

Abschlussbericht

an die Hamburger Krebsgesellschaft e.V.

zum Projekt:

Umsetzbarkeit und Wirksamkeit einer zielgerichteten Bewegungsintervention auf gesundheitsdefinierende körperliche Parameter junger Krebsüberlebender (AYAs) nach abgeschlossener Akuttherapie

Ready? - Go! Pilotstudie

Hamburg, den 12.06.2025

1 Grunddaten zum Forschungsprojekt

1.1 Name des Forschungsprojekts

Umsetzbarkeit und Wirksamkeit einer zielgerichteten Bewegungsintervention auf gesundheitsdefinierende körperliche Parameter junger Krebsüberlebender (AYAs) nach abgeschlossener Akuttherapie – Kurz: Ready? - Go! Pilotstudie

1.2 Name des Antragsstellers, dienstliche Stellung und Adresse

Antragsteller:	Simon Elmers, Sportwissenschaftler M.A.
Vertretung/Supervision:	PD Dr. med. Marianne Sinn
Adresse:	Hubertus Wald Tumorzentrum Universitäres Cancer Center Hamburg (UCC Hamburg)

1.3 Zusammenfassung des Projekts

Im Fokus der von der Hamburger Krebsgesellschaft e.V. geförderten „Ready? – Go!“ Pilotstudie stand ein individuelles, wissenschaftlich fundiertes Bewegungsprogramm für junge Erwachsene nach Abschluss einer onkologischen Therapie. Im Mittelpunkt steht dabei die gezielte Unterstützung der Patient:innen, eine körperliche Aktivität aufrechtzuerhalten und langfristig in ihren Alltag zu integrieren. Allen Patient:innen zwischen 18-39 Jahren nach abgeschlossener Akuttherapie, die die definierten Einschlusskriterien erfüllen, war die Teilnahme an der „Ready? – Go!“ Pilotstudie möglich. Neben der Analyse der Machbarkeit erfolgten die Erhebung und Auswertung sportwissenschaftlich relevanter Parameter wie Handkraft, Ausdauerleistungsfähigkeit und Körperkomposition.

1.4 Aktueller Stand des Projekts

Das von der Hamburger Krebsgesellschaft e.V. geförderte Projekt „Ready? – Go!“ konnte mit der letzten Messung am 25.11.2024 und der am 05.12.2024 durchgeführten Abschlussveranstaltung für alle Teilnehmer:innen abgeschlossen werden.

2. Projektverlauf

2.1 Ursprünglich beantragte Mittel, Gesamtkosten und Differenz

Durch die kostenneutrale Laufzeitverlängerung konnte die angestrebte Teilnehmer:innenanzahl erreicht werden. Das Programm wurde von dem Projektleiter Simon Elmers im Rahmen seines am 01.06.2022 begonnenen UKE-internen PhD-Programms begleitet, umgesetzt und evaluiert und durch Frau PD Dr. Marianne Sinn supervidiert, die auch als Vertretung fungierte. Weitere Unterstützung erhielt das Projektteam durch Student:innen der Universität Hamburg, Fachbereich Bewegungswissenschaft, wodurch zwei Abschlussarbeiten entstanden sind: „Effekte einer individuellen, angepassten Be-

wegungsintervention auf ausgewählte, gesundheitsdefinierende, körperliche Parameter bei jungen Erwachsenen nach Abschluss der Krebsterapie“, erfolgreiches Erlangen des akademischen Grads Bachelor of Arts (B.A.) von Frau Alicia Reiher im Fach Bewegungswissenschaft an der Universität Hamburg im April 2025; zweite Abschlussarbeit in Arbeit, voraussichtliche Einreichung im August 2025.

Die im Rahmen des Antrags zur kostenlosen Laufzeitverlängerung an die Hamburger Krebsgesellschaft e.V. vom 18.01.2023 und einhergehendem Amendement und Mittelumwidmung vorgenommene Veränderung, die Spiroergometrien nur zu Beginn (T0) und Ende der Intervention (T3) durchzuführen anstatt zu jedem Beratungsgespräch, stellte sich als sportwissenschaftlich angemessen heraus und wurden auch in persönlichen Gesprächen von den Teilnehmer:innen als sinnvoll erachtet.

Die von der Hamburger Krebsgesellschaft e.V. bereitgestellten finanziellen Mittel waren im Oktober 2023 vollständig aufgebraucht. Bis Ende Mai 2024 übernahm das UCC Hamburg die Teilweiterfinanzierung des Programms. Zum Ende des Jahres 2024 wurde die Interventionszeit des Projekts abgeschlossen. Weitere Arbeiten, etwa die statistische Aufarbeitung, fanden im ersten Quartal 2025 statt. Diese wurden allesamt im Rahmen des PhD-Programms von Herrn Elmers umgesetzt.

3 Auswertung des Projekts

3.1 Ablaufplan des Programms

Studieneinschluss (n = 45)		
„Baseline Assessment“ Woche 0 - Subjektive Erhebungen (EORTC-QLQ-30, BSA-Fragebogen, Fragebogen zu sportbezogenen situativen Barrieren, Fragebogen zum sportbezogenem Barrieremanagement, TTM, EORTC-QLQ-FA12, EQ5D-L - VAS Thermometer) - Objektive Erhebungen (BIA-Messung Handkraft-Dynamometer Spiroergometrie) - Zusätzliche patientenbezogene Daten (Anthropometrische Daten, Krankheitsbezogene Daten, Noxen)		
Studienarm 1	Studienarm 2	Studienarm 3
Woche 0 - Ca. 45-minütige individuelle Sportberatung - krankheits- und therapiebedingte Empfehlungen zur Vermeidung einer Mangel- oder Fehlerbewegung - Erstellung eines individuellen Bewegungsplans - Informationspaket rund um das Thema Sport und Bewegung	Woche 0 - Ca. 45-minütige individuelle Sportberatung - krankheits- und therapiebedingte Empfehlungen zur Vermeidung einer Mangel- oder Fehlerbewegung - Erstellung eines individuellen Bewegungsplans - Informationspaket rund um das Thema Sport und Bewegung	Woche 0 - Ca. 45-minütige Basis Sportberatung - Empfehlungen zur Vermeidung einer Mangel- oder Fehlerbewegung - Informationspaket rund um das Thema Sport und Bewegung
Woche 0-6	Woche 0-6	Woche 0-6
Wöchentliches angeleitetes Lauftraining	Home- Based Training	Training entsprechend des Buddy
„Zwischen-Assessment I“ Woche 6 - Subjektive Erhebungen (EORTC-QLQ-30, BSA-Fragebogen, Fragebogen zu sportbezogenen situativen Barrieren, Fragebogen zum sportbezogenem Barrieremanagement, TTM, EORTC-QLQ-FA12, EQ5D-L - VAS Thermometer) - Objektive Erhebungen (BIA-Messung Handkraft-Dynamometer Spiroergometrie) - Zusätzliche patientenbezogene Daten (Anthropometrische Daten) - Ca. 30-minütiges Verlaufsgespräch, Studienarm 1&2: Besprechung der Ergebnisse, Studienarm 3: mit Buddy möglich		
Woche 6-12	Woche 6-12	Woche 6-12
Wöchentliches angeleitetes Lauftraining	Home- Based Training	Training entsprechend des Buddy
„Zwischen-Assessment II“ Woche 12 - Subjektive Erhebungen (EORTC-QLQ-30, BSA-Fragebogen, Fragebogen zu sportbezogenen situativen Barrieren, Fragebogen zum sportbezogenem Barrieremanagement, TTM, EORTC-QLQ-FA12, EQ5D-L - VAS Thermometer) - Objektive Erhebungen (BIA-Messung Handkraft-Dynamometer Spiroergometrie) - Zusätzliche patientenbezogene Daten (Anthropometrische Daten) - Ca. 30-minütiges Verlaufsgespräch, Studienarm 1&2: Besprechung der Ergebnisse, Studienarm 3: mit Buddy möglich		
Woche 12-18	Woche 12-18	Woche 12-18
Wöchentliches angeleitetes Lauftraining	Home- Based Training	Training entsprechend des Buddy
„Abschluss-Assessment“ Woche 18 - Subjektive Erhebungen (EORTC-QLQ-30, BSA-Fragebogen, Fragebogen zu sportbezogenen situativen Barrieren, Fragebogen zum sportbezogenem Barrieremanagement, TTM, EORTC-QLQ-FA12, EQ5D-L - VAS Thermometer) - Objektive Erhebungen (BIA-Messung Handkraft-Dynamometer Spiroergometrie) - Zusätzliche patientenbezogene Daten (Anthropometrische Daten) - Ca. 45-60-minütiges Abschlussgespräch. Besprechung der Ergebnisse		

3.2 Deskriptive Daten

Im Rahmen des Projekts wurden zwischen dem 22.05.2023 und dem 17.07.2024 insgesamt 45 Teilnehmer:innen rekrutiert, davon 31 Patient:innen und 14 „Buddies“, also enge Vertraute, welche das Programm gemeinsam mit dem ehemaligen Patienten durchlaufen. 43 Teilnehmer:innen wurden in die Auswertung eingeschlossen. Zwei Teilnehmer:innen haben das Projekt aus persönlichen (n = 1) und medizinischen Gründen (n = 1) abgebrochen.

Die geplante Rekrutierungsrate von 2-3 Teilnehmer:innen pro Monat wurde erreicht. In den 15 Monaten nach Rekrutierungsstart wurden durchschnittlich 3 Teilnehmer:innen pro Monat in das Programm eingeschlossen. Mit Ausnahme der beiden Drop-outs haben alle weiteren Teilnehmer:innen an allen vorgesehenen Terminen teilgenommen, was für eine sehr hohe Adhärenz zum Programm spricht.

Entgegen der Erwartungen ist das Verhältnis von Teilnehmer:innen, die an dem sportpraktischen Angebot teilnehmen wollten, zu den Teilnehmern, die eigenständig trainieren wollten, nicht ausgeglichen. Unter allen ehemaligen Patient:innen nahmen 10 Teilnehmer:innen an der sportpraktischen Gruppe teil, 21 haben sich für das Homebased-Training entschieden, was einer Verteilung von etwa zwei Dritteln zugunsten des Homebased-Trainings entspricht. Das sportpraktische Angebot fand von Mai 2023 bis Dezember 2024 regelmäßig einmal pro Woche (donnerstags, 16-17 Uhr) auf der Lauffläche des Instituts für Bewegungswissenschaft der Universität Hamburg statt.

Es traten weder in den sportmedizinischen Untersuchungen noch in den sportpraktischen Einheiten unerwünschte Ereignisse (Adverse Events, AE) auf, sodass das Programm gegenwärtig als sicher und unbedenklich einzustufen ist und die eigens geschlossene Versicherung nicht in Anspruch genommen werden musste.

Die Teilnahmerate am Lauftraining liegt insgesamt bei 65,7 % und bis auf zwei Teilnehmer:innen (27,8 % bzw. 55,6 %) konnten alle den zuvor definierten Mindestanspruch von 60 % erreichen. Unvorhergesehene Ereignisse wie Krankheit oder mehrwöchige Reha-Aufenthalte sowie berufliche Termine oder ein Umzug stellten sich als Hauptabsagegründe heraus. Dreimal fiel der Lauftreff aufgrund eines Feiertags oder Bahnstreiks aus. An diesen Tagen sollten die Teilnehmer:innen „Nachweisfotos“ an die Studienleitung senden, um zu belegen, dass sie aktiv gewesen sind. Insgesamt fanden 64 offizielle Lauftreffs an der Universität Hamburg statt. Viele Teilnehmer:innen, die das offizielle Programm abgeschlossen hatten, kamen freiwillig weiterhin zum wöchentlichen Lauftreff. Drei Teilnehmer:innen der Homebased-Gruppe kamen nach Abschluss ihres Programms auf eigenem Wunsch zum Lauftreff. Auf Wunsch der Teilnehmer:innen gab es nach dem letzten Lauftermin in Kalenderwoche 45 bis zum Abschluss des letzten Teilnehmers in Kalenderwoche 49 des Jahres 2024 noch vier weitere Lauftreffs. Im Durchschnitt waren vier Teilnehmer:innen (Minimum: 1, Maximum: 10) bei den Terminen anwesend.

Unter den insgesamt 45 Teilnehmer:innen waren 31 ehemals Erkrankte und 14 „Buddys“. Für die weiteren Analysen wurde sich auf die Kohorte der ehemals Erkrankten konzentriert.

Im Folgenden werden die deskriptiven Daten tabellarisch dargestellt (Tab. 1). Weitere anthropometrische Daten und Zeitangaben seit Therapieende sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 1 Deskriptive Daten

Parameter		Anzahl [n]	Prozentwert [%]
Geschlecht	männlich	10	32,3
	weiblich	21	67,7
Erkrankung	Gynäkologische Tumore	12	38,7
	Hirntumore	3	9,7
	Kopf- und Halstumore	2	6,5
	Leukämien	4	12,9
	Lymphome	7	22,6
	Sarkome	2	6,5
	Urologische Tumore	1	3,2

Tabelle 2 Anthropometrische Daten und Zeit seit Therapieende. Legende: Kilogramm (kg), Quadratmeter (m²)

Parameter	Alter [Jahre]	Körperhöhe [Meter]	Körpermasse [kg]	Body Mass Index [kg/m ²]	Bauchumfang [Zentimeter]	Zeit seit Therapieende [Monate]
Mittelwert	31,7	1,70	74,8	24,7	88,6	49,2
Standardabweichung	± 6,1	± 0,08	± 12,6	± 3,6	± 9,2	± 79,0
Minimum	21	1,60	50,3	18,0	72	0
Maximum	39	1,90	107,5	31,4	113	377

3.3 Statistisches Vorgehen und Auswertung

Für die Verwaltung und Aufbereitung der Daten wurde MS Excel (Version 2016, Microsoft, Redmond, WA, USA) verwendet. Die statistischen Analysen erfolgten mit IBM SPSS Statistics v29.0.1.0. Als Anwendungsvoraussetzung für statistische Berechnungen wurden die Daten mittels Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung geprüft. Die Normalverteilung der Daten durfte angenommen werden, da der Test einen Wert von $> 0,05$ ergab. Für die Bestimmung der Mittelwertunterschiede zwischen dem ersten (T0) und dem letzten (T3) Messzeitpunkt wurde der Student's t-Test gerechnet. Die Irrtumswahrscheinlichkeit wurde für alle Berechnungen auf ein Signifikanzniveau von $p \leq 0,05$ festgelegt. Fehlende Daten wurden nach dem „Last Observation Carried Forward“ (LOCF)-Konzept ergänzt. Als untersuchte Kohorte wurde das Intention-to-treat-Prinzip gewählt, es flossen also alle Daten in die Auswertung ein, auch wenn Teilnehmer:innen im Laufe der Studie ausgeschieden waren. Dieses Vorgehen soll die Gefahr minimieren, dass die Ergebnisse für eine Gruppe fälschlicherweise besser aussehen, als sie bei fairer Betrachtung aller Patient:innen wären. Zusätzlich stärkt es die Verlässlichkeit von Studienergebnissen, und es soll Verzerrungen vorbeugen. Unterschiede in einer ITT-Analyse erhöhen das die Sicherheit, dass der Unterschied auch tatsächlich auf die überprüfte Therapie zurückzuführen ist.

3.4 Ergebnisse

Folgende Ergebnisse wurden berechnet:

Tabelle 3 Ergebnisse

Parameter	Messzeitpunkt	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwertdifferenz (T3-T0)	Zweiseitiges p
Phasenwinkel BIA, [°] (n = 29)	T0	6,1	± 0,36	-0,01	0,852
	T3	6,1	± 0,43		
Muskelmasse BIA, [kg] (n = 29)	T0	26,2	± 4,49	-0,20	0,336
	T3	26,1	± 4,29		
Ausdauerleistungsfähigkeit Spiroergometrie, [W/kg] (n = 28)	T0	2,5	± 0,64	0,13	0,003*
	T3	2,6	± 0,59		
Handkraft Dynamometer, [kg] (n = 29)	T0	34,5	± 8,41	2,48	<,001*
	T3	36,9	± 8,19		
Lebensqualität EORTC-QLQ C30 [Punkte] (n = 28)	T0	4,6	± 1,39	0,36	0,134
	T3	5,0	± 1,31		
Gesundheit EORTC-QLQ C30 [Punkte] (n = 28)	T0	4,5	± 1,20	0,57	0,007*
	T3	5,1	± 1,27		
Fatigue EORTC-QLQ C30 [Punkte] (n = 31)	T0	2,1	± 0,89	-0,38	0,002*
	T3	1,7	± 0,89		
Barrieren insgesamt TTM, [Punkte] (n = 29)	T0	2,3	± 0,44	-0,16	0,013*
	T3	2,1	± 0,47		
Psychische Barrieren TTM, [Punkte] (n = 28)	T0	2,1	± 0,48	-0,33	0,002*
	T3	1,7	± 0,53		
Körperliche Barrieren TTM, [Punkte] (n = 28)	T0	2,9	± 0,76	-0,24	0,052
	T3	2,7	± 0,92		

Legende: Grad (°), Watt (W), Kilogramm (kg), erster Messzeitpunkt (T0), vierter Messzeitpunkt (T3), Signifikanz (*), BIA = Body Impedanz Analyse, EORTC-QLQ C30 = Fragebogen mit 30 Items, TTM = Fragen zur Einstellung zu körperlicher Aktivität

Den vorliegenden Ergebnissen ist zu entnehmen, dass sich die Barrieren und die Fatigue im Laufe des Programms verringert haben und sich der Gesundheitszustand (gemessen via Fragebogen), Lebensqualität, Handgriffkraft sowie die Leistung im Laufe der Interventionszeit gestiegen sind. Bei den mit Sternchen (*) versehenen Variablen konnte eine statistische Signifikanz nachgewiesen werden.

4 Diskussion & Fazit

Im Folgenden werden die im ursprünglichen Antrag festgelegten Hypothesen aufgelistet und diskutiert.

1. Hypothese: *Das Angebot einer sportpraktischen Intervention wird von den jungen Krebsüberlebenden in Anspruch genommen.*

Diese Hypothese kann bejaht werden. Die anvisierte Teilnehmerzahl konnte mit Hilfe gängiger Rekrutierungsstrategien (Nachsorge, Flyer, Social Media, Selbsthilfegruppen) und einer Einschlussrate von 3,0 Teilnehmer:innen pro Monat erreicht werden. Die sehr geringe Abbruchquote von 4,44 % (2/45) und die Vollständigkeit des Datensatzes sprechen ebenfalls für eine hohe Inanspruchnahme und Akzeptanz des angebotenen Programms.

2. Hypothese: *Lebensqualität und psychisches Wohlbefinden verbessern sich bei regelmäßiger Teilnahme an der individuell angepassten und supervidierten Trainingsform.*

Die Hypothese war nicht eindeutig positiv zu beantworten. Es konnten aber Tendenzen gezeigt werden, dass sich die Lebensqualität und das psychische Wohlbefinden bei regelmäßiger Teilnahme an dem Programm verbessern.

Bei der Gesamtheit aller in das Programm eingeschlossenen ehemals an Krebs erkrankten Teilnehmer:innen zeigte sich eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustands und eine signifikante Verringerung der Fatigue. Anhand dieser beiden Ergebnisse kann eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens aufgezeigt werden.

Auch die Lebensqualität verbesserte sich zwischen den Messzeitpunkten, wenn auch nicht statistisch signifikant.

3. Hypothese: *Ausgewählte gesundheitsdefinierende Parameter (Muskelmasse und Phasenwinkel, Handkraft und maximale Sauerstoffaufnahme) verbessern sich bei regelmäßiger Teilnahme an der individuell angepassten und supervidierten Trainingsform.*

Während sich bei den Messungen, die mithilfe des BIA-Geräts (NutriDuplex der Firma Data Input) vorgenommen wurden (Phasenwinkel und Muskelmasse), keine signifikanten Veränderungen ergaben, kann festgehalten werden, dass sich sowohl die Handkraft als auch die relative Ausdauerleistungsfähigkeit signifikant verbesserten.

Auf Grund mehrfach fehlerhafter Datenaufzeichnungen bei der Erhebung der maximalen Sauerstoffaufnahme, wurde bei der Datenauswertung auf einen verlässlich erhobenen Parameter (maximale Wattzahl, die pro Kilogramm Körpermasse geleistet werden konnte: „relative Leistungsfähigkeit“) zurückgegriffen.

Die Hypothese ist somit nicht eindeutig zu beantworten. Es zeigt sich aber, dass das durchgeführte Programm einen positiven Einfluss auf ausgewählte gesundheitsdefinierende Parameter (Handkraft und Ausdauerleistungsfähigkeit) hat.

4. Hypothese: *Sportbezogene situative Barrieren verringern sich bei regelmäßiger Teilnahme an der individuell angepassten und supervidierten Trainingsform.*

Die sportbezogenen situativen Barrieren konnten durch das Programm positiv beeinflusst werden. Die psychischen Barrieren verringerten sich signifikant, ebenso wie der Wert für alle Barrieren insgesamt. Der Wert für die körperlichen Barrieren (z. B. „Ich bin verletzt“) verringerte sich ebenfalls, allerdings nicht signifikant.

Auch bei dieser Hypothese zeigen sich starke Tendenzen dahingehend, dass die sportbezogenen situativen Barrieren durch die Teilnahme an dem Programm verringert werden.

5. Hypothese: *„Buddys“ erleichtern den Zugang zu und Aufrechterhaltung von körperlicher Aktivität.*

Das freiwillige Einbeziehen eines Buddys von 50 % der Teilnehmenden ist antizipiert worden und betrug 45,2 % (14/31). Inwieweit das Einbeziehen eines Buddy Einfluss auf die erhobenen Ergebnisse des Programms hat, ist Gegenstand einer aktuell noch laufenden Abschlussarbeit, deren Ergebnisse im August 2025 erwartet werden. Festzuhalten ist allerdings auch die hohe Adhärenz der Buddys zum Programm und damit auch die Bereitschaft zur Unterstützung beim (wieder)einstieg in einen körperlich aktiven Lebensstil.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die am Programm teilgenommenen ehemaligen Patient:innen, unabhängig von der von ihnen ausgewählten Gruppe, von der Teilnahme an der gewählten Intervention profitiert haben. Mit der „Ready-Go“-Pilotstudie wurde ein Programm geschaffen, welches es AYAs ermöglichte, gesundheitsdefinierende Ziele anzugehen und mit den ihnen zur Verfügung stehenden individuellen Ressourcen zu verbessern. Auch wenn der Lebensmittelpunkt oder die persönlichen Interessen die Teilnahme an einem supervidierten Training verhinderten, sorgten regelmäßige Gespräche und Messungen für ausreichend Motivation, die gewählten Aktivitäten über einen Zeitraum von vier Monaten aufrechtzuerhalten. Dies führte häufig zu positiven Veränderungen in den ausgewählten Untersuchungsmethoden. Auch wenn für eine fundierte wissenschaftliche Bearbeitung der Fragestellungen größere Fallzahlen vonnöten wären und die Auswertungen in dieser vorliegenden Arbeit rein explorativer Natur sind, sorgen die teils (hoch-)signifikanten Werte unabhängig der Gruppenzuteilung, vor allem auch in objektiven Parametern hinsichtlich der Länge und Flexibilität der Intervention für Aufsehen.

Es erscheint, dass perspektivisch dezentrale supervidierte Angebote, gepaart mit einer engmaschigen sportwissenschaftlichen Betreuung durch Gespräche und auch Messungen probate Mittel sind, die Motivation auch über einen langen Zeitraum aufrecht zu erhalten und so gesundheitsdefinierende, objektivierbare Parameter signifikant zu verbessern. Auch das Einbeziehen enger Personen („Buddys“) wird von beiden Seiten gerne in Anspruch genommen. Weitere Fragestellungen, etwa ob eine Gruppe (sportpraktische Gruppe vor Ort vs. Homebased-Gruppe) der anderen überlegen ist oder ob die Teilnehmer:innen mit Buddy besser abschnitten als Teilnehmer:innen ohne, sind zurzeit Gegenstand weiterer Untersuchungen im Rahmen einer Masterarbeit, die von Simon Elmers aus dem UCC Hamburg betreut wird.

Besonders zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass sieben Teilnehmer:innen am Köhlbrandbrückenlauf am 03.10.2024 erfolgreich teilgenommen haben.



Zusätzlich wird ein neu ins Leben gerufenes Rudertraining speziell für junge Erwachsene in Zusammenarbeit mit dem UCC Hamburg und der Favorite Hammonia/Stiftung „Rudern gegen Krebs“ eingeführt werden. Diese zusätzlichen Angebote zeigen, wie das „Ready-Go“-Programm den Teilnehmer:innen auch über den Rahmen der Intervention hinaus Zugang zu weiteren Aktivitäten ermöglicht. Für das Rudertraining haben bereits 13 ehemalige Patient:innen ihr Interesse angemeldet, das Kick-off fand am 28.04. statt und die Trainings laufen seit 05.05. wöchentlich montags, 17-19 Uhr.

Die Ergebnisse dieses Projekts dienen als Grundlage für weitergehende Versorgungsforschungsprojekte, in denen der Effekt von Bewegung bei onkologischen Patient:innen in der Nachsorge auf verschiedene Parameter vertieft werden kann. Das Wissen über nachgewiesene Effekte durch Bewegung auf die umfassende Lebensqualität und die Gesundheit der angesprochenen Zielgruppe ist von hoher Relevanz und könnte zukünftige therapeutische, präventive und nachsorgerelevante Ansätze vertiefen und beeinflussen. Unser herzliches Dankeschön gilt der Hamburger Krebsgesellschaft, die sowohl das Programm „Ready-Go“, als auch den Lauf ermöglicht haben.

5 Datum und Unterschrift des Projektleiters

Unterschrift des Projektleiters: 	Ort und Datum: Hamburg, den 12.06.2025
Simon Elmers, Unterschrift gültig auch im Namen der Vertretung/Supervision, PD Dr. Marianne Sinn	