen Entwicklung (Bullinger, 1996). Er kann sowohl krankheitsspezifisch als auch krankheitsübergreifend eingesetzt werden (Müller-Nordhorn et al., 2004). Durch seine Kürze (durchschnittlich benötigte Dauer 2,5 Minuten) ist er leichter implementierbar als der SF-36 und besitzt dennoch eine hohe Aussagekraft (Cella et al., 2005). Allerdings ist der statistische Standardfehler des SF-12 größer (Ware et al., 1996). Der Einsatz der Kurzform anstelle des ausführlicheren SF-36 war aus Zeitgründen zu rechtfertigen, da eine lange Datenerhebung demotivierend für die Patient*innen hätte sein können, was ebenfalls die Ergebnisse hätte verfälschen können. Der SF-12 Fragebogen wurde als ausreichend valide und reliabel beurteilt.

In der vorliegenden Studie lag die Punktzahl des SF-12 für die Summenskala der körperlichen Symptome zu Beginn des Programms bei 39,62 Punkten und damit deutlich niedriger als der Normwert von 50,0 Punkten (Ware et al., 1998). Der Wert stieg um durchschnittlich 8,19 Punkte (V2) bzw. 7,99 Punkte (V3) an. Durch die Verbesserung der körperlichen Symptomatik im Laufe des Tagesklinikprogramms näherten sich die Patient*innen den Normwerten des Bevölkerungsdurchschnitts an. In der psychischen Summenskala verbesserten sich die Werte ausgehend von 37,11 Punkten um 11,93 Punkte (V2) bzw. 11,74 Punkte (V3). Auch hier ist eine langanhaltende Verbesserung in Richtung des Normwerts von 50,0 Punkten erkennbar.

Zusammenfassend zeigten die Daten eine über sechs Monate anhaltende, psychische und körperliche Verbesserung der Lebensqualität bei den Patient*innen, die vor der Therapie weit unter den Durchschnittswerten der Bevölkerung lag. Die Patient*innen gaben neben einer allgemein verbesserten Gesundheitswahrnehmung auch eine Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit an. Es ist anzunehmen, dass die Verbesserung der Symptomatik anhaltend ist, da die Werte auch nach weiteren drei Monaten nur minimal absanken. Dies sind wichtige Erfolgsparameter für eine Therapie bei chronisch Kranken, die jahrelange kostspielige Besuche bei Ärzt*innen erlebt haben. Ein weiterer möglicher Vorteil ist laut Literaturdaten die Verbesserung bzw. der Erhalt der

Arbeitsfähigkeit (siehe Kapitel 1.1.2).

4.4 VERÄNDERUNGEN VON ASPEKTEN DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT UND LEBENSQUALITÄT WÄHREND DER MIND-BODY THERAPIE (SEKUNDÄRE ENDPUNKTE)

4.4.1 Depressions- und Angstsymptome (HADS)

Der HADS ist als hinreichend evaluiertes, rasch zu bearbeitendes Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung von Depressions- und Angstsymptomen gut für diese Studie geeignet. Die kurze Bearbeitungszeit war besonders angesichts der Erhebung einer Vielzahl von Daten von Vorteil. Ein weiterer Vorteil insbesondere bei der vorliegenden Patient*innenklientel mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen ist seine erwiesene Praktikabilität und klinische Relevanz in verschiedenen Settings (Herrmann-Lingen et al., 2011).

In den Evaluationen des HADS gaben Frauen im Durchschnitt höhere Angst- und Depressionswerte an als Männer; außerdem nahmen die Werte mit dem Alter zu (Bocéréan und Dupret, 2014). Daher sollte der deutlich höhere Frauenanteil in der vorliegenden Studie (86,6 %) bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Der HADS differenziert gut zwischen Depression und Angst. Allerdings sind die Ergebnisse zu Frage 8 „Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst“ bei älteren Patient*innen über 65 Jahre unzureichend (Helvik et al., 2011). An der vorliegenden Studie nahmen neun Patient*innen (10 %) über 65 Jahre teil. Daher könnten bei diesen Patient*innen die Angaben zu Frage 8 des HADS-Fragebogen nicht hinreichend valide sein. Da der Fehler nur bei einer von 14 Fragen (eine von sieben Fragen bei HADS-Depression-Subskala) und bei neun von 99 Patient*innen zu erwarten ist, ist die potenzielle Auswirkung als eher geringfügig zu beurteilen.

In der vorliegenden Studie verbesserten sich der HADS-Total und die beiden Subskalen Angst und Depression der Patient*innen nach der Intervention im Vergleich zum Ausgangsbefund. Für die HADS-Angst-Subskala war dieser Unterschied zu beiden

Zeitpunkten signifikant, für die HADS-Depression-Subskala dagegen nicht. Insgesamt sollte bei der Interpretation der Befunde berücksichtigt werden, dass das Ausmaß der Verbesserung in allen drei Skalen weniger als 2 Punkte betrug und damit trotz der teilweise signifikanten Unterschiede zum Ausgangsbefund als relativ gering zu bewerten ist.

Werte bis 7 Punkte gelten für die beide HADS-Subskalen als unauffällig, Werte zwischen 8–10 Punkte als suspekt und Werte > 10 Punkte als auffällig. Damit bewegten sich die Patient*innen im gesamten Untersuchungsverlauf oberhalb der Grenze der Normwerte.

In einer mit der vorliegenden Erhebung vergleichbaren Studie zu einem multimodalen elfwöchigen Tagesklinikprogramm für onkologische Patient*innen (Dobos et al., 2015) sank die HADS-Angst-Subskala direkt und drei Monate nach Abschluss der Therapie deutlich von > 8 Punkten (suspekter Wert) auf 2,3 bzw. 2,4 Punkte (unauffällige Werte). In einer Studie zum MBM-Tagesklinikprogramm des Immanuel Krankenhauses zeigte der HADS-Total bei onkologischen Patient*innen (Jaspers, 2019) nach der Intervention ebenfalls eine deutlichere Verbesserung (von 16 Punkten auf 6,8 Punkte) als in der vorliegenden Studie mit chronisch kranken Patient*innen (von 19,5 Punkten auf 17,7 Punkte).

Die bisherigen Befunde inklusive der Ergebnisse der vorliegenden Studie belegen die Bedeutung der Angst- und Depressionssymptomatik für onkologische, aber auch für chronisch kranke Patient*innen. In beiden Klientelen zeigt eine MBM-Intervention einen positiven Effekt, wobei onkologische Patient*innen möglicherweise stärker von den Maßnahmen profitieren. Fraglich bleibt, ob ein zwölfwöchiges MBM-Therapieprogramm ausreicht, die auftretenden Symptome nachhaltig und grundlegend zu verbessern.

4.4.2 Stress (PSS-10)

Durch seine allgemeinen Fragen ist der PSS-10 (Cohen et al., 1983) für alle Bevölkerungsgruppen geeignet und nicht nur für spezifische Sozial- bzw. Berufsgruppen (Cohen und Williamson, 1988). Dieses Charakteristikum macht den PSS-10 zu einem

guten Messinstrument für die Erfassung von Stress bei der heterogenen Studienpopulation der Tagesklinik.

Die Items zielen darauf ab, das Ausmaß der Ungewissheit und Überforderung der Teilnehmenden mit ihrem Leben zu analysieren. Daneben beinhaltet die Skala auch Fragen zum momentan empfundenen Stresslevel. Sie gehen auf Gefühle und Gedanken im Laufe des vergangenen Monats ein und quantifizieren diese Gefühle (Cohen und Williamson, 1988). Die Vorhersagevalidität des PSS variiert im Laufe von 4–8 Wochen, da das Stresslevel von Alltagsproblemen, besonderen Ereignissen und Veränderungen in den Bewältigungsstrategien abhängt (Cohen und Williamson, 1988).

In der vorliegenden Studie hatte sich das empfundene Stressniveau nach der Intervention bei den teilnehmenden Patient*innen signifikant um mehr als 6 Punkte verringert. Dieser Effekt war auch drei Monate nach der Therapie noch messbar (Abnahme im Vergleich zum Ausgangsniveau > 4 Punkte). Das Stressniveau der Patient*innen war trotz dieser Unterschiede im gesamten Untersuchungsverlauf insgesamt als moderat zu bewerten (14–26 Punkte).

Ein Ziel der Tagesklinik ist es, den Teilnehmenden Übungen an die Hand zu geben, die ihnen helfen langfristig mit Stresssituationen besser umgehen zu können. Dadurch sollen die Patient*innen in die Lage versetzt werden, nicht mehr wahllos von Stresssituationen beeinflusst zu werden, sondern einen gesundheitserhaltenden Umgang damit zu erlernen. Aus diesem Grund wären weitere Analysen zum Verlauf des Stressniveaus der Teilnehmenden und insbesondere der Einfluss belastender Ereignisse und der erlernten Übungen interessant.

4.4.3 Subjektives Wohlbefinden (WHO-5)

Der WHO-5 Fragebogen (WHO, 1998) gehört zu den am häufigsten verwendeten Fragebögen zur Beurteilung des subjektiven Wohlbefindens. Seit seiner Erstpublikation 1998 wurde er in 30 Sprachen übersetzt und weltweit in einer Vielzahl von Studien eingesetzt. Eine Überprüfung von 213 Studien mit dem WHO-5 ergab eine hohe klinische Validität und bewies seine Eignung als Messinstrument von erwünschten und

unerwünschten Therapieeffekten (Topp et al., 2015).

In der vorliegenden Studie erhöhte sich das Wohlbefinden der Patient*innen direkt nach der Intervention und drei Monate später im Vergleich zum Ausgangsbefund signifikant. Direkt nach der Tagesklinik erreichten die Patient*innen WHO-5-Werte, die knapp oberhalb des unteren Grenzwertes (13 Punkte) für ein gutes Wohlbefinden lagen. Sowohl zum Zeitpunkt V1 als auch zum Zeitpunkt V3 sprachen die WHO-5-Werte dagegen für eine behandlungsbedürftige Überlastung, ein Burnout oder eine mögliche Depression (WHO, 1998).

In der Studie zum MBM-Tagesklinikprogramm des Immanuel Krankenhauses für onkologische Patient*innen (Jaspers, 2019) stieg der WHO-5-Wert nach der Intervention im Durchschnitt um 4,4 Punkte (von 11,2 Punkte auf 15,6 Punkte). Diese Zunahme war mit dem Anstieg von 4,26 Punkten (von 9,64 Punkten auf 13,9 Punkte) in der vorliegenden Studie mit chronisch Erkrankten vergleichbar. Damit war das Ausmaß der Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens für beide Klientele ähnlich.

Dieses aufgrund seiner Kürze gut als Screening-Fragebogen geeignete Instrument spiegelte in der vorliegenden Studie die angespannte psychische Situation chronisch kranker Patient*innen wider. Die Intervention war zwar in der Lage, das Wohlbefinden zu steigern, jedoch erreichten die Patient*innen nur kurzfristig „normale“ Niveaus.

4.4.4 Psychische Belastung / subjektives Wohlbefinden (SCS-D)

Zur Erfassung der Self-Compassion wurde in der vorliegenden Studie der SCS-D verwendet. Literaturdaten belegen die Wirtschaftlichkeit, Reliabilität und Validität dieses Instrumentes (Hupfeld und Ruffieux, 2011; Neff 2016).

Laut Neff (2003) sind für die Self-Compassion drei Basiseigenschaften von Bedeutung. Neben der selbstbezogenen Freundlichkeit (self-kindness) beeinflusst die Fähigkeiten, eigene Fehler und Schwächen zu verstehen und zu akzeptieren sowie bei Notlagen oder Fehlschlägen mit Verständnis und Geduld anstatt mit Selbstverurteilung oder

überzogenen Selbstzweifeln zu reagieren, die Self-Compassion fundamental. Menschen, die sich als Teil der humanen Gemeinschaft verstehen (common humanity), begreifen negative Erfahrungen als integralen Bestandteil der menschlichen Existenz und nicht als Vorkommnisse, die die eigene Person von anderen Menschen isoliert. Als dritte Basiskomponente spielt der achtsame Umgang mit negativen Gedanken und Emotionen (mindfulness) eine Rolle. Dabei gilt es negative mentale Zustände weder zu unterdrücken, noch sich zwanghaft mit ihnen zu beschäftigen. Zielführend ist vielmehr eine offene und akzeptierenden Haltung (Neff, 2003a). Mit dem Begriff Self-Compassion wird eine positive Grundhaltung gegenüber der eigenen Person auch in schwierigen Phasen des Lebens beschrieben. Diese Eigenschaft unterstützt die emotionale Resilienz und wirkt als Schutzfaktor vor mentalen Einbrüchen (Hupfeld und Ruffieux, 2011).

Das Konzept der Self-Compassion geht über das Konzept der Achtsamkeit hinaus. Während die Achtsamkeit primär die Fähigkeit zu einer offenen und wertungsfreien Beobachtung beschreibt, enthält die Self-Compassion zusätzliche Faktoren (selbstbezogene Freundlichkeit, Wahrnehmung der verbindenden Humanität). Diese Faktoren verhelfen laut Gilbert und Tirch (2009) Menschen dazu, Krisenzeiten mit positiven Emotionen und Gedanken zu überwinden. Vermutlich beeinflusst die Self-Compassion aufgrund dieser zusätzlichen Aspekte psychopathologische Belastungen und das Wohlbefinden stärker als die Achtsamkeit (Van Dam et al., 2011). Aktuell sind die wechselseitigen Einflüsse zwischen Achtsamkeit und den übrigen Aspekten der Self-Compassion noch nicht abschließend verstanden (Hupfeld und Ruffieux, 2011).

Der SCS ist bei Personen älter als 14 Jahre anwendbar (Neff, 2003a) und eignete sich somit für die vorliegende Studienpopulation. Die Kurzform des SCS korreliert beim Gesamtergebnis nahezu perfekt mit der langen Version (Raes et al., 2011).

In der vorliegenden Studie verbesserte sich der SCS-D-Wert der teilnehmenden Patient*innen nach der Intervention zu beiden Messzeitpunkten signifikant im Vergleich zum Ausgangsbefund ($3,00 \pm 0,74$ Punkte). Die Verbesserung betrug am Ende der Tagesklinik $+0,44 \pm 1,02$ Punkte (V2 versus V1) und nach drei weiteren Monaten $+0,38 \pm 1,06$ Punkte (V3 versus V1). Mit Werten zwischen 3 und 3,5 Punkten war das Ausmaß der Self Compassion zu allen Zeitpunkten als moderat bewerten (Neff, 2003b). Studien zum Zusammenhang von MBM-Interventionen und der SCS-D liegen derzeit

nicht vor. Die folgenden Untersuchungen nutzten verschiedene SCS-Versionen. In einer Untersuchung an 88 Studierenden in Großbritannien führte die Nutzung einer „Mindfulness-meditation-App“ im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zu einer signifikanten Verbesserung der SCS-Werte und zu einer Reduzierung von Stress (Huberty et al., 2019). In einer türkischen Studie mit 423 Studierenden korrelierten die Ergebnisse verschiedener Subskalen des SCS (common-humanity, mindfulness, self-kindness, total self-compassion) mit einem gesundheitsfördernden Lebensstil (Gedik, 2018).

4.5 ALLGEMEINE BEWERTUNG DES TAGESKLINIKPROGRAMMES DURCH DIE PATIENT*INNEN

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie dokumentieren – unter der Berücksichtigung der eingeschränkten Aussagekraft einer observationellen Studie ohne Kontrollgruppe –, dass das Konzept der Tagesklinik für die Patient*innen zu einer relevanten Verbesserung von Beschwerden und von wichtigen Aspekten des subjektiven Gesundheitsbefindens und Gesundheitsverhaltens führt. Die Mehrzahl der Patient*innen (n = 47 bei V2 und n = 39 bei V3) gab an, mit dem Tagesklinikprogramm sehr zufrieden zu sein; keiner der Teilnehmenden war laut eigenen Angaben damit unzufrieden.

Im Mittel nahmen sich die Patient*innen am Ende der Tagesklinik 30,7 Minuten pro Tag Zeit für Übungen. Drei Monate später waren es durchschnittlich nur 3 Minuten weniger, was bedeutet, dass die Patient*innen die Lebensstilmodifikationen erfolgreich in ihren Alltag integriert hatten. Den meisten Patient*innen fiel diese Integration leicht, lediglich 31 % gaben Schwierigkeiten damit an. Als Gründe hierfür wurden vor allem „zu hohe Erwartungen“ und eine „zu geringe Disziplin“ genannt. Diese Ergebnisse entsprechen den Resultaten vorangegangener Studien. Daher wurde in der Tagesklinik besprochen, dass konkrete Zielsetzungen (z. B. bestimmter Gewichtsverlust) nicht zielführend sind. Es wäre sicher sinnvoll, andere Unterstützungsmöglichkeiten für Patient*innen zu finden. Dazu zählen beispielsweise auch Belohnungen als Anreiz. Ein Beispiel für den erfolgreichen Einsatz finanzieller Anreize zur Modulation des Gesundheitsverhaltens ist das Bonusheft der gesetzlichen Krankenkassen, das Patient*innen, die einen regelmäßigen Besuch bei Zahnarztbesuch nachweisen können, Zuschüsse beim

Zahnersatz garantiert (Walter und Rädcl 2021).

Die von den Patient*innen angegebene tägliche Übungszeit von ca. 30 Minuten lag deutlich unter der während des laufenden Programms angesetzt Zeit (1,5 Stunden), zu der sich die Patient*innen freiwillig verpflichtet hatten. Am Ende der Tagesklinik gaben nur zwei Patient*innen an, 90 Minuten täglich zu üben. In diesem Kontext wäre es interessant zu klären, ob einige Übungen (z. B. Achtsamkeit) so in den Alltag integriert wurden, dass sie nicht mehr als Übungszeit wahrgenommen wurden. Die Evaluation macht deutlich, dass der Ansatz von 90 Minuten sehr anspruchsvoll ist und möglicherweise unter den derzeitigen gesellschaftlichen und motivationalen Alltagsbedingungen nicht erreichbar ist. Daher sollte mittels Konzeptvariationen geprüft werden, ob deutlich geringere Übungszeiten zu einer besseren Adhärenz und möglicherweise zu vergleichbaren oder sogar besseren Effekten führen. Die vorliegenden Daten legen nahe, dass sich die Beschwerden und die Lebensqualität auch bei einer geringeren Übungszeit deutlich verbessern.

Auch wenn die aufgewendete Zeit für die Übungen nach drei Monaten kaum abnahm, reduzierte sich die durchschnittliche Zahl der Übungen von 6 auf 4,5. Ein möglicher Grund hierfür ist, dass die Patient*innen zunächst viele neu erlernte Übungen ausprobierten und später eine individuelle Auswahl trafen.

Für die Mehrzahl der Patient*innen verbesserte sich die Lebensqualität während der Teilnahme an dem Programm der Tagesklinik auch langfristig. Chronische Erkrankungen beeinträchtigen die Betroffenen häufig in verschiedenen Lebensbereichen. Die verminderte Leistungsfähigkeit hat nicht selten auch finanzielle und soziale Folgen. Insgesamt ist die Lebensqualität der Erkrankten meist deutlich und aufgrund fehlender kurativer Therapien in der Regel lebenslang eingeschränkt. Chronisch Erkrankte stehen daher vor der mentalen Herausforderung, die Krankheit als Teil ihres Lebens akzeptieren zu müssen. Zusätzlich erleben viele chronisch Kranke die Diagnose und die erforderlichen Therapie als belastend. Hinzu kommt häufig auch eine Stigmatisierung durch das soziale Umfeld (Sonnenmoser, 2009). Mit dem Tagesklinikprogramm verbesserten die Patient*innen ihre Selbstwahrnehmung, schätzten ihre Situation realistischer ein und litten weniger unter Ängsten.

Die Patient*innen gaben nach Abschluss des Tagesklinikprogramms eine Verbesserung sowohl der körperlichen als auch psychischen Beschwerden an. Die psychischen Beschwerden sanken erheblich im Durchschnitt um 52,2 % (V2) bzw. 50,3 % (V3) und die körperlichen Beschwerden um 45,8 % (V2) bzw. 42,9 % (V3). In diesem Kontext wären Daten zur Dauer der Erkrankung und zur Dauer herkömmlicher Therapiemaßnahmen der Teilnehmenden interessant gewesen. Jedoch suggeriert die Einstufung der Patient*innen als chronisch krank bereits eine langjährige Erkrankungsgeschichte und frustrane Therapieerfahrungen. Laut einem systematischen Review mit 6.858 Studienteilnehmenden ist die multimodale Behandlung effektiver als eine herkömmliche Behandlung (moderate Evidenzqualität) oder eine physikalische Therapie (geringe Evidenzqualität) bezüglich der Verbesserung der Schmerzintensität und Zunahme der körperlichen Funktionsfähigkeit bei Patient*innen mit chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerzen (Kamper et al., 2014).

Die Besuche bei Ärzt*innen- und Therapeut*innen hatten sich im Mittel um 2,24 Punkte (V2) bzw. 2,36 Punkte (V3) verändert. Hier ist anzumerken, dass der Wert 1 bedeutet „kann ich nicht einschätzen“ (n = 17), der Wert 2 „reduziert“ (n = 27), der Wert 3 „unverändert“ (n = 27) und der Wert 4 „erhöht“ (n = 4). Die Anzahl der Besuche bei Ärzt*innen hatte sich laut Einschätzung der Patient*innen entweder reduziert oder war unverändert geblieben. Weniger als 5 % der Patient*innen gaben eine erhöhte Anzahl an Arztbesuchen während des laufenden Programms an. Die Werte blieben nahezu konstant auch über die Tagesklinik hinaus. Möglicherweise hatten die Patient*innen durch die Gespräche mit den Ordnungstherapeut*innen und durch die wöchentliche ärztliche Visite ein geringeres Bedürfnis nach weiteren Therapiegesprächen. Dieser Zusammenhang erklärt jedoch nicht die anhaltende Abnahme der Therapeut*innenbesuche nach Abschluss des Programms. Damit hing die Stabilität vermutlich mit dem verbesserten Wohlbefinden und der Abnahme der psychischen und körperlichen Beschwerden zusammen.

Die überwiegende Mehrzahl der Patient*innen gab an, dass das Gesamtkonzept für sie sehr unterstützend und motivierend war und sie wichtige Informationen erhielten. Die Therapeut*innen und Ärzt*innen gingen laut der meisten Teilnehmenden gut auf individuelle Fragen ein und drückten sich verständlich aus. Die ärztliche Visite wurde als informativ und unterstützend empfunden. Diese Befunde entsprechen den Ergebnissen

von Umfragen in der Gesamtbevölkerung zur Zufriedenheit mit den Ärzt*innen. Die Patient*innen in Deutschland sind im Allgemeinen mit den Leistungen und kommunikativen Fähigkeiten ihrer Ärzt*innen zufrieden. Die gesundheitliche Aufklärung durch Ärzt*innen wurde im Jameda-Patient*innenbarometer mit der Note 2+ bewertet (Hubert, 2014).

Das Gruppensetting wurde von den Teilnehmenden mehrheitlich als unterstützend wahrgenommen. In der Gruppe können sich Patient*innen gegenseitig beistehen und von den Erfahrungen der Mitpatient*innen profitieren. Erlernte Techniken und Übungen können gemeinsam erprobt werden. Wirtschaftlich bieten Gruppentherapie den Vorteil, dass allgemeine Informationen beispielsweise zu den Erkrankungen ressourcenschonend vermittelt werden können. Nachteilig an einem Gruppensetting ist, dass individuelle Konstellationen eines Patienten oder einer Patientin weniger stark berücksichtigt werden können als in einer Einzeltherapie (Tschuschke, 2001).

Der überwiegende Anteil der Patient*innen gab an, dass die Informationen / praktischen Übungen hilfreich für ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit, ihre Verhaltensänderungen und für den Ausgleich zu alltäglichen Belastungen (Entspannung im Alltag) und damit für den Umgang mit ihrer Erkrankung und ihr Wohlbefinden waren. Auch die Informationen / praktischen Übungen zur Stress- und Spannungsregulation wurden von den meisten Teilnehmenden als nützlich empfunden. Auffallend war, dass die Patient*innen zu Beginn der Tagesklinik kaum solche Übungen kannten bzw. durchführten, was angesichts der Prävalenz von Stress in Deutschland bemerkenswert ist (siehe Kapitel 1.2.3).

Hilfreich fanden die meisten Teilnehmenden auch die Schulung und Wahrnehmung der Erreichbarkeit und Anpassung eigener Grenzen im Bereich des gesundheitsbezogenen Verhaltens und des Lebensstils. Viele Patient*innen setzten sich offenbar zu ehrgeizige Ziele bzw. nicht ausreichend alltagskompatible Ziele und überforderten sich damit. In diesem Kontext war das gruppentherapeutische Setting hilfreich, da viele Patient*innen die überhöhten Erwartungen an sich selber erst durch die Kommentare ihrer Mitpatient*innen realisierten und dann entsprechend korrigieren konnten.

Auch die Informationen / praktischen Übungen zu Kneippschen Güssen (Hydrotherapie),

zu naturheilkundlichen Hausmitteln, zu ABC (Activating event / Belief / Consequences; Wahrnehmungs- und Bewertungsgewohnheiten), zum inneren Team (Kommunikation nach innen) und zu den vier Ohren der Kommunikation (Kommunikation nach außen) fanden die meisten Teilnehmenden hilfreich. Diese Bereiche der Kommunikation können offenbar gut durch Übungen in Gruppen gestärkt werden. Die Übungen und das Gruppenfeedback leiten Lernprozesse zur Bewältigung von interpersonalen Konflikten und eine nachhaltige Verhaltenskorrektur ein (Fengler, 1975).

Weiter wurden die Informationen / praktischen Übungen zum sozialen Netzwerk von vielen Patient*innen geschätzt. Gute Beziehungen in der Partnerschaft, in der Familie und im Rahmen von Freundschaften wirken nachweislich positiv auf die Gesundheit, beugen Ängsten und Depressionen vor und fördern einen gesünderen Lebensstil. Stress wird durch emotionale Unterstützung und gegenseitige Hilfe reduziert. Beispielsweise besitzen Menschen, die in ihrer Vergangenheit eine Scheidung durchlebt haben, ein höheres Mortalitätsrisiko, als Menschen, die durchgehend verheiratet waren (Tucker et al., 1996). Menschen ohne Partner oder mit Scheidungserfahrungen zeigen im mittleren Lebensalter einen höheren Nikotin- und Alkoholkonsum und treiben weniger Sport. Menschen, die früh geheiratet haben, zeichnen sich dagegen durch eine stärkere Gewichtszunahme aus. Die Daten belegen, dass das Gesundheitsverhalten deutlich von den Lebensumständen beeinflusst wird (Keenan et al., 2017).

Der Tag der Achtsamkeit und die Achtsamkeitsübungen waren für viele Patient*innen eine neue Erfahrung, die die meisten positiv bewerteten. Das Angebot, viele Stunden zu schweigen, wurde durchweg gut angenommen. Erste Forschungsergebnisse zu den Heilungseffekten des Schweigens beinhalten eine verbesserte Gedächtnisleistung (Erickson et al., 2011), verminderte Stresslevel und eine mögliche kardioprotektive Wirkung (Bernardi et al., 2006) sowie einen besseren Schlaf (Black et al., 2015).

4.6 LEBENSSTILBEREICHE

4.6.1 Lebensstilbereich – Bewegung

Das Bewegungsverhalten der Patient*innen entsprach den Ergebnissen der Bewegungsstudie der Techniker Krankenkasse (Techniker Krankenkasse, 2016a), in der ein Großteil der Teilnehmenden (29 %) angab, 1–3 Stunden Sport pro Woche zu machen. Obwohl die meisten Patient*innen der Meinung waren, dass sich ihre Symptome durch Bewegung verbessern, veränderten sie ihr Bewegungsverhalten im Laufe des Tagesklinikprogramms kaum. Laut der Bewegungsstudie sind chronische Beschwerden für etwa 57 % der Deutschen ein Anreiz, sportlich aktiv zu werden (Techniker Krankenkasse, 2016a).

Zu den Sportarten, die nach der Tagesklinik vermehrt ausgeübt wurden, gehörten Yoga und Qigong. Besonders Qigong wurde häufiger genutzt. Ein möglicher Faktor, der bei der Wahl der Sportarten eine Rolle gespielt haben könnte, ist die relativ leichte körperliche Umsetzung der Übungen.

Die Patient*innen gaben vor der Intervention an, sich durchschnittlich 3–4 x in der Woche für ca. 30 Minuten zu bewegen. Die Häufigkeit der Bewegungseinheiten änderte sich durch die Tagesklinik nicht wesentlich. Dieses Verhalten entspricht etablierten Empfehlungen zahlreicher Richtlinien (Halle et al. 2008), wenngleich heute zunehmend tägliche Bewegungseinheiten mit Schrittzahlen zwischen 7000 und 10000 dominieren (Tudor-Locke und Basset, 2004; Halle et al. 2008). Daher sollte den Patient*innen in der Tagesklinik der Nutzen einer ausreichenden täglichen Bewegung noch intensiver näher gebracht werden. Andererseits sollte berücksichtigt werden, dass chronische Krankheiten (z. B. chronische Schmerzen, Fibromyalgie) dieses Ziel beeinträchtigen können.

Trotz der insgesamt geringen Veränderung des berichteten Bewegungsverhaltens gaben die Patient*innen an, dass sich ihre Symptome durch Bewegung verbessern. Möglicherweise war den Patient*innen dieser Zusammenhang bereits vor der Tagesklinik bewusst, so dass sie sich schon vor der Intervention dementsprechend verhielten.

4.6.2 Lebensstilbereich – Entspannung / Meditation

Im Laufe des Tagesklinikprogramms integrierten die Patient*innen deutlich häufiger Entspannungs- und Meditationsübungen in ihren Alltag. Bevorzugt wurden Atemmeditationen und Kurzzeit-Entspannungstechniken („Minis“), die auch drei Monate nach Abschluss des Programms weitergeführt wurden. Obwohl konkrete Angaben dazu fehlen, deuten Aussagen der Patient*innen vor Ort darauf hin, dass viele der Patient*innen die Meditationstechniken im Rahmen des Tagesklinikprogramms zum ersten Mal erlernten.

Viele Menschen nennen als Ursachen für Anspannung und Stress Belastungen am Arbeitsplatz / im Studium und finanzielle Sorgen, mangelnde soziale Unterstützung und einen niedrigen sozioökonomischen Status (Rozanski et al., 2005). Forschungsergebnisse belegen, dass die persönliche Bewertung von Ereignissen entweder zum Stressauslöser oder zum Ansporn werden kann (Techniker Krankenkasse, 2016b).

Die Ausgangsdaten der Studie dokumentierten, dass viele Patient*innen mit chronischen Erkrankungen keine Erfahrungen mit Entspannungsübungen haben. Dieses Ergebnis weist angesichts der steigenden Prävalenz von durch Stress verursachten Erkrankungen auf eine derzeit ungenügende Behandlung chronisch Kranker in diesem Lebensstilbereich hin. Auch der Bereich der engeren Psychotherapie wird derzeit nur rudimentär in der Versorgung chronisch Kranker abgebildet. Bei einer Befragung des Robert Koch-Instituts von 900 Patient*innen in Facharztpraxen hatten nur 5 % der Patient*innen mit chronischen Schmerzen eine Psychotherapie erhalten und weniger als 1 % waren in eine Schmerzklinik überwiesen worden. Zudem zeigte sich, dass oft viele Jahre vergehen, bis Patient*innen mit chronischen Schmerzen in einem ganzheitlichen Ansatz und multimodal behandelt werden; bis dahin unterziehen sie sich oftmals einer Vielzahl meist erfolgloser und kostenintensiver Behandlungen (Diemer und Burchert, 2002; GÜthlin et al., 2020). Bislang sind die Versorgungsstrukturen für Patient*innen mit chronischen Schmerzen aufgrund von Fehlversorgungen und mangelnden Qualitätskontrollen unzureichend (Diemer und Burchert, 2002). Laut einer Studie der

Barmer wurden 2014 nur ca. 61.000 Patient*innen mit chronischen Schmerzen multimodal therapiert, was lediglich einem Fünftel aller Patient*innen, die potenziell für eine solche Therapie geeignet wären, entspricht. Damit ist die Versorgungslage bezüglich multimodaler Schmerztherapien als unzureichend zu bewerten (Barmer GEK, 2016).

Nicht nur das Therapieangebot zur Stressreduktion und Entspannung, sondern auch die Ausbildung in diesem Bereich ist mangelhaft. Nur wenige Ärzt*innen kennen sich mit multimodalen Therapien, Techniken der MBM und erweiterten Verhaltenstherapien aus, weil diese Interventionen nicht Teil des Curriculums im Medizinstudium sind und auch in der Facharztweiterbildung kaum Kurse zu dieser Thematik angeboten werden. Ärzt*innen arbeiten auch selten mit entsprechenden Therapeut*innen oder Therapieeinrichtungen zusammen (Diemer und Burchert, 2002). Insgesamt tendieren Ärzt*innen dazu, Gespräche über emotionale Probleme ihrer Patient*innen zu blockieren, da sie sich dieser Thematik nicht gewachsen fühlen (Maguire und Pitceathly, 2002).

Neben der Behandlung von Stress ist auch die Kontextualisierung von stress-assoziierten Beschwerden und Symptomen im Bereich der Diagnostik wichtig. Stress tritt als Ursache einer Vielzahl von Erkrankungen in Erscheinung. Zu den Stress-assoziierten Erkrankungen zählen Autoimmunerkrankungen (Stojanovich und Marisavlejevich, 2008), Arthritis (Harth und Nielson, 2019), Depressionen (Hammen, 2005), Diabetes (Hackett und Steptoe, 2017), Parodontalerkrankungen (Genco et al., 1998), Asthma (Barnhouse und Jones, 2019), Angina pectoris (Wirtz und von Känel, 2017), Tumorerkrankungen (Dai et al., 2020) Hypertonie (Liu et al., 2017), Infektionen und Erkältungskrankheiten (Stover, 2016), Herpes (Marra et al., 2020), Reizdarmsyndrom (Qin et al., 2014), prämenstruelles Syndrom (Lee and Im, 2016) und chronische Schmerzen (Crofford, 2015).

Für diese Situation scheint das deutsche Gesundheitssystem nicht adäquat gerüstet. Praktizierende Ärzt*innen sind für diese Herausforderung nicht genügend ausgebildet.

4.6.3 Lebensstilbereich – Ernährung

Im Laufe des Tagesklinikprogramms verbesserte sich die durchschnittliche Ernährung der Patient*innen und näherte sich in ihrer Zusammensetzung den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin an (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2002). Hervorzuheben ist der vermehrte Verzehr von Obst und Gemüse und von Vollkornprodukten sowie die reduzierte Aufnahme von Wurst, Käse und Süßwaren. So stieg beispielsweise der Verzehr von Obst und Gemüse von Werten von täglich 2–2,5 Portionen in Richtung 3–4 Portionen an. Allerdings entspricht dies immer noch nicht den Idealwerten der Ernährungspyramide von fünf Portionen täglich (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2002). Zudem gaben die Patient*innen an, langsamer zu essen. Am Ende der Tagesklinik tranken die Patient*innen weniger Kaffee und vermehrt Kräutertees und Wasser. Diese Entwicklung war drei Monate später aber wieder leicht rückläufig.

4.7 VERGLEICH DER EFFEKTE DES TAGESKLINIKPROGRAMMES MIT DEM KONZEPT DER MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION (MBSR)

Im Unterschied zu dem standardisierten und international etablierten achtwöchigen ambulanten MBSR-Programm (Kabat-Zinn, o. J.) umfasst das MBM-Programm in der Tagesklinik nicht 2,5 Stunden pro Woche, sondern einen Tag (7 Stunden) pro Woche in der Klinik zuzüglich 1,5 Stunden empfohlene tägliche Übungszeit zu Hause, was insgesamt 16 Stunden pro Woche entspricht. Die Gesamtdauer des Tagesklinikprogramms ist mit zwölf Wochen ebenfalls umfänglicher. Während des achtwöchigen MBSR-Programms sollen die Teilnehmenden 45–60 Minuten am Tag meditieren. Die höhere wöchentliche Stundenanzahl in der Tagesklinik resultiert aus dem im Vergleich zum MBSR komplexeren Programm mit Bewegungsübungen, Informationen und Kursen zur Ernährung, naturheilkundlichen Selbsthilfestrategien, Einheiten zu kommunikativen und sozialen Fähigkeiten und der ärztlichen Visite. Das MBSR-Programm konzentriert sich dagegen stark auf Entspannungsübungen sowie auf Übungen zur eigenständigen Veränderung stressverstärkender Gedanken und zum Erlernen emotionaler Kompetenzen (Kabat-Zinn, o. J.).

Beim MBSR und beim MBM-Programm der Tagesklinik wird nach Ablauf des Programmes die Fortsetzung der formalen Achtsamkeitspraxis (z. B. regelmäßige Meditationspraxis, achtsame Bewegung) und die Beibehaltung / Vertiefung der Übungen im Alltag empfohlen. Die täglichen Übungen zu Hause (im Rahmen des MBSR als Vorschlag: 20–30 Minuten; im Rahmen der Tagesklinik als Pflichtprogramm: 1,5 Stunden) dient der Integrierung von Übungen in den Alltag der Patient*innen und einer gesundheitsfördernden und tiefgreifenden Lebensstilveränderung. Vermutlich trägt diese Therapiestrategie zu dem positiven und lang anhaltenden klinischen Outcome bei.

In einer Metaanalyse zum psychischen und physischen Effekt der MBSR mit 20 Studien zeigte sich eine durchgehende Verbesserung des Wohlbefindens der Teilnehmenden (Grossman et al., 2004). Untersucht wurden hierbei Patient*innenpopulationen mit verschiedenen klinischen Symptomen, Schmerzen, Krebserkrankungen, koronaren Herzerkrankungen, Depression und Angst. Die Variablen der psychischen Gesundheit verbesserten sich signifikant in vergleichbarem Ausmaß. Das Gleiche galt für die Verbesserung der Variablen der physischen Gesundheit, wobei die Anzahl der Studien, die diese Parameter untersuchten, geringer war (Grossman et al., 2004). Die Studie legt nahe, dass MBSR eine nützliche Intervention für viele chronische Erkrankungen darstellt. Des Weiteren zeigen die konsistenten und relativ starken Effektgrößen, dass ein Achtsamkeitstraining zu einem besseren Umgang mit Stress im Alltag führt.

Dieser Befund entspricht auch den Ergebnissen der vorliegenden Studie. Die Angst und Depressionssymptome im HADS nahmen durch die Tagesklinik im Mittel geringfügig um durchschnittlich 1,8 Punkte, aber dennoch signifikant ab. Drei Monate nach Beendigung des Programms war die HADS-Punktzahl im Vergleich zum Ausgangsniveau immer noch um im Mittel 0,8 Punkte geringer. Angemerkt werden sollte aber, dass die Subskala HADS-Depression nach einer Verringerung nach Abschluss der Tagesklinik um durchschnittlich 0,2 Punkte nach weiteren drei Monaten einen Anstieg um knapp 0,6 Punkte im Vergleich zum Ausgangswert zeigte. Ein möglicher Grund dafür könnte die fehlende soziale Unterstützung durch die Gruppe nach Beendigung des Programms sein. Dieser Befund sollte in weiteren Studien mit längerer Beobachtungsdauer detaillierter untersucht werden. Insgesamt sei noch mal darauf hingewiesen, dass die Veränderungen der HADS-Werte im Vergleich zu anderen Erhebungen (siehe Kapitel 4.4.1) in der vorliegenden Studie relativ gering waren.

Weiter kam es nach dem Tagesklinikprogramm zu einem anhaltenden signifikanten Rückgang der Stressempfindung (PSS-10) im Vergleich zu den Baseline-Werten um durchschnittlich 6,4 Punkte direkt nach Abschluss der Tagesklinik und um 4,5 Punkte drei Monate später. Auch die Entwicklung des SF-12 und der WHO-5 bestätigte den langfristigen Anstieg der Lebensqualität der Patient*innen durch das Tagesklinikprogramm. Die SF-12-Werte zeigten eine Verbesserung des mentalen und physischen Empfindens der Patient*innen.

Insgesamt spiegeln die Ergebnisse der vorliegenden Studie eine teilweise anhaltende Verbesserung des mentalen und psychischen Wohlbefindens sowie der Lebensqualität der Patient*innen wider.

4.8 ADHÄRENZ / COMPLIANCE

Die Patient*innen gaben vor Beginn der Tagesklinik an, im Durchschnitt 1–2 x pro Woche 20 Minuten zu meditieren. Am Ende der Tagesklinik meditierten sie im Durchschnitt 3–4 x pro Woche und drei Monate später noch 3 x pro Woche. Bei einer vereinbarten Übungszeit von 1,5 Stunden am Tag scheint die Compliance der Patient*innen in diesem Bereich eher moderat, allerdings sind die gegebenen Anforderungen auch als höherschwellig einzuordnen und möglicherweise nicht in Populationen chronisch Erkrankter erzielbar. Zudem sollte berücksichtigt werden, dass für viele Patient*innen insbesondere Meditationstechniken ungewohnt und daher nicht einfach nachhaltig umsetzbar waren. Des Weiteren ist nicht objektiv messbar, welche Zeiträume täglich für ein subjektives Konstrukt wie Achtsamkeit im Alltag aufgewendet wurden. Auch konnte in der vorliegenden Erhebung die korrekte Ausführung der Übungen nicht überprüft werden; dies gilt insbesondere für Meditationsübungen. Anders als Bewegungsübungen und auch die Nahrungszubereitung ist die richtige Ausführung von Meditationsübungen und die sich daraus entwickelnde innere Haltung kaum quantitativ beurteilbar, sondern wäre Gegenstand qualitativer Studien .

Derzeit fehlen wissenschaftlich fundierte Zeitvorgaben für Meditationen. Jeder Patient / jede Patientin ist frei in seiner / ihrer Zeitwahl, um sich die Motivation zu erhalten. Das

Ziel ist eine meditative Haltung im gesamten Alltag. Trotzdem scheint eine regelmäßige Praxis von Vorteil. Daher ist das Abfragen von konkreten Zeiten für Entspannungseinheiten möglicherweise irreführend. Auch könnten die vorgegebenen Optionen für die Dauer der Entspannungseinheiten (mindestens 10–20 Minuten bis zu > 40 Minuten) zu hoch angesetzt sein.

Hinsichtlich der Adhärenz bei den sportlichen Betätigung lässt sich festhalten, dass die Patient*innen bereits vor der Intervention 3–4 x pro Woche trainierten und dieses Verhalten auch nach der Intervention (V2, V3) weitgehend beibehielten. Auch die Trainingsdauer der einzelnen Einheiten unterschied sich zu den Erhebungszeitpunkten nur unwesentlich.

4.9 LIMITATIONEN

Eine Reihe von Limitationen sind bei der Bewertung und Interpretation der vorliegenden Ergebnisse zu beachten.

Die stärkste Limitierung resultiert aus dem Fehlen einer Kontrollgruppe bei dieser rein observationellen Kohortenstudie. Daher sind keine Aussagen zu potenziellen spezifischen Effekten möglich. Auch erlauben die Daten keine direkte vergleichende Bewertung zu anderen etablierten Programmen in diesem Bereich. Aufgrund des besonderen Settings, des Formats der regulären Krankenversorgung und des spezifischen quantitativen Profils mit wohnortnaher Versorgung im Wochen-Intervall Rhythmus war eine vergleichbare externe Kontrollgruppe in anderen Kliniken bzw. Versorgungseinrichtungen nicht identifizierbar. Eine randomisierte Aufteilung der Patient*innen in eine Verum und Kontrollintervention war aufgrund des Settings einer durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vorgegebene Regelversorgung regulatorisch nicht erlaubt. Eine ausschließliche Durchführung der Therapien in einem klinisch-experimentellen Studienkontext konnte aufgrund der fehlenden finanziellen Mittel nicht finanziert werden. Durch das Fehlen einer Kontrollgruppe kann die Größe von unspezifischen sowie Aufmerksamkeits- und Zuwendungs-bedingten Effekten nicht abgeschätzt werden.

Des Weiteren wurde in der Studie eine kleine Fallzahl untersucht, was die Aussagekraft der Ergebnisse weiter begrenzt.

Eine weitere Limitation war der eingeschränkte geringe Response der Teilnehmenden bzw. die hohe Drop-Out-Rate im Follow-up, wodurch die Ergebnisse potenziell verzerrt wurden. Möglicherweise haben gerade unzufriedene Patient*innen die Fragen nicht beantwortet, woraus eine Überschätzung des tatsächlichen Effektes resultieren könnte.

Außerdem ist es möglich, dass an dem Tagesklinikprogramm bevorzugt Patient*innen teilnahmen, die sich bereits durch eine gute Motivation zur Lebensstiländerung auszeichneten. Es ist anzunehmen, dass bei einem unselektierten Kollektiv mit geringerer Selbstwirksamkeit und möglicherweise auch stärkerer psychischer und physischer Krankheitsschwere die Ergebnisse weniger positiv gewesen wären.

4.10 IMPLIKATIONEN / SCHLUSSFOLGERUNGEN

Patient*innen mit chronischen Krankheiten sind eine medizinisch und gesundheitsökonomisch bedeutende und stetig wachsende Gruppe in unserer Gesellschaft. Vorhandene interventionelle und medikamentöse Therapieoptionen sind mit dem demografischen Wandel, dem ansteigenden Durchschnittsalter und den steigenden Arbeitsunfähigkeitszahlen zunehmend ökonomisch belastend und führen oftmals bei wachsender Multimorbidität nicht zu adäquaten Effekten auf die Lebensqualität. Wissenschaftlich untersuchte, effiziente und wirtschaftliche innovative multimodale Therapiealternativen stehen derzeit kaum zur Verfügung. Die vorliegende Studie hat ein teilstationäres multimodales Tagesklinikprogramm der Naturheilkunde und integrativen Medizin zur Behandlung chronischer Krankheiten auf sein Verbesserungspotenzial bei körperlichen und psychischen Beschwerden evaluiert. Diese Studie ist eine der ersten umfassenden Arbeiten zu einem solchen multimodalen Therapieprogramm. Daher sind Folgestudien mit größeren Studienpopulationen und der Vergleich mit anderen Kontrollinterventionen wünschenswert. Laut einem systematischen Review mit knapp 7.000 Studienteilnehmenden mit chronischen Rückenschmerzen scheint die multimodale Behandlung gegenüber anderen Therapieoptionen (z. B. physikalische Therapie) in Bezug auf die Schmerzreduktion und

Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit als überlegen (Kamper et al., 2014). In der derzeit laufenden Tailored Lifestyle self-managemENT (TALENT) II Studie zum Effekt eines zwölfmonatigen individuellen Gesundheitsmanagements (IHM) auf die Stressreduktion wird die Studiengruppe direkt mit einer Kontrollgruppe verglichen (Melchart et al., 2018).

Die aufgeführten Studienergebnisse weisen darauf hin, dass das auf der MBM basierende Programm der Tagesklinik eine effektive symptomatische Behandlung von Patient*innen mit chronischen Erkrankungen darstellt. Auch wenn die Daten in einem Zeitraum bis drei Monate nach Abschluss des Programms auf Langzeiteffekte schließen lassen, ist zur weiteren Einschätzung der Nachhaltigkeit eines solchen Programmes eine längere Beobachtungsdauer notwendig. Des Weiteren wäre die Untersuchung einer größeren Studienpopulation und von Patient*innenpopulationen mit stärkerer Gewichtung einzelner chronischer Erkrankungsentitäten sinnvoll.

Die aktive Einbeziehung der Patient*innen in die Behandlung ihrer Krankheit, weg von ihrer passiven Rolle hin zu mehr Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit scheint eine zeitgemäße und möglicherweise auch wirkungsvolle Therapieoption für Patient*innen mit chronischer Multimorbidität in unserem überwiegend akutmedizinisch ausgerichteten klinischen Gesundheitsversorgungssystem zu sein.

Die Limitation durch die hohen Drop-out Rate sollte in zukünftigen Studien gezielt angegangen werden, wobei finanzielle Anreizsysteme, kürzere Fragebögen oder deren Austeilung und Einsammlung zu anderen Zeiten sowie digitale Erhebungen via Apps zu diskutieren wären.

Die moderate Compliance der Studienpopulation veranlasst darüber nachzudenken, ob die angesetzte tägliche Übungszeit mit 1,5 Stunden im medizinischen Konzept der Tagesklinik zu hoch angesetzt ist. Dies gilt insbesondere angesichts der Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit bei einer durchschnittlichen Übungszeit von nur 30 Minuten täglich.

Die in dieser Evaluation auftretenden Veränderungen bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der psychischen Gesundheit und in den Lebensstilbereichen nach der

multimodalen Behandlung von Patient*innen mit chronischen Erkrankungen weisen auf einen möglichen Nutzen bei der kontinuierlich steigenden Zahl von chronisch Kranken sowie auf die konsekutiv zunehmende Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung hin. Ein möglicher Kosten-Nutzen-Effekt sowie die Nachhaltigkeit bzw. die Notwendigkeit von Booster-Interventionen gilt es in zukünftigen Studien zu evaluieren. Auf der Basis der vorliegenden Daten kann aber derzeit das Therapieprogramm der Tagesklinik zur Behandlung von Patient*innen mit chronischen Erkrankungen klinisch empfohlen werden.

5 LITERATURVERZEICHNIS

Althoff, T., Sosič, R., Hicks, J.L., King, A.C., Delp, S.L. and Leskovec, J. (2017) Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality. *Nature* 547(7663), 336–339.

Ärztekammer Berlin (2020) Naturheilverfahren. https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/Aerztliche_Weiterbildung/10_wbo/40_WBO_1994/15_Absatz02/a2wbo11/index.html. Accessed May 20, 2020.

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. and Macco, K. (2011) Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit. Berlin, Springer-Verlag, 385-390.

Barmer GEK (2016) Arztreport. <https://www.barmer.de/blob/36738/41528a9e5704bb8d47e25e00707af4ba/data/pdf-arztreport-2016.pdf>. Accessed November 24, 2017.

Barnhouse, M. and Jones, B.L. (2015) The Impact of Environmental Chronic and Toxic Stress on Asthma. *Clin Rev Allergy Immunol* 57(3), 427–438.

Behner, P., Klink, A., Visser, S., Böcken, J. and Etgeton, S. (2012) Effekte einer gesteigerten Therapietreue: Bessere Gesundheit und höhere Arbeitsproduktivität durch nachhaltige Änderung des Patientenverhaltens. New York und Gütersloh, Booz & Company und Bertelsmann Stiftung, 4-5.

Bellach, B.M., Ellert, U. and Radoschweski M. (2000) Der SF36 im Bundes-Gesundheitssurvey. Erste Ergebnisse und neue Fragen. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 43, 210–216.

Bernardi, L., Porta, C. and Sleight, P. (2006) Cardiovascular, cerebrovascular, and respiratory changes induced by different types of music in musicians and non-musicians: the importance of silence. *Heart* 92(4), 445–452.

Black, D.S., O'Reilly, G.A., Olmstead, R.E., Breen, E.C. and Irwin, M.R. (2015) Mindfulness Meditation and Improvement in Sleep Quality and Daytime Impairment Among Older Adults With Sleep Disturbances: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 175(4), 494–501.

Bocéréan, C. and Dupret, E. (2014) A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees. *BMC Psychiatry* 14, 354.

Booth, F.W., Roberts, C.K. and Laye, M.J. (2012) Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Compr Physiol* 2(2), 1143–1211.

Bullinger, M. (1996) Assessment of health related quality of life with the SF-36 Health Survey. *Rehabilitation* 35(3) XVII–XXVII.

Cella, D., Riley, W., Stone, A., Rothrock, N., Reeve, B., Yount, S., Amtmann, D., Bode, R., Buysse, D., Choi, S., Cook, K., Devellis, R., DeWalt, D., Fries, J.F., Gershon, R., Hahn, E.A., Lai, J.S., Pilkonis, P., Revicki, D., Rose, M., Weinfurt, K. and Hays, R. (2010) The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) developed and tested its first wave of adult self-reported health outcome item banks: 2005-2008. *J Clin Epidemiol* 63, 1179–1194.

Cohen, S. and Williamson, G. (1988) Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. In: Spacapan, S. and Oskamp, S., eds., *The Social Psychology of Health*. Newbury Park, California, Sage Publications, 31-67.

Cohen, S., Kamarck, T. and Mermelstein, R. (1983) A Global Measure of Perceived Stress, *J Health Soc Behav* 24, 385–396.

Crofford, L.J. (2015) Chronic pain: where the body meets the brain. *Trans Am Clin Climatol Assoc* 16, 167–183.

Dai, S., Mo, Y., Wang, Y., Xiang, B., Liao, Q., Zhou, M., Li, X., Li, Y., Xiong, W., Li, G., Guo, C. and Zeng, Z. (2020) Chronic stress promotes cancer development. *Front Oncol* 10, 1492.

Destatis (2017) Leben in Europa (EU-SILC) Einkommen und Lebensbedingungen in Deutschland und der Europäischen Union. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/EinkommenKonsumLebensbedingungen/LebeninEuropa/EinkommenLebensbedingungen2150300157004.pdf%3Bjsessionid=8DE9A21A7F497ABB37EDF9B28560F2A4.cae1?__blob=publicationFile. Accessed April 24, 2017.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2002) 5 am Tag. <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/5-am-tag/>. Accessed November 14, 2017.

Deutsche Krankenversicherung (2011) Säulen der Stressbewältigung. <http://www.dkv.com/gesundheit-saeulen-stressbewaeltigung-12633.html>. Accessed September 24, 2017.

Deutsche Schmerzgesellschaft (2012) Herausforderung Schmerz. <https://www.dgss.org/patienteninformationen/herausforderung-schmerz/>. Accessed April 26, 2017.

Diemer, W. and Burchert, H. (2002) Chronische Schmerzen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 7. Berlin: Robert-Koch Institut.

Dobos, G. and Paul, A. (2011) *Mind-Body-Medizin*. München, Elsevier GmbH, 7, 70-77.

Dobos, G., Overhamm, T., Büssing, A., Ostermann, T., Langhorst, J., Kümmel, S., Paul, A. and Cramer H. (2015) Integrating mindfulness in supportive cancer care: a cohort study on a mindfulness-based day care clinic for cancer survivors. *Support Care Cancer* 23(10), 2945–2955.

Ducat, L., Philipson, L.H. and Anderson, B.J. (2014) The mental health comorbidities of diabetes. *JAMA* 312(7), 691–692.

Eller, M., Mielck A. and Landgraf, R. (2005) „Freunde machen den Zucker süß!“ Eine Literaturübersicht über den Zusammenhang zwischen Diabetes mellitus und dem sozialen Netzwerk bzw. der sozialen Unterstützung. In: Otto, U. and Bauer, P., eds., *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten, Band 1: Soziale Netzwerke im Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive*. Tübingen, dgvt-Verlag. 403f.

Erickson, K.I., Voss, M.W., Prakash, R.S., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L., Kim, J.S., Heo, S., Alves, H., White, S.M., Wojcicki, T.R., Mailey, E., Vieira, V.J., Martin, S.A., Pence, B.D., Woods, J.A., McAuley, E. and Kramer, A.F. (2011) Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proc Natl Acad Sci U S A* 108(7), 3017–3022.

Fengler, J. (1975) *Verhaltensmodifikation in Gruppenprozessen*. Heidelberg, Quelle & Meyer. 25.

Fredrickson, B.L., Cohn, M.A., Coffey, K.A., Pek, J. and Finkel, S.M. (2008) Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *J Pers Soc Psychol* 95(5), 1045–1062.

Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A. and Fitzpatrick, R. (2002) Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 324(7351), 1417.

Gedik, Z. (2019) Self-compassion and health-promoting lifestyle behaviors in college students. *Psychol Health Med* 24(1), 108–114.

Genco, R.J., Ho, A.W., Kopman, J., Grossi, S.G., Dunford, R.G. and Tedesco, L.A. (1998) Models to evaluate the role of stress in periodontal disease. *Ann Periodontol* 3(1), 288–302.

Gensichen, J., Muth, C., Butzlaff, M., Rosemann, T., Raspe, H., Müller de Cornejo, G., Beyer, M., Härter, M., Müller, U.A., Angermann, C.E., Gerlach, F.M. and Wagner, E. (2006) Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronische Kranke. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 100, 365–374.

Gilbert, P. and Tirch, D. (2009) Emotional Memory, Mindfulness and Compassion. In: Didonna, F., eds. Clinical Handbook of Mindfulness. New York, Springer. 99–110.

GKV, DGUV, SVLFG, and Deutsche Rentenversicherung (2016) Bundesrahmenempfehlung der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf. Accessed September 25, 2020.

Good Clinical Practice Network (o. J.) ICH harmonised guideline integrated addendum to ICH E6(R1): Guideline for Good Clinical Practice ICH E6(R2) ICH Consensus Guideline. <https://ichgcp.net/de>. Accessed June 22, 2020.

Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E.M.S., Gould, N.F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D.D., Shihab, H.M., Ranasinghe, P.D., Linn, S., Saha, S., Bass, E.B. and Haythornthwaite, J.A. (2014) Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being. A Systematic Review and Metaanalysis. JAMA Intern Med 174(3), 357–368.

Graf, C., Ullrich, W. and Marschall, U. (2008) Nutzenbewertung der DMP Diabetes mellitus. Neue Erkenntnisse aus dem Vergleich von DMP-Teilnehmern und Nichtteilnehmern anhand von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. Gesundheits- und Sozialpolitik 1(2), 73–84.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. and Walach, H. (2004) Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. J Psychosom Res 57(1), 35–43.

Grzywacz, J.G., Stoller, E.P., Brewer-Lowry, N.A., Bell, R.A., Quandt, S.A. and Arcury, T.A. (2012) Gender and health lifestyle: an in-depth exploration of self-care activities in later life. *Health Educ Behav* 39(3), 332–340.

Güthlin, C., Köhler, S. and Dieckelmann, M. (2020) Chronisch krank sein in Deutschland: Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen. Frankfurt am Main, Goethe-Universität, Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin.

Hackett, R.A. and Steptoe, A. (2017) Type 2 diabetes mellitus and psychological stress – a modifiable risk factor. *Nat Rev Endocrinol* 13(9), 547–560.

Halle, M., Schmidt-Trucksäß, A., Hambrecht, R. and Berg, A. (2008) Sporttherapie in der Medizin. Evidenzbasierte Prävention und Therapie. Stuttgart, Schattauer, 3–340.

Hammen, C. (2005) Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol* 1, 293–319.

Harth, M. and Nielson, W.R. (2019) Pain and affective distress in arthritis: relationship to immunity and inflammation. *Expert Rev Clin Immunol* 15(5), 541–552.

Haslbeck, J., Klein, M., Bischofberger, I. and Sottas, B. (2015) Leben mit chronischer Krankheit. Die Perspektive von Patientinnen, Patienten und Angehörigen. *Obsan Dossier* 46.

Helvik, A.S., Engedal, K., Skancke, R.H. and Selbæk, G. (2011) A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for the medically hospitalized elderly. *Nord J Psychiatry* 65(5), 338–344.

Herrero, M.J., Blanch, J., Peri, J.M., De Pablo, J., Pintor, L. and Bulbena, A. (2003) A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry* 25(4), 277–283.

Herrmann, C. and Buss U (1994) Vorstellung und Validierung einer deutschen Version der "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HAD-Skala); ein Fragebogen zur Erfassung des psychischen Befindens bei Patienten mit körperlichen Beschwerden. *Diagnostica* 40,

143–154.

Herrmann, C., Buss, U. and Snaith, R.P. (1995) HADS-D - Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version: Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Bern, Huber.

Herrmann, C. (1997) International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale - a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 42(1), 17–41.

Herrmann-Lingen, C., Buss, U. and Snaith, P. (2004) Hospital Anxiety and Depression Scale – deutsche Version. Göttingen, Hogrefe.

Hoge, E.A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C.A., Morris, L.K., Robinaugh, D.J., Worthington, J.J., Pollack, M.H. and Simon, N.M. (2013) Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress. *J Clin Psychiatry* 74(8), 786–792.

Hoyer, J. and Margraf J. (2013) *Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren*. Berlin-Heidelberg, Springer. 140.

Hubert, M. (2014) Patienten mit Ärzten etwas weniger zufrieden. https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/special-arzt-patient/article/861300/umfrage-patienten-aerzten-etwas-weniger-zufrieden.html. Accessed September 24, 2017.

Huberty, J., Green, J., Glissmann, C., Larkey, L., Puzia, M. and Lee, C. (2019) Efficacy of the Mindfulness Meditation Mobile App “Calm” to Reduce Stress Among College Students: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth* 7(6), e14273.

Hupfeld, J. and Ruffieux, N. (2011) Validierung einer deutschen Version der Self-Compassion Scale (SCS-D). *Z Klin Psychol Psychother* 40(2), 115–123.

Institut für Demoskopie Allensbach (2010) *Naturheilmittel 2010 Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung*. <https://www.ifd->

allensbach.de/uploads/tx_studies/7528_Naturheilmittel_2010.pdf. Accessed May 18, 2017.

Institut für Demoskopie Allensbach (2015) Gesundheitsorientierung. https://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_studies/6184_Gesundheitsorientierung.pdf. Accessed May 09, 2017.

Jaspers, J. (2019) Wissenschaftliche Evaluation eines tagesklinischen Modell-Versorgungsprogrammes mit Schwerpunkt Mind-Body-Medizin bei Patienten mit Krebserkrankungen. Dissertation, Medizinische Fakultät Charité, Universitätsmedizin Berlin.

Kabat-Zinn, J. (o. J.) Stressbewältigung durch Achtsamkeit (Mindfulness-Based Stress Reduction – MBSR). <https://www.mbsr-training.com/was-ist-achtsamkeit/>. Accessed July 22, 2019.

Kahleova, H., Matoulek, M., Malinska, H., Oliyarnik, O., Kazdova, L., Neskudla, T., Skoch, A., Hajek, M., Hill, M., Kahle, M. and Pelikanova T. (2011) Vegetarian diet improves insulin resistance and oxidative stress markers more than conventional diet in subjects with Type 2 diabetes. *Diabet Med* 28(5), 549–559.

Kamper, S.J., Apeldoorn, A.T., Chiarotto, A., Smeets, R.J.E.M., Ostelo R.W.J.G., Guzman, J. and van Tulder M.W. (2014) Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 9, CD000963.

Keenan, K., Ploubidis, G.B., Silverwood, R.J. and Grundy, E. (2017) Life-course partnership history and midlife health behaviours in a population-based birth cohort. *J Epidemiol Community Health* 71(3), 232–238.

Kofahl, C., Nickel, S. and Höhne, A. (2011) Inanspruchnahme von Angeboten zur Bewältigung chronischer Erkrankungen und dauerhafter gesundheitlicher Beeinträchtigungen. In: Böcken, J., Braun B. and Repschläger, U., eds., *Gesundheitsmonitor 2011*. Gütersloh, Bertelsmann Stiftung. 133–154.

Kulzer, B., Albus, C., Herpetz, S., Kruse, J., Lange, K., Lederbogen, F. and Petrak, F. (2013) Psychosoziales und Diabetes (Teil 1) S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung. *Diabetologie* 8(4), 325.

Kvam, S., Kleppe, C.L., Nordhus, I.H. and Hovland, A. (2016) Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *J Affect Disord* 202, 67–86.

Langhorst, J., Eisenbruch, S., Müller, T., Popkirowa, K., Lüdtke, R., Paul, A., Franken, U., Spahn, G., Michalsen, A., Schedlowski, M. and Dobos, G. (2004) Intensivierte Lebensstilmodifikation bei Patienten mit Colitis ulcerosa: Auswirkungen auf die Lebensqualität, psychoneuroimmunologische Variablen und Entzündungsmarker im Stuhl. *Z Gastroenterol* 42, P118.

Larisch, K. (2017) Säulen der Stressbewältigung. <https://www.dkv.com/gesundheitsaeulen-stressbewaeltigung-12633.html>. Accessed July 23, 2019.

Lean, M.E.J., Leslie, W.S., Barnes, A.C., Brosnahan, N., Thom, G., McCombie, L., Peters, C., Zhyzhneuskaya, S., Al-Mrabeh, A., Hollingsworth, K.G., Rodrigues, A.M., Rehackova, L., Adamson, A.J., Sniehotta, F.F., Mathers, J.C., Ross, H.M., Mcllvenna, Y., Welsh, P., Kean, S., Ford, I., McConnachie, A., Messow, C.M., Sattar, N. and Taylor, R. (2019) Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 7(5), 344–355.

Lee, Y. and Im, E. O. (2016) Stress and premenstrual symptoms in reproductive-aged women. *Health Care Women Int* 37(6), 646–670.

Leng, G., Adan, R.A.H., Belot, M., Brunstrom, J.M., de Graaf, K., Dickson, S.L. Hare, T., Maier, S., Menzies, J., Preissl, H., Reisch, L.A., Rogers, P.J. and Smeets, P.A.M. (2017). The determinants of food choice. *Proc Nutr Soc* 76(3), 316–327.

Leppin, A. and Schwarzer, R. (1997) Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In: Schwarzer, R., ed. *Gesundheitspsychologie - Ein Lehrbuch*. Göttingen, Hogrefe. 356.

Liu, M.Y., Li, N., Li, W.A. and Khan, H. (2017) Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neurol Res* 39(6), 573–580.

Lynch, S.V. and Pedersen, O. (2016) The Human Intestinal Microbiome in Health and Disease. *N Engl J Med* 375(24), 2369–2379.

Maguire, P. and Pitceathly, C. (2002) Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 225(7366), 697–700.

Marra, F., Parhar, K., Huang, B. and Vadlamudi, N. (2020) Risk factors for herpes zoster infection: a meta-analysis. *Open Forum Infect Dis* 7(1), ofaa005.

McMacken, M. and Sapan, S. (2017) A plant-based diet for the prevention and treatment of type 2 diabetes. *J Geriatr Cardiol* 14(5), 342–354.

Melchart, D., Wühr, E., Wifling, K. and Bachmeier, B.E. (2018) The TALENT II study: a randomized controlled trial assessing the impact of an individual health management (IHM) on stress reduction. *BMC Public Health* 18, 823.

Michalsen A. (2010) Stressed patients, stressed physicians and the need for mind-body medicine. *Forschende Komplementärmedizin* 17(5), 237–239

Michalsen, A. (2018) *Heilen mit der Kraft der Natur*. Berlin, Insel Verlag. 201-203

Müller-Nordhorn, J., Kulig, M., Binting, S., Völler, H., Gohlke, H., Linke, K. and Willich, S.N. (2004) Change in quality of life in the year following cardiac rehabilitation. *Qual Life Res* 13(2), 399–410.

National Center for Complementary and Alternative Medicine (2006) <http://nccam.nih.gov/health/backgrounds/mindbody.htm>. Accessed November 14, 2017.

Neff, K.D. (2003a) Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity* 2(3), 223–250.

Neff, K.D. (2003b) Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self identity* 2(2), 85–102.

Neff, K.D. (2016) The Self-Compassion Scale is a valid and theroretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness* 7, 264–274.

Qin, H.Y., Cheng, C.W., Tang, X.D. and Bian, Z.X. (2014) Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 20(39), 14126–14131.

Raes, F., Pommier, E., Neff, K.D. and Van Gucht, D. (2011) Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clin Psychol Psychother* 18(3), 250–255.

Resnick, B. (2004) Encouraging exercise in older adults with congestive heart failure. *Geriatr Nurs* 25(4), 204–211.

Robert Koch-Institut (2009) Prävalenz chronischen Krankseins. *GEDA 2009*, 54–56.

Rozanski, A., Blumenthal, J.A., Davidson, K.W., Saab, P.G. and Kubzansky, L. (2005) The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *J Am Coll Cardiol* 45(5), 637–651.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2001) 7.2 Epidemiologie und Kosten chronischer Krankheiten. <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=307>. Accessed May 25, 2017.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2015) Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2015/Krankengeld_Druckfassung.pdf. Accessed May 01, 2017.

Schienkiewitz, A., Mensink, G.B.M. and Lange C (2017) Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. *J Health Monit* 2(2), 21–28.

Schuch, F.B., Vancampfort, D., Richards, J., Rosenbaum, S., Ward, P.B. and Stubbs, B. (2016) Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *J Psychiatr Res* 77, 42–51.

Schwartz, F.W., Bitzer, E.M., Dörning, H., Grobe, T.G., Krauth, C.H., Schmidt, T.H. and Zielke, M. (2000) Gutachten. Gesundheitsausgaben für chronische Krankheiten in Deutschland. *Dtsch Arztebl* 97(40), A-2614 / B-2230 / C-2093.

Selye, H. (1956) *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill, 52-190.

Sonnenmoser, M. (2009) Chronische Erkrankungen: Steigender Bedarf an begleitender Psychotherapie. *Dtsch Arztebl* 106(42), A-2080 / B-1781 / C-1745.

Stojanovich, L. and Marisavlejevich, D. (2008) Stress as a trigger of autoimmune disease. *Autoimmun Rev* 7(3), 209–2013.

Techniker Krankenkasse (2009) Aktuelle Bevölkerungsbefragung: Ausmaß, Ursachen und Auswirkungen von Stress in Deutschland. *TK Kundenkompass Stress 2009*, 27.

Techniker Krankenkasse (2014) Meinungspuls 2014 – So sieht Deutschland sein Gesundheitssystem. https://de.slideshare.net/TK_Presse/tk-meinungspuls2014-studienband. Accessed February, 22, 2021.

Techniker Krankenkasse (2016a) *Beweg dich, Deutschland!* <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/819848/Datei/163832/TK-Bewegungsstudie-2016-Beweg-dich-Deutschland.pdf>. Accessed April 19, 2017.

Techniker Krankenkasse (2016b) *Entspann dich Deutschland! TK-Stressstudie 2016*. <https://www.tk.de/resource/blob/2026630/9154e4c71766c410dc859916aa798217/tk-stressstudie-2016-data.pdf>. Accessed January 30, 2020.

Thyen, U., Szczepanski, R., Krötz V. and Kuske, M. (2009) Transitionsmodul im Modularen Schulungsprogramm ModuS. In: Oldhafer, M. and Berlien, H., eds., Transitionsmedizin - Multiprofessionelle Begleitung junger Erwachsener mit chronischer Krankheit. Stuttgart, Schattauer. 199–206.

Topp, C.W., Østergaard, S.D., Søndergaard, S. and Bech, P. (2015) The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom* 84(3), 167–176.

Tschuschke, V. (2001) Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke, V., ed. *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart, Georg Thieme Verlag. 140–147.

Tucker, J., Friedman, H.S., Wingard, D.L., and Schwartz, J.E. (1996) Marital history at midlife as a predictor of longevity: Alternative explanations to the protective effect of marriage. *Health Psychol* 15(2), 94–101.

Tudor-Locke, C. and Bassett D.R. Jr. (2004) How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports Med* 34, 1–8.

Van Dam, N., Forsyth, J.P., Sheppard, S.C. and Earleywine, M. (2011) Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression *J Anxiety Disord* 25(1), 123–130.

Von Scheidt, C. (2013) Mind-Body-Medizin zur Behandlung des Fibromyalgiesyndroms. *Zeitschrift für Komplementärmedizin (zkm)* 1, 12–17.

Wadden, T.A., Butryn, M.L. and Wilson, C. (2007) Lifestyle modification for the management of obesity. *Gastroenterology* 132(6), 2226–2238.

Walter, M.H. and Rädcl, M. (2021) Inanspruchnahme und Ausgaben in der zahnmedizinischen Versorgung. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 64, 993–1000.

Ware, J.E., Kosinski, M. and Keller, S.D. (1996) A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 34(3), 220–233.

Ware, J.E., Kosinski, M. and Keller, S.D. (1998) SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales. Boston, The Health Institute New England Medical Center.

WHO (1998) Wellbeing Measures in Primary Health Care / The DEPCARE Project: report on a WHO meeting, Stockholm, Sweden 12–13 February 1998.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf. Accessed May 19, 2017.

WHO (2004) Work Organization & Stress
https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3rev.pdf?ua=1. Accessed January 19, 2021.

Wirtz, P.H. and von Känel, R. (2017) Psychological stress, inflammation, and coronary heart disease. *Curr Cardiol Rep* 19(11), 111.

World Health Report (2002) Reducing Risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization. 4–12.

World Medical Association (2018) WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>. Accessed June 18, 2020.

Zigmond, A.S. and Snaith, R.P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 67, 361–370.

6 ANHANG

6.1 FRAGEBOGEN V1

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit diesem Fragebogen möchten wir Ihren gesundheitlichen Zustand erfassen. Bitte beantworten Sie **alle Fragen vollständig und ehrlich**. Bitte denken Sie auch nicht zu sehr über die einzelnen Fragen nach, sondern antworten Sie spontan.

Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nur in pseudonymisierter Form gespeichert und ausgewertet.

Vielen Dank!

Patientennummer: _____

1. Tag und Beginn der Tagesklinik-Gruppe?

- Montag
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag

Datum des ersten Gruppentages: _____

2. Persönliche Angaben

a) **Geburtsdatum:** : _____

b) **Geschlecht:** weiblich männlich

c) **Berufstätigkeit**

- arbeitssuchend berentet in Ausbildung / Studium
- arbeitsunfähig seit: _____
- berufstätig

Wenn berufstätig:

- angestellt selbstständig beamtet Hausfrau/Hausmann

d) **Erkrankung** (Hier bitte die Erkrankung ankreuzen, die für Sie im Vordergrund steht und wegen der Sie an der Tagesklinik teilnehmen.)

- Rheuma Diabetes
- Chronisches Schmerzsyndrom Bluthochdruck
- Fibromyalgie Syndrom Koronare Herzerkrankung
- Kopfschmerzen / Migräne Asthma
- Morbus Crohn Allergie(n)
- Colitis ulcerosa Erschöpfungssyndrom / Burnout
- Reizdarmsyndrom sonstiges _____

3. Bitte geben Sie an, wie stark derzeit (bezogen auf die letzten 3 Wochen) ihre körperlichen Beschwerden sind (0 = keine Beschwerden, 10 = unerträgliche Beschwerden)

0
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10

4. Bitte geben Sie an, wie ihre aktuelle psychische Befindlichkeit ist (0 = sehr gut, 10 = sehr schlecht)

0
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10

5. Lebensstilbereich Bewegung

a) Bitte kreuzen Sie in der Tabelle an welche Bewegung Sie aktuell in ihren Lebensalltag integriert haben.

Formen	<input type="checkbox"/> Walking <input type="checkbox"/> Nordic Walking <input type="checkbox"/> Radfahren <input type="checkbox"/> Schwimmen <input type="checkbox"/> Yoga <input type="checkbox"/> Qigong <input type="checkbox"/> sonstiges: (bitte angeben)
Häufigkeit (Bewegungseinheit von mind. 10 Min.)	<input type="checkbox"/> seltener als 1 Mal pro Monat <input type="checkbox"/> 1 - 2 Mal pro Monat <input type="checkbox"/> 1 - 2 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3 - 5 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> (fast) täglich
Durchschnittlicher Dauer pro Bewegungseinheit	<input type="checkbox"/> 10 - 20 Min. <input type="checkbox"/> 20 - 30 Min. <input type="checkbox"/> 30 - 40 Min. <input type="checkbox"/> länger als 40 Min.

b) Durch Bewegung verbessern sich häufig meine Symptome.

- trifft voll und ganz zu
 trifft zu
 trifft eher nicht zu
 trifft gar nicht zu

6. Lebensstilbereich Entspannung / Meditation

a) Bitte kreuzen Sie in der Tabelle an welche Entspannungs-/Meditationsverhalten Sie aktuell in Ihrem Lebensalltag integriert haben.

Formen	<input type="checkbox"/> Progressive Muskel Entspannung <input type="checkbox"/> Autogenes Training <input type="checkbox"/> Meditation <input type="checkbox"/> sonstiges:
Häufigkeit (Entspannungseinheit von mind. 10 Min.)	<input type="checkbox"/> seltener als 1 Mal pro Monat <input type="checkbox"/> 1 – 2 Mal pro Monat <input type="checkbox"/> 1 – 2 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3 – 5 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> (fast) täglich
Dauer pro Entspannungseinheit	<input type="checkbox"/> 10 – 20 Min. <input type="checkbox"/> 20 – 30 Min. <input type="checkbox"/> 30 – 40 Min. <input type="checkbox"/> länger als 40 Min.

b) Durch Entspannung / Meditation verbessern sich meine Symptome.

- trifft voll und ganz zu
- trifft zu
- trifft eher nicht zu
- trifft gar nicht zu

7. Lebensstilbereich Ernährung

a) Wie häufig verwenden Sie Olivenöl, Leinöl und Rapsöl als Speiseöle?

- ausschließlich (100%)
- überwiegend (75%)
- etwa zur Hälfte (50%)
- gelegentlich (25%)
- selten oder gar nicht
- weiß ich nicht

b) Wie viel Gemüse und Obst essen sie in der Regel am Tag?

- täglich 5 Portionen und mehr (100%)
- täglich 3-4 Portionen (75%)
- täglich 2-2,5 Portionen (50%)
- täglich 1-1,5 Portionen (25%)
- selten oder gar nicht
- weiß ich nicht

*1Portion entspricht ca. 100g / 5 Portionen = 500g pro Tag

c) Wie häufig verwenden Sie Vollkornprodukte (Brot, Reis, Teigwaren)?

- ausschließlich (100%)
- überwiegend (75%)
- etwa zur Hälfte (50%)
- gelegentlich (25%)
- selten oder gar nicht
- weiß ich nicht

d) Wie häufig essen Sie in der Regel Wurst?

- 2-3 mal pro Tag
- etwa täglich 1 mal
- nicht täglich (3-5 mal pro Woche)
- gelegentlich (1-2 mal pro Woche)
- selten oder gar nicht
- weiß ich nicht

e) Wie häufig essen Sie in der Regel Fleisch?

- 2-3 mal pro Tag
- etwa täglich 1 mal
- nicht täglich (3-5 mal pro Woche)
- gelegentlich (1-2 mal pro Woche)
- selten oder gar nicht
- weiß ich nicht

f) Wie häufig essen Sie in der Regel Käse?

- 2-3 mal pro Tag
- etwa täglich 1 mal
- nicht täglich (3-5 mal pro Woche)
- gelegentlich (1-2 mal pro Woche)
- selten oder gar nicht
- weiß ich nicht

g) Wie häufig essen Sie in der Regel Süßwaren (Kuchen, Eis, Schokolade ...)*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche
- ca. jeden zweiten Tag
- täglich
- weiß ich nicht

*denken Sie dabei an die letzten 2 Wochen

i) Wie häufig essen Sie in der Regel Nüsse*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche
- ca. jeden zweiten Tag
- täglich
- weiß ich nicht

*denken Sie dabei an die letzten 2 Wochen

k) Wie häufig trinken Sie Kaffee, schwarzen oder grünen Tee?*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche 1-2 Tassen
- ca. jeden zweiten Tag 1-2 Tassen
- täglich mehr als 2 Tassen
- weiß ich nicht

*denken Sie dabei an die letzten 2 Wochen

m) Wie häufig trinken Sie alkoholische Getränke?*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche
- ca. jeden zweiten Tag 1-2 Tassen
- täglich
- weiß ich nicht

*denken Sie dabei an die letzten 2 Wochen

h) Wie häufig essen Sie in der Regel Fastfood oder? Fertigprodukte (Pommes, Hamburger, Pizza, Bratwurst, Konserven oder Dosenprodukte ...)*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche
- ca. jeden zweiten Tag
- täglich
- weiß ich nicht

j) Inwieweit trifft die folgende Aussage für Sie zu: Meistens esse ich sehr schnell.

- trifft genau zu
- trifft eher zu
- teils/teils
- trifft eher nicht zu
- trifft überhaupt nicht zu
- weiß ich nicht

l) Wie häufig trinken Sie Erfrischungsgetränke (Cola, Limo, Fanta, Brause ...)*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche 1-2 Gläser
- ca. jeden zweiten Tag 1-2 Gläser
- täglich mehr als 2 Gläser
- weiß ich nicht

n) Wie häufig trinken Sie Kräutertees oder Wasser*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche 1-2 Tassen/Gläser
- ca. jeden zweiten Tag 1-2 Tassen/Gläser
- täglich mehr als 2 Tassen/Gläser
- weiß ich nicht

HADS

Nachfolgend finden Sie weitere Aussagen bezüglich Ihres Wohlbefindens. Bitte beantworten Sie jede Frage und zwar so, **wie es für Sie persönlich in den letzten 3 Monaten am ehesten zutrifft** bzw. zutrifft. Überlegen Sie nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

<p>1. Ich fühle mich angespannt oder überreizt.</p> <p><input type="checkbox"/> meistens</p> <p><input type="checkbox"/> oft</p> <p><input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit / gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>8. Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.</p> <p><input type="checkbox"/> fast immer</p> <p><input type="checkbox"/> sehr oft</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>
<p>2. Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich</p> <p><input type="checkbox"/> nicht sehr</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>9. Ich fühle mich glücklich.</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> meistens</p>
<p>3. Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, sehr stark</p> <p><input type="checkbox"/> ja, aber nicht allzu stark</p> <p><input type="checkbox"/> etwas, aber es macht mir keine Sorgen</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>10. Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, so viel wie immer</p> <p><input type="checkbox"/> nicht mehr ganz so viel</p> <p><input type="checkbox"/> inzwischen viel weniger</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>
<p>4. Ich habe ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich oft</p> <p><input type="checkbox"/> sehr oft</p>	<p>11. Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, stimmt</p> <p><input type="checkbox"/> ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte</p> <p><input type="checkbox"/> möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum</p> <p><input type="checkbox"/> ich kümmere mich so viel darum wie immer</p>
<p>5. Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.</p> <p><input type="checkbox"/> einen Großteil der Zeit</p> <p><input type="checkbox"/> verhältnismäßig oft</p> <p><input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit, aber nicht all zu oft</p> <p><input type="checkbox"/> nur gelegentlich / nie</p>	<p>12. Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.</p> <p><input type="checkbox"/> ganz genau so</p> <p><input type="checkbox"/> nicht ganz so sehr</p> <p><input type="checkbox"/> nur noch ein wenig</p> <p><input type="checkbox"/> kaum oder gar nicht</p>
<p>6. Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, tatsächlich oft</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich oft</p> <p><input type="checkbox"/> nicht sehr oft</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>13. Ich blicke mit Freude in die Zukunft.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, sehr</p> <p><input type="checkbox"/> eher weniger als früher</p> <p><input type="checkbox"/> viel weniger als früher</p> <p><input type="checkbox"/> kaum bis gar nicht</p>
<p>7. Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, natürlich</p> <p><input type="checkbox"/> gewöhnlich schon</p> <p><input type="checkbox"/> nicht oft</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>14. Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen.</p> <p><input type="checkbox"/> oft</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> eher selten</p> <p><input type="checkbox"/> sehr selten</p>

Fragen zum Thema STRESS (PSS-10)					
Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie häufig Sie sich während des letzten Monats durch Stress belastet fühlten. (Bitte kreuzen Sie pro Aussage eine Antwort an)	nie 1	selten 2	manch- mal 3	häufig 4	sehr oft 5
1 Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber aufgeregt, dass etwas völlig Unerwartetes eingetreten ist?	<input type="checkbox"/>				
2 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>				
3 Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat nervös und „gestresst“ gefühlt?	<input type="checkbox"/>				
4 Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat sicher im Umgang mit persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?	<input type="checkbox"/>				
5 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?	<input type="checkbox"/>				
6 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit all den anstehenden Aufgaben und Problemen nicht richtig umgehen zu können?	<input type="checkbox"/>				
7 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit Ärger in Ihrem Leben klar zu kommen?	<input type="checkbox"/>				
8 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, alles im Griff zu haben?	<input type="checkbox"/>				
9 Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber geärgert, wichtige Dinge nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>				
10 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Probleme so aufgestaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können?	<input type="checkbox"/>				

Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF 12

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der (grau unterlegten) Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	1	2	3	4	5

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben			
Sind Sie durch Ihren Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
3. mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3

Haben Sie in den vergangenen Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja		Nein
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	1		2
5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	1		2

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause, (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten?)	Ja		Nein
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	1		2
7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	1		2

	Überhaupt nicht	Ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltäglichkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	1	2	3	4	5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht)	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen:						
9. ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
10. voller Energie?	1	2	3	4	5	6
11. entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche von Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

Fragebogen zum Wohlbefinden - WHO (Fünf)

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen.

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune.						
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.						
... habe ich mich energetisch und aktiv gefühlt.						
... habe ich mich beim aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.						
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.						

SCS-D

Wie ich typischerweise mit mir selbst in schwierigen Zeiten umgehe

Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch, bevor Sie antworten. Kreuzen Sie bei jeder Aussage an, wie oft Sie sich in der beschriebenen Art und Weise verhalten:

	<i>sehr selten</i>	<i>selten</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>oft</i>	<i>sehr oft</i>
1. Wenn ich bei etwas versage, was mir wichtig ist, werde ich von Gefühlen der Unzulänglichkeit aufgezehrt.	①	②	③	④	⑤
2. Ich versuche verständnisvoll und geduldig gegenüber jenen Zügen meiner Persönlichkeit zu sein, die ich nicht mag.	①	②	③	④	⑤
3. Wenn etwas Unangenehmes passiert, versuche ich einen ausgewogenen Überblick über die Situation zu erlangen.	①	②	③	④	⑤
4. Wenn es mir schlecht geht, neige ich dazu zu glauben, dass die meisten anderen Menschen wahrscheinlich glücklicher sind als ich.	①	②	③	④	⑤
5. Ich versuche, meine Fehler als Teil der menschlichen Natur zu sehen.	①	②	③	④	⑤
6. Wenn ich eine sehr schwere Zeit durchmache, schenke ich mir selbst die Zuwendung und Einfühlsamkeit, die ich brauche.	①	②	③	④	⑤
7. Wenn mich etwas aufregt, versuche ich meine Gefühle im Gleichgewicht zu halten.	①	②	③	④	⑤
8. Wenn mir etwas für mich Wichtiges misslingt, glaube ich oft, dass nur ich allein versage.	①	②	③	④	⑤
9. Wenn ich mich niedergeschlagen fühle, neige ich dazu nur noch auf das zu achten, was nicht in Ordnung ist.	①	②	③	④	⑤
10. Wenn ich mich auf irgendeine Art unzulänglich fühle, versuche ich mich daran zu erinnern, dass die meisten Leute solche Gefühle der Unzulänglichkeit haben.	①	②	③	④	⑤
11. Ich missbillige und verurteile meine eigenen Fehler und Schwächen.	①	②	③	④	⑤
12. Ich bin intolerant und unduldsam gegenüber denjenigen Seiten meiner Persönlichkeit, die ich nicht mag.	①	②	③	④	⑤

Sie sind jetzt am Ende des Fragebogens angelangt.
Bitte prüfen Sie Ihre Angaben noch einmal auf Vollständigkeit!
Herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen.

6.2 FRAGEBOGEN V2

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit diesem Fragebogen möchten wir Ihren gesundheitlichen Zustand erfassen. Bitte beantworten Sie **alle Fragen vollständig und ehrlich**. Bitte denken Sie auch nicht zu sehr über die einzelnen Fragen nach, sondern antworten Sie spontan.

Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nur in pseudonymisierter Form gespeichert und ausgewertet.

Vielen Dank!

Patientennummer: _____

1. a) **Wie zufrieden sind / waren Sie insgesamt mit dem Therapieprogramm der Tagesklinik?**

- sehr zufrieden
- zufrieden
- weniger zufrieden
- unzufrieden

b) **Wie viel von den empfohlenen Übungen für Zuhause haben Sie umsetzen können (0 = nichts, 10 = nahezu alle empfohlenen Übungen)?**

-
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

c) **Wie viel Zeit haben Sie durchschnittlich für die Übungen am Tag aufgewendet?**

_____ Minuten

d) **Mir fiel es leicht, das Gelernte in den Alltag einzubauen.**

- trifft voll und ganz zu
- trifft zu
- trifft eher nicht zu
- trifft gar nicht zu

e) **Falls es Schwierigkeiten bei der Umsetzung im Alltag gab, welche waren die hauptsächlichsten Hürden?**

- zu hohe Zielsetzung
- fehlende Erfolgserlebnisse
- zu geringe Disziplin
- fehlende Unterstützung durch Partner/Partnerin, Kinder, soziales Umfeld
- sonstiges: _____

f) **Hat sich Ihre Lebensqualität verbessert?**

- Ja Nein

g) **Wenn Frage f) mit ja beantwortet wurde, in welchen Bereichen?**

h) **Durch das Umsetzen der Inhalte und Übungen des tagesklinischen Programms haben sich meine körperlichen Beschwerden verbessert.**

- ja nein

Wenn Ja – um wie viel Prozent:

-
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- i) **Durch das Umsetzen der Inhalte und Übungen des tagesklinischen Programms hat sich meine psychische Befindlichkeit verbessert.**
 ja nein

Wenn Ja – um wie viel Prozent:

0
 10
 20
 30
 40
 50
 60
 70
 80
 90
 100%

- j) **Den Erfolg, den ich mit Hilfe der Tagesklinik erfahren konnte, hätte ich mit Sicherheit auch erzielt, wenn ich die Bausteine der Tagesklinik in Einzelkursen (beispielsweise an der Volkshochschule oder bei anderen Anbietern) besucht hätte.**
 trifft voll und ganz zu
 trifft zu
 trifft eher nicht zu
 trifft gar nicht zu

- k) **In wie weit haben sich die Besuche bei Ärzten, Therapeuten usw. im Vergleich zu der Zeit vor der Tagesklinik verändert?**
 kann ich nicht einschätzen
 reduziert
 unverändert
 erhöht

3. **Bitte kreuzen Sie an, inwiefern sie den folgenden Aussagen zustimmen.**

		trifft voll und ganz zu	trifft zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
a)	Das Gesamtkonzept war für mich sehr motivierend und unterstützend.				
b)	Insgesamt habe ich wichtige Informationen erhalten.				
c)	Die Therapeutin ist gut auf individuelle Fragen eingegangen.				
d)	Die Therapeutin hat sich verständlich ausgedrückt.				
e)	Die Gruppe der Mitpatientinnen und Mitpatienten war für mich sehr wichtig und unterstützend.				

4. Bitte kreuzen Sie an, inwiefern sie den folgenden Aussagen zustimmen.

		trifft voll und ganz zu	trifft zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
a)	Die ärztliche Visite war für mich sehr unterstützend.				
b)	Insgesamt habe ich in den Visiten wichtige Informationen erhalten.				
c)	Die Ärztin / der Arzt ist gut auf individuelle Fragen eingegangen.				
d)	Die Ärztin / der Arzt hat sich verständlich ausgedrückt.				

5. Lebensstilbereich Bewegung

a) Zu diesem Bereich habe ich wichtige Informationen erhalten, die für meinen Lebensalltag sehr hilfreich sind.

- trifft voll und ganz zu
- trifft zu
- trifft eher nicht zu
- trifft gar nicht zu

b) Bitte kreuzen Sie in der Tabelle Ihr aktuelles Bewegungsverhalten an

Formen	<input type="checkbox"/> Walking <input type="checkbox"/> Nordic Walking <input type="checkbox"/> Radfahren <input type="checkbox"/> Schwimmen <input type="checkbox"/> Achtsames Yoga <input type="checkbox"/> Qigong <input type="checkbox"/> sonstiges: (bitte angeben)
Häufigkeit (Bewegungseinheit von mind. 10 Min.)	<input type="checkbox"/> seltener als 1 Mal pro Monat <input type="checkbox"/> 1 - 2 Mal pro Monat <input type="checkbox"/> 1 - 2 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3 - 5 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> (fast) täglich
Durchschnittlicher Dauer pro Bewegungseinheit	<input type="checkbox"/> 10 - 20 Min. <input type="checkbox"/> 20 - 30 Min. <input type="checkbox"/> 30 - 40 Min. <input type="checkbox"/> länger als 40 Min.

c) Durch Bewegung haben sich meine Symptome verbessert.

- trifft voll und ganz zu
- trifft zu
- trifft eher nicht zu
- trifft gar nicht zu

6. Lebensstilbereich Entspannung / Meditation

a) Zum Bereich Entspannung habe ich wichtige Informationen erhalten, die für meinen Lebensalltag sehr hilfreich sind.

- trifft voll und ganz zu
- trifft zu
- trifft eher nicht zu
- trifft gar nicht zu

b) Bitte kreuzen Sie in der Tabelle Ihr aktuelles Entspannungs-/Meditationsverhalten an.

Formen	<input type="checkbox"/> Progressive Muskel Entspannung <input type="checkbox"/> Autogenes Training <input type="checkbox"/> Minis <input type="checkbox"/> Atemmeditation <input type="checkbox"/> Bodyscan <input type="checkbox"/> Gehmeditation <input type="checkbox"/> Metta-Meditation <input type="checkbox"/> sonstiges:
Häufigkeit (Entspannungseinheit von mind. 10 Min.)	<input type="checkbox"/> seltener als 1 Mal pro Monat <input type="checkbox"/> 1 – 2 Mal pro Monat <input type="checkbox"/> 1 – 2 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3 – 5 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> (fast) täglich
Dauer pro Entspannungseinheit	<input type="checkbox"/> 10 – 20 Min. <input type="checkbox"/> 20 – 30 Min. <input type="checkbox"/> 30 – 40 Min. <input type="checkbox"/> länger als 40 Min.

h) Durch Entspannung / Meditation haben sich meine Symptome verbessert.

- trifft voll und ganz zu
- trifft zu
- trifft eher nicht zu
- trifft gar nicht zu

7. Lebensstilbereich Ernährung

a) Wie häufig verwenden Sie Olivenöl, Leinöl und Rapsöl als Speiseöle?

- ausschließlich (100%)
- überwiegend (75%)
- etwa zur Hälfte (50%)
- gelegentlich (25%)
- selten oder gar nicht
- weiß ich nicht

b) Wie viel Gemüse und Obst essen Sie in der Regel am Tag?

- täglich 5 Portionen und mehr (100%)
- täglich 3-4 Portionen (75%)
- täglich 2-2,5 Portionen (50%)
- täglich 1-1,5 Portionen (25%)
- selten oder gar nicht
- weiß ich nicht

1Portion entspricht ca. 100g / 5 Portionen = 500g pro Tag

c) Wie häufig verwenden Sie Vollkornprodukte (Brot, Reis, Teigwaren)?

- ausschließlich (100%)
- überwiegend (75%)
- etwa zur Hälfte (50%)
- gelegentlich (25%)
- selten oder gar nicht
- weiß ich nicht

e) Wie häufig essen Sie in der Regel Fleisch?

- 2-3 mal pro Tag
- etwa täglich 1 mal
- nicht täglich (3-5 mal pro Woche)
- gelegentlich (1-2 mal pro Woche)
- selten oder gar nicht
- weiß ich nicht

g) Wie häufig essen Sie in der Regel Süßwaren (Kuchen, Eis, Schokolade ...)*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche
- ca. jeden zweiten Tag
- täglich
- weiß ich nicht

*denken Sie dabei an die letzten 2 Wochen

i) Wie häufig essen Sie in der Regel Nüsse*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche
- ca. jeden zweiten Tag
- täglich
- weiß ich nicht

*denken Sie dabei an die letzten 2 Wochen

k) Wie häufig trinken Sie Kaffee, schwarzen oder grünen Tee?*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche 1-2 Tassen
- ca. jeden zweiten Tag 1-2 Tassen
- täglich mehr als 2 Tassen
- weiß ich nicht

*denken Sie dabei an die letzten 2 Wochen

m) Wie häufig trinken Sie alkoholische Getränke?*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche
- ca. jeden zweiten Tag 1-2 Tassen
- täglich
- weiß ich nicht

*denken Sie dabei an die letzten 2 Wochen

d) Wie häufig essen Sie in der Regel Wurst?

- 2-3 mal pro Tag
- etwa täglich 1 mal
- nicht täglich (3-5 mal pro Woche)
- gelegentlich (1-2 mal pro Woche)
- selten oder gar nicht
- weiß ich nicht

f) Wie häufig essen Sie in der Regel Käse?

- 2-3 mal pro Tag
- etwa täglich 1 mal
- nicht täglich (3-5 mal pro Woche)
- gelegentlich (1-2 mal pro Woche)
- selten oder gar nicht
- weiß ich nicht

h) Wie häufig essen Sie in der Regel Fastfood oder?

Fertigprodukte (Pommes, Hamburger, Pizza, Bratwurst, Konserven oder Dosenprodukte ...)*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche
- ca. jeden zweiten Tag
- täglich
- weiß ich nicht

j) Inwieweit trifft die folgende Aussage für Sie zu: Meistens esse ich sehr schnell.

- trifft genau zu
- trifft eher zu
- teils/teils
- trifft eher nicht zu
- trifft überhaupt nicht zu
- weiß ich nicht

l) Wie häufig trinken Sie Erfrischungsgetränke (Cola, Limo, Fanta, Brause ...)*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche 1-2 Gläser
- ca. jeden zweiten Tag 1-2 Gläser
- täglich mehr als 2 Gläser
- weiß ich nicht

n) Wie häufig trinken Sie Kräutertees oder Wasser?*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche 1-2 Tassen/Gläser
- ca. jeden zweiten Tag 1-2 Tassen/Gläser
- täglich mehr als 2 Tassen/Gläser
- weiß ich nicht

o) Wenn meine Krankheit es zulassen würde, wäre der vollwertige Anteil in meiner Ernährung höher.

- trifft voll und ganz zu
- trifft zu
- trifft eher nicht zu
- trifft gar nicht zu

p) Durch die Ernährungsempfehlungen, einer für mich passenden Ernährung, haben sich meine Symptome verbessert.

- trifft voll und ganz zu
- trifft zu
- trifft eher nicht zu
- trifft gar nicht zu

8. Themen der Tagesklinik

Die Informationen und / oder die praktischen Übungen waren für mein Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie für den Umgang mit meiner Erkrankung und mein Wohlbefinden hilfreich.

Bitte bei jedem Thema entsprechend ankreuzen

		trifft voll und ganz zu	trifft zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	Thema erinnere ich nicht
a)	Entstehung von Gesundheit und Krankheit					
b)	Stress und Spannungsregulation					
c)	Verhaltensänderung					
d)	Ausgleich zu alltäglichen Belastungen (Entspannung im Alltag)					
e)	Eigene Grenzen wahrnehmen und einhalten (Bedeutung meiner Krankheit)					
f)	Kneippsche Güsse (Hydrotherapie)					
g)	Naturheilkundliche Hausmittel					
h)	ABC (Wahrnehmungs- und Bewertungsgewohnheiten)					
i)	Inneres Team (Kommunikation nach innen)					
j)	4 Ohren der Kommunikation (Kommunikation nach außen)					
k)	Mein soziales Netz					
l)	Achtsamkeitsübungen/Tag der Achtsamkeit					

9. Was mir sonst noch wichtig ist/war:

HADS

Nachfolgend finden Sie weitere Aussagen bezüglich Ihres Wohlbefindens. Bitte beantworten Sie jede Frage und zwar so, **wie es für Sie persönlich in den letzten 3 Monaten am ehesten zutrifft** bzw. zutrifft. Überlegen Sie nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

<p>1. Ich fühle mich angespannt oder überreizt.</p> <p><input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit/gelegentlich <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>8. Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.</p> <p><input type="checkbox"/> fast immer <input type="checkbox"/> sehr oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>
<p>2. Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> nicht sehr <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>9. Ich fühle mich glücklich.</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens</p>
<p>3. Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, sehr stark <input type="checkbox"/> ja, aber nicht allzu stark <input type="checkbox"/> etwas, aber es macht mir keine Sorgen <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>10. Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, so viel wie immer <input type="checkbox"/> nicht mehr ganz so viel <input type="checkbox"/> inzwischen viel weniger <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>
<p>4. Ich habe ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> sehr oft</p>	<p>11. Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, stimmt <input type="checkbox"/> ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte <input type="checkbox"/> möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum <input type="checkbox"/> ich kümmere mich so viel darum wie immer</p>
<p>5. Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.</p> <p><input type="checkbox"/> einen Großteil der Zeit <input type="checkbox"/> verhältnismäßig oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit, aber nicht all zu oft <input type="checkbox"/> nur gelegentlich / nie</p>	<p>12. Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.</p> <p><input type="checkbox"/> ganz genau so <input type="checkbox"/> nicht ganz so sehr <input type="checkbox"/> nur noch ein wenig <input type="checkbox"/> kaum oder gar nicht</p>
<p>6. Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, tatsächlich oft <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> nicht sehr oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>13. Ich blicke mit Freude in die Zukunft.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, sehr <input type="checkbox"/> eher weniger als früher <input type="checkbox"/> viel weniger als früher <input type="checkbox"/> kaum bis gar nicht</p>
<p>7. Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, natürlich <input type="checkbox"/> gewöhnlich schon <input type="checkbox"/> nicht oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>14. Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen.</p> <p><input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> eher selten <input type="checkbox"/> sehr selten</p>

Fragen zum Thema STRESS (PSS-10)					
Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie häufig Sie sich während des letzten Monats durch Stress belastet fühlten. (Bitte kreuzen Sie pro Aussage eine Antwort an)	nie 1	selten 2	manch- mal 3	häufig 4	sehr oft 5
1 Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber aufgeregt, dass etwas völlig Unerwartetes eingetreten ist?	<input type="checkbox"/>				
2 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>				
3 Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat nervös und „gestresst“ gefühlt?	<input type="checkbox"/>				
4 Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat sicher im Umgang mit persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?	<input type="checkbox"/>				
5 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?	<input type="checkbox"/>				
6 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit all den anstehenden Aufgaben und Problemen nicht richtig umgehen zu können?	<input type="checkbox"/>				
7 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit Ärger in Ihrem Leben klar zu kommen?	<input type="checkbox"/>				
8 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, alles im Griff zu haben?	<input type="checkbox"/>				
9 Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber geärgert, wichtige Dinge nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>				
10 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Probleme so aufgestaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können?	<input type="checkbox"/>				

Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF 12

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der (grau unterlegten) Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	1	2	3	4	5

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben			
Sind Sie durch Ihren Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
3. mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3

Haben Sie in den vergangenen Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja		Nein
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	1		2
5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	1		2

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause, (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten?)	Ja		Nein
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	1		2
7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	1		2

	Überhaupt nicht	Ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	1	2	3	4	5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht)	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen:						
9. ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
10. voller Energie?	1	2	3	4	5	6
11. entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche von Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

Fragebogen zum Wohlbefinden - WHO (Fünf)

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen.

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune.						
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.						
... habe ich mich energetisch und aktiv gefühlt.						
... habe ich mich beim aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.						
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.						

SCS-D

Wie ich typischerweise mit mir selbst in schwierigen Zeiten umgehe

Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch, bevor Sie antworten. Kreuzen Sie bei jeder Aussage an, wie oft Sie sich in der beschriebenen Art und Weise verhalten:

	<i>sehr selten</i>	<i>selten</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>oft</i>	<i>sehr oft</i>
1. Wenn ich bei etwas versage, was mir wichtig ist, werde ich von Gefühlen der Unzulänglichkeit aufgezehrt.	①	②	③	④	⑤
2. Ich versuche verständnisvoll und geduldig gegenüber jenen Zügen meiner Persönlichkeit zu sein, die ich nicht mag.	①	②	③	④	⑤
3. Wenn etwas Unangenehmes passiert, versuche ich einen ausgewogenen Überblick über die Situation zu erlangen.	①	②	③	④	⑤
4. Wenn es mir schlecht geht, neige ich dazu zu glauben, dass die meisten anderen Menschen wahrscheinlich glücklicher sind als ich.	①	②	③	④	⑤
5. Ich versuche, meine Fehler als Teil der menschlichen Natur zu sehen.	①	②	③	④	⑤
6. Wenn ich eine sehr schwere Zeit durchmache, schenke ich mir selbst die Zuwendung und Einfühlsamkeit, die ich brauche.	①	②	③	④	⑤
7. Wenn mich etwas aufregt, versuche ich meine Gefühle im Gleichgewicht zu halten.	①	②	③	④	⑤
8. Wenn mir etwas für mich Wichtiges misslingt, glaube ich oft, dass nur ich allein versage.	①	②	③	④	⑤
9. Wenn ich mich niedergeschlagen fühle, neige ich dazu nur noch auf das zu achten, was nicht in Ordnung ist.	①	②	③	④	⑤
10. Wenn ich mich auf irgendeine Art unzulänglich fühle, versuche ich mich daran zu erinnern, dass die meisten Leute solche Gefühle der Unzulänglichkeit haben.	①	②	③	④	⑤
11. Ich missbillige und verurteile meine eigenen Fehler und Schwächen.	①	②	③	④	⑤
12. Ich bin intolerant und unduldsam gegenüber denjenigen Seiten meiner Persönlichkeit, die ich nicht mag.	①	②	③	④	⑤

Sie sind jetzt am Ende des Fragebogens angelangt.
Bitte prüfen Sie Ihre Angaben noch einmal auf Vollständigkeit!
Herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen.

6.3 FRAGEBOGEN V3

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit diesem Fragebogen möchten wir Ihren gesundheitlichen Zustand erfassen. Bitte beantworten Sie **alle Fragen vollständig und ehrlich**. Bitte denken Sie auch nicht zu sehr über die einzelnen Fragen nach, sondern antworten Sie spontan.

Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nur in pseudonymisierter Form gespeichert und ausgewertet.

Vielen Dank!

Patientennummer: _____

1. a) **Wie zufrieden sind / waren Sie insgesamt mit dem Therapieprogramm der Tagesklinik?**

- sehr zufrieden
- zufrieden
- weniger zufrieden
- unzufrieden

b) **Wie viel von den in der Tagesklinik empfohlenen Übungen konnten Sie in Ihren Alltag integrieren?**

(0 = nichts, 10 = nahezu alle empfohlenen Übungen)?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

c) **Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich für die Übungen am Tag auf?**

_____ Minuten

d) **Mir fiel es leicht, das Gelernte in den Alltag einzubauen.**

- trifft voll und ganz zu
- trifft zu
- trifft eher nicht zu
- trifft gar nicht zu

e) **Falls es Schwierigkeiten bei der Umsetzung im Alltag gab, welche waren die hauptsächlichsten Hürden?**

- zu hohe Zielsetzung
- fehlende Erfolgserlebnisse
- zu geringe Disziplin
- fehlende Unterstützung durch Partner/Partnerin, Kinder, soziales Umfeld
- sonstiges: _____

f) **Hat sich Ihre Lebensqualität verbessert?**

- Ja Nein

g) **Wenn Frage f) mit ja beantwortet wurde, in welchen Bereichen?**

h) **Durch das Umsetzen der Inhalte und Übungen des tagesklinischen Programms haben sich meine körperlichen Beschwerden verbessert.**

- ja nein

Wenn Ja – um wie viel Prozent:

- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- i) **Durch das Umsetzen der Inhalte und Übungen des tagesklinischen Programms hat sich meine psychische Befindlichkeit verbessert.**
 ja nein

Wenn Ja – um wie viel Prozent:

- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

- j) **Den Erfolg, den ich mit Hilfe der Tagesklinik erfahren konnte, hätte ich mit Sicherheit auch erzielt, wenn ich die Bausteine der Tagesklinik in Einzelkursen (beispielsweise an der Volkshochschule oder bei anderen Anbietern) besucht hätte.**

- trifft voll und ganz zu
 trifft zu
 trifft eher nicht zu
 trifft gar nicht zu

- k) **In wie weit haben sich die Besuche bei Ärzten, Therapeuten usw. im Vergleich zu der Zeit vor der Tagesklinik verändert?**

- kann ich nicht einschätzen
 reduziert
 unverändert
 erhöht

2. Lebensstilbereich Bewegung

- a) **Zu diesem Bereich habe ich wichtige Informationen erhalten, die für meinen Lebensalltag sehr hilfreich sind.**

- trifft voll und ganz zu
 trifft zu
 trifft eher nicht zu
 trifft gar nicht zu

- b) **Bitte kreuzen Sie in der Tabelle Ihr aktuelles Bewegungsverhalten an**

Formen	<input type="checkbox"/> Walking <input type="checkbox"/> Nordic Walking <input type="checkbox"/> Radfahren <input type="checkbox"/> Schwimmen <input type="checkbox"/> Achtsames Yoga <input type="checkbox"/> Qigong <input type="checkbox"/> sonstiges: (bitte angeben)
Häufigkeit (Bewegungseinheit von mind. 10 Min.)	<input type="checkbox"/> seltener als 1 Mal pro Monat <input type="checkbox"/> 1 - 2 Mal pro Monat <input type="checkbox"/> 1 - 2 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3 - 5 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> (fast) täglich
Durchschnittlicher Dauer pro Bewegungseinheit	<input type="checkbox"/> 10 - 20 Min. <input type="checkbox"/> 20 - 30 Min. <input type="checkbox"/> 30 - 40 Min. <input type="checkbox"/> länger als 40 Min.

c) Durch Bewegung haben sich meine Symptome verbessert.

- trifft voll und ganz zu
- trifft zu
- trifft eher nicht zu
- trifft gar nicht zu

3. Lebensstilbereich Entspannung / Meditation

a) Zum Bereich Entspannung habe ich wichtige Informationen erhalten, die für meinen Lebensalltag sehr hilfreich sind.

- trifft voll und ganz zu
- trifft zu
- trifft eher nicht zu
- trifft gar nicht zu

b) Bitte kreuzen Sie in der Tabelle Ihr aktuelles Entspannungs-/Meditationsverhalten an.

Formen	<input type="checkbox"/> Progressive Muskel Entspannung <input type="checkbox"/> Autogenes Training <input type="checkbox"/> Minis <input type="checkbox"/> Atemmeditation <input type="checkbox"/> Bodyscan <input type="checkbox"/> Gehmeditation <input type="checkbox"/> Metta-Meditation <input type="checkbox"/> sonstiges:
Häufigkeit (Entspannungseinheit von mind. 10 Min.)	<input type="checkbox"/> seltener als 1 Mal pro Monat <input type="checkbox"/> 1 – 2 Mal pro Monat <input type="checkbox"/> 1 – 2 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3 – 5 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> (fast) täglich
Dauer pro Entspannungseinheit	<input type="checkbox"/> 10 – 20 Min. <input type="checkbox"/> 20 – 30 Min. <input type="checkbox"/> 30 – 40 Min. <input type="checkbox"/> länger als 40 Min.

h) Durch Entspannung / Meditation haben sich meine Symptome verbessert.

- trifft voll und ganz zu
- trifft zu
- trifft eher nicht zu
- trifft gar nicht zu

4. Lebensstilbereich Ernährung

a) Wie häufig verwenden Sie Olivenöl, Leinöl und Rapsöl als Speiseöle?

- ausschließlich (100%)
- überwiegend (75%)
- etwa zur Hälfte (50%)
- gelegentlich (25%)
- selten oder gar nicht
- weiß ich nicht

b) Wie viel Gemüse und Obst essen Sie in der Regel am Tag?

- täglich 5 Portionen und mehr (100%)
- täglich 3-4 Portionen (75%)
- täglich 2-2,5 Portionen (50%)
- täglich 1-1,5 Portionen (25%)
- selten oder gar nicht
- weiß ich nicht

1Portion entspricht ca. 100g / 5 Portionen = 500g pro Tag

c) Wie häufig verwenden Sie Vollkornprodukte (Brot, Reis, Teigwaren)?

- ausschließlich (100%)
- überwiegend (75%)
- etwa zur Hälfte (50%)
- gelegentlich (25%)
- selten oder gar nicht
- weiß ich nicht

e) Wie häufig essen Sie in der Regel Fleisch?

- 2-3 mal pro Tag
- etwa täglich 1 mal
- nicht täglich (3-5 mal pro Woche)
- gelegentlich (1-2 mal pro Woche)
- selten oder gar nicht
- weiß ich nicht

g) Wie häufig essen Sie in der Regel Süßwaren (Kuchen, Eis, Schokolade ...)*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche
- ca. jeden zweiten Tag
- täglich
- weiß ich nicht

*denken Sie dabei an die letzten 2 Wochen

i) Wie häufig essen Sie in der Regel Nüsse*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche
- ca. jeden zweiten Tag
- täglich
- weiß ich nicht

*denken Sie dabei an die letzten 2 Wochen

k) Wie häufig trinken Sie Kaffee, schwarzen oder grünen Tee?*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche 1-2 Tassen
- ca. jeden zweiten Tag 1-2 Tassen
- täglich mehr als 2 Tassen
- weiß ich nicht

*denken Sie dabei an die letzten 2 Wochen

m) Wie häufig trinken Sie alkoholische Getränke?*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche
- ca. jeden zweiten Tag 1-2 Tassen
- täglich
- weiß ich nicht

*denken Sie dabei an die letzten 2 Wochen

d) Wie häufig essen Sie in der Regel Wurst?

- 2-3 mal pro Tag
- etwa täglich 1 mal
- nicht täglich (3-5 mal pro Woche)
- gelegentlich (1-2 mal pro Woche)
- selten oder gar nicht
- weiß ich nicht

f) Wie häufig essen Sie in der Regel Käse?

- 2-3 mal pro Tag
- etwa täglich 1 mal
- nicht täglich (3-5 mal pro Woche)
- gelegentlich (1-2 mal pro Woche)
- selten oder gar nicht
- weiß ich nicht

h) Wie häufig essen Sie in der Regel Fastfood oder? Fertigprodukte (Pommes, Hamburger, Pizza, Bratwurst, Konserven oder Dosenprodukte ...)*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche
- ca. jeden zweiten Tag
- täglich
- weiß ich nicht

j) Inwieweit trifft die folgende Aussage für Sie zu: Meistens esse ich sehr schnell.

- trifft genau zu
- trifft eher zu
- teils/teils
- trifft eher nicht zu
- trifft überhaupt nicht zu
- weiß ich nicht

l) Wie häufig trinken Sie Erfrischungsgetränke (Cola, Limo, Fanta, Brause ...)*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche 1-2 Gläser
- ca. jeden zweiten Tag 1-2 Gläser
- täglich mehr als 2 Gläser
- weiß ich nicht

n) Wie häufig trinken Sie Kräutertees oder Wasser*

- (fast) nie
- ca. 1-3 mal im Monat
- ca. 1 mal pro Woche 1-2 Tassen/Gläser
- ca. jeden zweiten Tag 1-2 Tassen/Gläser
- täglich mehr als 2 Tassen/Gläser
- weiß ich nicht

o) Wenn meine Krankheit es zulassen würde, wäre der vollwertige Anteil in meiner Ernährung höher.

- trifft voll und ganz zu
- trifft zu
- trifft eher nicht zu
- trifft gar nicht zu

p) Durch die Ernährungsempfehlungen, einer für mich passenden Ernährung, haben sich meine Symptome verbessert.

- trifft voll und ganz zu
- trifft zu
- trifft eher nicht zu
- trifft gar nicht zu

5. Was mir sonst noch wichtig ist/war:

HADS

Nachfolgend finden Sie weitere Aussagen bezüglich Ihres Wohlbefindens. Bitte beantworten Sie jede Frage und zwar so, wie es für Sie persönlich in den letzten 3 Monaten am ehesten zutrif bzw. zutrifft. Überlegen Sie nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

<p>1. Ich fühle mich angespannt oder überreizt.</p> <p><input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit/gelegentlich <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>8. Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.</p> <p><input type="checkbox"/> fast immer <input type="checkbox"/> sehr oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>
<p>2. Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> nicht sehr <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>9. Ich fühle mich glücklich.</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens</p>
<p>3. Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, sehr stark <input type="checkbox"/> ja, aber nicht allzu stark <input type="checkbox"/> etwas, aber es macht mir keine Sorgen <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>10. Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, so viel wie immer <input type="checkbox"/> nicht mehr ganz so viel <input type="checkbox"/> inzwischen viel weniger <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>
<p>4. Ich habe ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> sehr oft</p>	<p>11. Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, stimmt <input type="checkbox"/> ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte <input type="checkbox"/> möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum <input type="checkbox"/> ich kümmere mich so viel darum wie immer</p>
<p>5. Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.</p> <p><input type="checkbox"/> einen Großteil der Zeit <input type="checkbox"/> verhältnismäßig oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit, aber nicht all zu oft <input type="checkbox"/> nur gelegentlich / nie</p>	<p>12. Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.</p> <p><input type="checkbox"/> ganz genau so <input type="checkbox"/> nicht ganz so sehr <input type="checkbox"/> nur noch ein wenig <input type="checkbox"/> kaum oder gar nicht</p>
<p>6. Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, tatsächlich oft <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> nicht sehr oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>13. Ich blicke mit Freude in die Zukunft.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, sehr <input type="checkbox"/> eher weniger als früher <input type="checkbox"/> viel weniger als früher <input type="checkbox"/> kaum bis gar nicht</p>
<p>7. Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, natürlich <input type="checkbox"/> gewöhnlich schon <input type="checkbox"/> nicht oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>14. Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen.</p> <p><input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> eher selten <input type="checkbox"/> sehr selten</p>

Fragen zum Thema STRESS (PSS-10)					
Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie häufig Sie sich während des letzten Monats durch Stress belastet fühlten. (Bitte kreuzen Sie pro Aussage eine Antwort an)	nie 1	selten 2	manchmal 3	häufig 4	sehr oft 5
1 Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber aufgeregt, dass etwas völlig Unerwartetes eingetreten ist?	<input type="checkbox"/>				
2 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>				
3 Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat nervös und „gestresst“ gefühlt?	<input type="checkbox"/>				
4 Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat sicher im Umgang mit persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?	<input type="checkbox"/>				
5 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?	<input type="checkbox"/>				
6 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit all den anstehenden Aufgaben und Problemen nicht richtig umgehen zu können?	<input type="checkbox"/>				
7 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit Ärger in Ihrem Leben klar zu kommen?	<input type="checkbox"/>				
8 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, alles im Griff zu haben?	<input type="checkbox"/>				
9 Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber geärgert, wichtige Dinge nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>				
10 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Probleme so aufgestaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können?	<input type="checkbox"/>				

Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF 12

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der (grau unterlegten) Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	1	2	3	4	5

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben			
Sind Sie durch Ihren Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
3. mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3

Haben Sie in den vergangenen Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja		Nein
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	1		2
5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	1		2

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause, (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten?)	Ja		Nein
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	1		2
7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	1		2

	Überhaupt nicht	Ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltäglichkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	1	2	3	4	5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht)	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen:						
9. ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
10. voller Energie?	1	2	3	4	5	6
11. entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche von Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

Fragebogen zum Wohlbefinden - WHO (Fünf)

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen.

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune.						
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.						
... habe ich mich energetisch und aktiv gefühlt.						
... habe ich mich beim aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.						
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.						

SCS-D

Wie ich typischerweise mit mir selbst in schwierigen Zeiten umgehe

Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch, bevor Sie antworten. Kreuzen Sie bei jeder Aussage an, wie oft Sie sich in der beschriebenen Art und Weise verhalten:

	<i>sehr selten</i>	<i>selten</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>oft</i>	<i>sehr oft</i>
1. Wenn ich bei etwas versage, was mir wichtig ist, werde ich von Gefühlen der Unzulänglichkeit aufgezehrt.	①	②	③	④	⑤
2. Ich versuche verständnisvoll und geduldig gegenüber jenen Zügen meiner Persönlichkeit zu sein, die ich nicht mag.	①	②	③	④	⑤
3. Wenn etwas Unangenehmes passiert, versuche ich einen ausgewogenen Überblick über die Situation zu erlangen.	①	②	③	④	⑤
4. Wenn es mir schlecht geht, neige ich dazu zu glauben, dass die meisten anderen Menschen wahrscheinlich glücklicher sind als ich.	①	②	③	④	⑤
5. Ich versuche, meine Fehler als Teil der menschlichen Natur zu sehen.	①	②	③	④	⑤
6. Wenn ich eine sehr schwere Zeit durchmache, schenke ich mir selbst die Zuwendung und Einfühlsamkeit, die ich brauche.	①	②	③	④	⑤
7. Wenn mich etwas aufregt, versuche ich meine Gefühle im Gleichgewicht zu halten.	①	②	③	④	⑤
8. Wenn mir etwas für mich Wichtiges misslingt, glaube ich oft, dass nur ich allein versage.	①	②	③	④	⑤
9. Wenn ich mich niedergeschlagen fühle, neige ich dazu nur noch auf das zu achten, was nicht in Ordnung ist.	①	②	③	④	⑤
10. Wenn ich mich auf irgendeine Art unzulänglich fühle, versuche ich mich daran zu erinnern, dass die meisten Leute solche Gefühle der Unzulänglichkeit haben.	①	②	③	④	⑤
11. Ich missbillige und verurteile meine eigenen Fehler und Schwächen.	①	②	③	④	⑤
12. Ich bin intolerant und unduldsam gegenüber denjenigen Seiten meiner Persönlichkeit, die ich nicht mag.	①	②	③	④	⑤
	<i>sehr selten</i>	<i>selten</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>oft</i>	<i>sehr oft</i>

Sie sind jetzt am Ende des Fragebogens angelangt.
Bitte prüfen Sie Ihre Angaben noch einmal auf Vollständigkeit!
Herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen.

7 EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

„Ich, Anna-Verena Meyer, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Effekte einer intensivierten Mind-Body Therapie auf Lebensqualität, Lebensstilmodifikationen und chronifizierte Beschwerden“ („Effects of an intensified mind-body therapy on life quality, lifestyle modification and chronified ailments“) selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

[Für den Fall, dass Sie die Forschung für Ihre Promotion ganz oder teilweise in Gruppenarbeit durchgeführt haben:] Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

9 DANKSAGUNG

Sehr viele Menschen haben mitgewirkt dass diese Doktorarbeit zu Stande kommen konnte. Hoffentlich wird sie einen sinnvollen Beitrag zu unserem Gesundheitssystem leisten und Vielen zu Gute kommen.

Als Erstes möchte ich Professor Michalsen danken, dass er das Thema der Mind-Body Medizin für mich aussuchte und mir eine Dissertation darin ermöglichte. Ich bin ihm insbesondere dankbar für seine immer freundliche fachliche und menschliche Unterstützung und Förderung. Ebenfalls möchte ich seinem Ärzteteam für die fachliche Überprüfung dieser Arbeit danken.

Besonders Chris Von Scheidt bin ich sehr dankbar dass sie es mir mit vielen Stunden und Tagen Unterstützung ermöglichte zu ihrem Tagesklinikprogramm zu promovieren. Ich hoffe mit dieser Evaluation einen kleinen Beitrag hierzu leisten zu können.

Des Weiteren danke ich natürlich auch Ihrem Team der Ordnungstherapeut*innen für die zeitaufwendige Hilfe bei dem Einsammeln der Fragebögen und insbesondere Nina Effenberg für ihre hinzu geduldige Einführung in das Tagesklinik Programm.

Ausserdem danke ich Nico Steckhan, Gunda Loibl und Miriam Rösner für ihre Hilfe mit den Tabellen und Statistiken.

Herzlichen Dank an Ringu Tulku Rinpoche für seine Unterstützung, dessen Wunsch es immer ist Meditation und Entspannungsübungen auch auf eine für die westliche Kultur abgestimmte Weise zugänglich zu machen.

Und zu guter Letzt danke ich natürlich meinen Freunden sowie meiner Familie, vor allem meinem Vater, die Aufgaben als schlichtweg keine Option sahen und mich über die Jahre stets ermutigt haben immer weiter dran zu bleiben. Sowie Ann-Kristin Leder, Kathi Berger, Hannah Gassner, Dr. Johannes Wagner und seiner Frau Viktoria für die schönen gemeinsamen Zeiten und Ausritte die mich bei Laune gehalten haben.