

Ein Konzept für eine einheitliche, umfassende Behandlung und Betreuung von Brustkrebspatientinnen in Österreich

Master's Thesis

**zur Erlangung des akademischen Grades
eines Master of Public Health
im Rahmen des Universitätslehrgangs Public Health
Medizinische Universität Graz**

**VORGELEGT VON NATALIJA FRANK
Matrikelnummer: 0213472**

Graz, Juli 2005

**Projektbetreuung: Mag. Karl Thomanek, Sozialwissenschaftler
Medizinische Universität Wien**

Inhaltsverzeichnis

Abstract
Executive Summary

Teil 1

1. Einleitung	07
2. Ziele und Methodik	07
3. Auswertung	09
3.1 Kollektivbeschreibung	10
3.2 Statistische Auswertung	11
4. Zusammenfassung	25
5. Fragebogenvorschlag für das Krebsregister	26

Teil 2

1. Die Bedeutung salutogenetischer Prinzipien in der klinischen Onkologie	31
2. Die Gesundheitsreform	35
3. Einleitung Brustkrebs	36
4. Ätiologie und Epidemiologie	37
4.1 Demographische und epidemiologische Datenlage in Wien	40
5. Screening	40
6. Verlauf und Prognose	43
7. Forderungen der EU	44
8. Ist-Zustand in Österreich	46
9. Status Quo der Mammachirurgie	47
10. Disease Management: Ansatz in Deutschland	48
11. Das Konzept der Brustzentren	49
12. Überführung aus bestehenden Strukturen	52
13. Evaluierung	53
14. Analyse der Stakeholder im Überblick	54
15. Ausblick und Schlussfolgerungen	55

Danksagung

Literatur

Adnex 1 Fragebogen Patientinnen

Adnex 2 Fragebogen Ärzte

Adnex 3 Leitlinien in der Behandlung von Brustkrebs

Adnex 4 Krankenanstalten in Österreich

Adnex 5 Kartographische räumliche Verteilung der Krankenanstalten

Adnex 6 Strukturqualitätskriterien für die Strahlentherapie

Adnex 7 Curriculum Vitae

Adnex 8 Eidesstattliche Erklärung

Abstract

Aufgabe dieser Arbeit ist es, ein Arbeitsmodell zu entwickeln und Indikatoren zu definieren, die es erlauben, das krankheitsfreie Überleben bei KrebspatientInnen, insbesondere BrustkrebspatientInnen, und damit verknüpfte Einflussgrößen zu beschreiben, die dann dazu herangezogen werden können, Erfolg und Qualität gesundheitsförderlicher Aktivitäten zu bewerten.

Es wird eine moderne Konzeption von Gesundheit, von ressourcenorientiertem Handeln sowie ein Verständnis von Gesundheitsindikatoren auf der Grundlage der WHO-Gesundheitsdefinition und der salutogenetischen Prinzipien von Aaron Antonovsky in der Betreuung von Brustkrebspatientinnen erarbeitet. Davon ausgehend wird ein Arbeitsmodell erstellt. Aufgrund dieses Modells werden die relevanten Dimensionen für unsere Forschungsinstrumente zur Befragung der PatientInnen ausgewählt. Mittels statistischer Methoden werden die theoretischen Dimensionen auf ihre Zuverlässigkeit geprüft, relevante Indikatoren gebildet und einer weiteren Datenanalyse unterzogen. Diese erlaubt es, wichtige Aspekte der Gesundheit, des Gesundbleibens und der Gesundheitsförderung auszumachen.

Der erste Teil der Arbeit ist die Auswertung einer Befragung zu Unterschieden in der subjektiven und objektiven Zufriedenheit (von Patientinnen resp. Ärzten) mit der brusterhaltenden Operationstechnik einerseits und einer Befragung über psychosozio-ökonomische Faktoren im Leben der Brustkrebspatientinnen und deren möglicher Einfluss auf Qualität und Länge des krankheitsfreien Überlebens andererseits. Alle Patientinnen wurden an der Chirurgischen Universitätsklinik des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien operiert und betreut, die Befragung wurde zwischen Ende 2001 und 2004 durchgeführt.

Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie sinnvoll und inwieweit möglich eine solche Datensammlung, zentriert über das Krebsregister, für die weitere Verbesserung der Behandlungsqualität von Brustkrebspatientinnen im österreichischen Gesundheitswesen sein könnte. Zugleich wird in Frage gestellt, inwieweit die überwiegend pathogenetisch orientierte Behandlungsweise dem heutigen Zeitalter angemessen ist. Das daneben gestellte Konzept der Salutogenese in der Behandlung und Betreuung von Brustkrebspatientinnen weist über das pathogenetische Konzept hinaus und trägt zu einer Diskussion um eine Horizonterweiterung in der Medizin bei. Die logische Konsequenz daraus ist das Konzept der Competence Centren für Brusterkrankungen, das hier vorgestellt wird.

Abstract

The present thesis attempts to develop a working model and define indicators that make it possible to describe disease-free survival in cancer patients, particularly women with breast tumors, and associated factors which in turn can be drawn upon to evaluate the success and quality of health-supporting activities.

A modern concept of health, resource-oriented action, and understanding of health indicators is elaborated on the basis of the WHO health definition, together with Aaron Antonovsky's salutogenetic principles, as applied to care for breast cancer patients. A working model is elaborated upon this concept to further discuss the relevant research tools required in patients surveys. Statistical methods are introduced to validate the theoretical dimensions according to their reliability and develop relevant indicators that are subject to further data analysis. This allows us to identify important aspects of health in general, staying healthy and supporting health.

The first part of this report analyzes (i) a questionnaire regarding the differences in subjective and objective satisfaction (on the part of patients and physicians, resp.) with breast-conserving surgical techniques and (ii) a questionnaire regarding psychosocioeconomic factors in the life of breast cancer patients and their potential impact on the quality and length of disease-free survival. All patients underwent surgery and care at the Department of Surgery, Vienna General Hospital, and the survey was done between the end of 2001 and 2004.

The second part of this thesis deals with the issue as to the feasibility and extent of significance such data accumulation, centered upon the national cancer register, could prove for future improvements in breast cancer patients' quality of care in the Austrian health system. At the same time, we question to what extent the chiefly pathogenetically oriented approach is appropriate today. The salutogenetic concept of treatment and care of breast cancer patients is shown to extend beyond the pathogenetic concept and to contribute to a discussion of expanded horizons in medicine. The logical consequence is the concept of centers of competence presented here.

Executive Summary

Zu den zentralen Anliegen der Gesundheitspolitik gehört die Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen, und gesundheitspolitische Entscheidungen verlangen Daten. Erst diese ermöglichen eine rationale Basis, auf der unterschiedliche Interessen und Möglichkeiten erwogen werden. GesundheitsexpertInnen und –politikerInnen fordern regelmäßige, möglichst vollständige und verständliche Erhebungen und Analysen von gesundheitsrelevanten Daten. In einer Bestandsaufnahme über die Datenlage zur Gesundheit in Österreich fanden Rasky und Freidl eine Vielzahl an Institutionen, die sich mit der Datensammlung zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung beschäftigen (Rasky, Freidl 2001). Man kann grundsätzlich zwischen kontakt-, fall-, versicherten- und populationsbezogenen Daten, zwischen Routinedatenquellen und speziellen Erhebungen unterscheiden. Die amtliche Statistik führt die Todesursachenstatistik, die Krankenhausdaten, das Krebsregister und den Mikrozensus. Darüberhinaus erheben private und soziale Versicherungsträger, die Pharmaindustrie sowie private und öffentliche Forschungs- und Meinungsforschungsinstitute regelmäßig gesundheitsbezogene Daten der Bevölkerung. In vielen Industrieländern werden zur Erfassung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung seit Jahrzehnten in regelmäßigen Abständen Surveyuntersuchungen durchgeführt (Kooiker 1998). Sie fragen nach dem subjektiven Gesundheitszustand, nach Risiko- und Gesundheitsverhalten, funktionellen Fähigkeiten, sozialer Unterstützung/Einsamkeit, subjektivem Stressempfinden, Belastungssituationen und Bewältigungsmöglichkeiten, Beschwerden und nach der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems.

Da sich Gesundheit durch unterschiedliche Dimensionen konstituiert, ist es sinnvoll, in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen die verschiedenen Teilkomponenten von Gesundheit zu erfassen und zu operationalisieren (Read/Quinn/Hoefer 1987). Determinanten für die Gesundheit sind genetische, biologische, soziale, sozioökonomische, gesellschaftliche und ökonomische Faktoren (Noak 1998). Zurzeit bezieht sich die Datensammlung in Österreich hauptsächlich auf Krankheiten. Gesundheitsorientierte Daten sind nur wenige vorhanden. Die Datensätze sind nicht nach systematischen Kriterien erhoben und sie sind zerstreut, ein Vergleich der Daten ist nur selten möglich. Ein besonderes Problem ist, dass sie kaum sozioökonomische und ökologische Faktoren miteinbeziehen (Rasky, Freidl 2001). Im ersten Teil der Arbeit wird solch eine Datensammlung über psycho-sozio-ökonomische Faktoren am Beispiel Brustkrebs vorgestellt und darüberhinaus Möglichkeiten der weiteren Wissensgewinnung durch die systematische Sammlung und Auswertung solcher Datensätze diskutiert.

Die Autorin interessiert hier in erster Linie das Krebsregister. In Österreich besteht ein nationales Krebsregister, mit dem bisher ausschließlich Inzidenz- und Todesraten aufgezeichnet werden. Die Möglichkeit der Informationsgewinnung wäre im Fall des Krebsregisters eine gute Datenquelle, um die gesundheitliche Situation der Bevölkerung auf Krebserkrankungen zu beurteilen, und bezogen auf Gesundheitsdaten wäre ein Register zu unterschiedlichen Fragestellungen eine gute Möglichkeit zur validen Beurteilung von gesundheitsförderlichen Interventionsstrategien. Ein erweiterter Meldebogen mit psychosozialen und gesundheitlichen Fragestellungen, Angaben zur beruflichen Exposition, zu

alternativen Heilmethoden etc. würde im Bereich Krebserkrankungen die Sammlung wichtiger Informationen ermöglichen. Ein Register ist nämlich eine gute Informationsquelle für ganz unterschiedliche Fragestellungen. Dadurch wäre die Vergleichbarkeit gesichert, die regional, bundesweit aber auch im europäischen Kontext immer wichtiger wird. Alle Ergebnisse der Gesundheitswissenschaften weisen darauf hin, dass Selbstwertgefühl, soziale Unterstützung, Bewältigungsmöglichkeiten, soziale Schicht und sozioökonomische Situation einer Region die Gesundheit der/s Einzelnen und einer Bevölkerung am entscheidendsten prägen (Wilkinson 2001).

Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich weiter mit Brustkrebs als einer der häufigsten Erkrankungen in Österreich, mit dem Konzept der umfassenden Betreuung und Behandlung im Rahmen von Competence Centren für diese Erkrankung. Es wird ausgehend von der Analyse des Ist-Zustandes ein Soll-Zustand sowie ein Modellvorschlag herausgearbeitet mit einer Analyse der Stakeholder und von Implementierungsmöglichkeiten.

Die Komplexität, die lange Dauer dieser Erkrankung und nicht zuletzt die hohen Kosten, die dadurch entstehen, machen sie für das Konzept einer umfassenden, integrierten Versorgung attraktiv. Am Anfang wären einige Umstrukturierungen notwendig, die auch einen zusätzlichen finanziellen Aufwand bedeuten. Bei der derzeit herrschenden Pluralität der Finanzierungsströme und Interessen hinge es von der Dialogbereitschaft der beteiligten Stakeholder ab, ein gesundheitsökonomisches Kosten-Nutzen-Verhältnis zu bestimmen. Noch bleibt es abzuwarten, was die gerade beschlossene Gründung der Gesundheitsagenturen bewirken wird. Inwiefern die Implementierung von Brustzentren erfolgreich sein wird, hängt im Wesentlichen von den Kriterien ihrer Organisation und von ökonomisch sinnvoll eingesetzten Ressourcen ab. Dass sie ein Schritt in Richtung mehr Qualität in der Behandlung und, immer mehr an Bedeutung gewinnender, Patientenorientiertheit sind, steht für die Autorin außer Zweifel.

Teil 1

1. Einleitung

Bei Durchsicht der gesundheitspolitischen Leitlinien fällt die Feststellung auf, dass eine moderne Gesundheitspolitik mehr bedeutet, als nur sicherzustellen, Kranke wieder gesund zu machen. Eine moderne Gesundheitspolitik muss Gesunde gesund erhalten, sie muss die Vorbeugung und die Früherkennung von Krankheiten ebenso wie die Beseitigung von krankmachenden Faktoren in unserer Arbeits- und Lebenswelt sicherstellen (BMGF-Gesundheitsbericht). Die hier im speziellen hervorgehobene Erkrankung Brustkrebs ist zudem auch im nationalen österreichischen Gesundheitsplan als eine der 10 häufigsten Erkrankungen mit der Festlegung der gezielten Bekämpfung vertreten. In den gesundheitspolitischen Zielsetzungen der Europäischen Union ist im Artikel 129 des Maastrichter Vertrages ebenso festgehalten, dass Prävention mit allen ihren Facetten im Mittelpunkt der gemeinschaftlichen Tätigkeit steht: als primäre Prävention zur Erhaltung der Gesundheit und zur Minimierung der Exposition gegenüber Risikofaktoren, die Krankheiten verursachen können, als sekundäre Prävention zur Vermeidung des Ausbruchs von Krankheiten bei Exponierten durch Reihenuntersuchungen, Impfungen, durch die Präventivmedikation/Prophylaxe, oder als tertiäre Prävention, mit der das Fortschreiten oder Wiederauftreten einer Erkrankung verhindert werden soll.

Nach 13 Jahren Arbeit mit Krebskranken, umfassende Literaturstudien und Meinungsaustausch mit KollegInnen, hat die Autorin Mitte 2001 mit Hilfe von Irene Agstner, Psychotherapeutin, die sich auf die Behandlung von Brustkrebspatientinnen spezialisiert hat und Karl Thomanek, Sozialwissenschaftler, einen Fragebogen entwickelt, der die Lebensumstände einerseits und die Zufriedenheit mit der brusterhaltenden Operationstechnik andererseits erheben sollte. Besonderes Augenmerk wurde auf eventuelle Unterschiede in der prä- und postoperativen Lebensstilführung gelegt. Nach Prüfung des entwickelten Fragebogens durch den Vorgesetzten, Univ. Prof. Dr. Raimund Jakesz - Vorstand der Klinischen Abteilung für Allgemeinchirurgie, AKH Wien, zugleich Präsident der Kooperativen Studiengruppe ABCSG (Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group), und führender Experte in der Brustkrebsbehandlung in Österreich - wurden mit dessen Einverständnis die Fragebögen an die geeigneten Patientinnen ausgeteilt (Annex 1 und 2).

2. Ziele und Methodik

Nach jahrelanger Arbeit und ausführlicher Gesprächsführung mit den Betroffenen gewann eine Frage für die Autorin immer mehr an Bedeutung: Haben psycho-sozio-ökonomische Faktoren einen Einfluss auf die Rezidivrate (Wiederauftreten der

Erkrankung) bei Brustkrebs? So entstand die Idee, zu versuchen, dies über einen Fragebogen zu evaluieren.

Da dieses Vorhaben ursprünglich nur als interne Wissenserweiterung gedacht war, wurde der entwickelte Fragebogen nicht auf Validität geprüft. Erst im Nachhinein, als sich herausstellte, dass das Echo bei den Patientinnen groß war und der Großteil der ausgeteilten Fragebögen den Weg zurückfand, dachte die Autorin daran, diese Fülle an Daten in die vorliegende Arbeit einfließen zu lassen, da dies ohnehin das Thema der geplanten Master's Thesis war. Eine Literaturrecherche über die Fragebögen, die bisher verwendet wurden, zeigten dann, dass sich unser Fragebogen nicht wesentlich von den validierten Fragebögen unterschied (vgl. den ATAC Fragebogen). Darüber hinaus ist eines der Ziele dieser Arbeit, einen Fragebogen zu entwickeln, welcher in das in Österreich vorhandene Krebsregister integriert werden kann. Dafür ist die Erfahrung, die bei der Durchführung der Befragung mit dem vorhandenen Fragebogen gesammelt wurde, von entscheidender Bedeutung.

Es wird nicht möglich sein, auf die ursprünglichen Fragen zum jetzigen Zeitpunkt endgültige Antworten zu bekommen, da der Beobachtungszeitraum noch zu kurz ist, aber es wird versucht, durch die Zwischenauswertung auf eine Reihe anderer Fragen einzugehen. Ziel war es, herauszufinden, ob eine derart einschneidende Lebenserfahrung zu Veränderungen der Lebensweise und dadurch zu veränderter Lebensqualität führt. Welche Verhaltensweisen könnten dazu beitragen, das krankheitsfreie Überleben zu verlängern und welche deuten auf das schnellere Wiedereingliedern in das soziale Umfeld? Gibt es Unterschiede im persönlichen Wohlbefinden im Hinblick auf unterschiedliche postoperative Therapien (Chemo-, Strahlen- und Hormontherapie)? Gibt es Unterschiede in der Beurteilung über Erfolg und Aussehen der brusterhaltenden Operationstechnik bei Patientinnen und dem Ärzteteam? Darüberhinaus wollten wir wissen, welche Möglichkeiten uns zur Verfügung stehen, um die Betroffenen so schnell wie möglich in den normalen Arbeitsprozess wieder zurückzuführen bzw. neu einzuführen. Wie steht es mit Kündigungen? Können wir auch die direkten Erfahrungen der Betroffenen für unsere Wissenserweiterung nutzen? Und für unser Ärzteteam intern: Wie zufrieden sind die Patientinnen mit der brusterhaltenden Operation?

Die Schwierigkeit lag darin, eine anonyme Befragung durchzuführen, da persönliche Fragen nach Bildung, Ehe, Einkommen etc. sonst wenig Chancen hätten, beantwortet zu werden, und zugleich den Bias auszuschließen, der mit der Erkrankung an sich zu tun haben können und bekannte Einflussfaktoren auf den Verlauf der Erkrankung und die Rezidivrate darstellen, wie Tumorgröße, befallene Lymphknoten, Tumorbiologie etc. Die Autorin dieser Arbeit führt unter anderem eine statistische Datei für die Chirurgische Klinik im AKH Wien (die sogenannte „Mamma A Datei“), in der alle Patientinnen, die an der Klinik operiert oder einer Gewebeentnahme (Biopsie) unterzogen werden, erfasst sind, einschließlich aller Daten zur Anamnese und Operation, zum Tumor, zur Therapie und Rezidivierung. So wurde dieses Problem durch das Nummerieren der Fragebogen gelöst. Die Nummer stimmte mit der Nummer der jeweiligen Patientin in der Mamma A Datei und die Dateneingabe fand im gleichen kompatiblen System statt (SAS-9). Dadurch war es der Statistik möglich, bei der Auswertung alle krankheitsrelevanten Daten abzurufen und die Bias auszublenden.

Einschlusskriterien waren wie folgt definiert:

- Nur weibliche Betroffene;

- Brusterhaltend operierte Patientinnen bekommen 2 verschiedene Fragebögen, in denen einerseits die Zufriedenheit mit dem kosmetischen Ergebnis abgefragt wird und andererseits und die andererseits Fragen zu psycho-sozio-ökonomischen Faktoren beinhalten;
- Zugleich haben die Ärzte in der Krankenakte die gleichen Fragen über das kosmetische Ergebnis aus ihrer Sicht zu beantworten;
- Mastektomierte Patientinnen (also solche nach kompletter Brustentfernung) bekommen nur den Bogen mit Fragen zu psycho-sozio-ökonomischen Faktoren;
- Alter, Rezidivstatus, Zeitpunkt der Operation, Tumorbilologie und somit erhaltene adjuvante sowie neoadjuvante Therapie spielen bei der Verteilung der Fragebögen keine Rolle, dies soll bei der Auswertung berücksichtigt werden.

3. Auswertung der Fragebögen

Es wurden zwischen November 2001 und Juni 2003 insgesamt an 365 Patientinnen Fragebögen (Adnex 1 und 2) ausgeteilt. Davon wurden 303 Patientinnen nach ihrer Zufriedenheit mit dem kosmetischen Ergebnis bei brusterhaltender Operationstechnik befragt und die Ergebnisse mit den Angaben aus der Sicht der Ärzte (Adnex 2) verglichen. Die restlichen 62 Patientinnen haben eine vollständige Entfernung der Brust gehabt und waren somit aus diesem Teil der Befragung ausgeschlossen. Im übrigen sind das knappe 17% der befragten Patientinnen. Die Verteilung in dieser Stichprobe hinsichtlich der Operationsart (brusterhaltend oder radikal) entspricht somit in etwa der des Gesamtkollektivs aller Brustoperationen an der Klinik.



Abb. 1 und 2: Brustamputation und Brusterhaltung
Quelle: Photos von Patientinnen des AKH Wien

Die Erhaltung der weiblichen Brust ist schon lange ein wichtiges Thema in Österreich. Dank der ABCSG (Austrian Breast and Colon Cancer Study Group) ist es

gelungen, die Brusthalterungsrate in ganz Österreich stark zu erhöhen und auf konstant hohem Niveau zu halten.

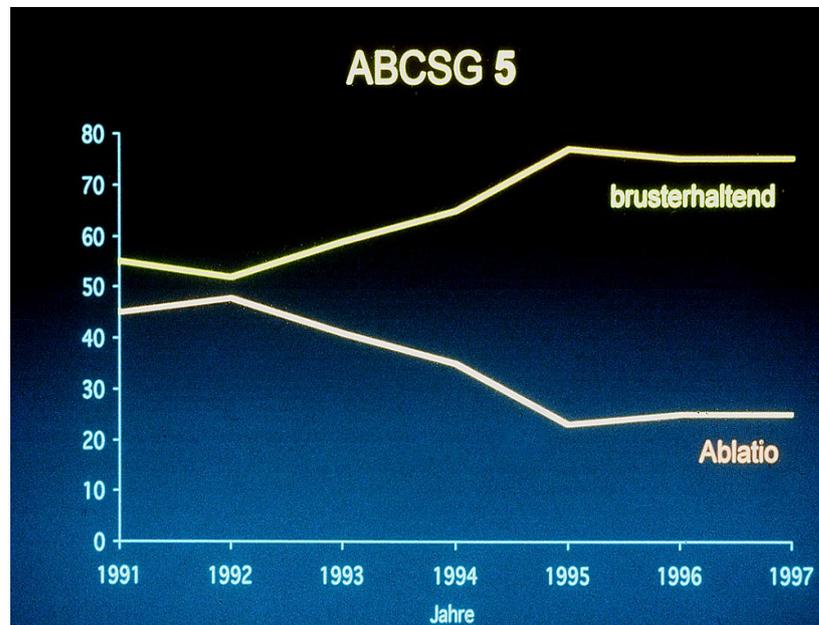


Abb. 3: Entwicklung der Operationstechnik in Österreich
Quelle: ABCSG, Studie 5

Die Rückgaberrate betrug 276, d.h. 75,6% Fragebögen, teilweise nicht ganz vollständig ausgefüllt.

Bei 135 Fragebögen waren komplett, sie enthielten die Beurteilungen der Patientinnen und der Ärzte.

Kollektivbeschreibung

Das Durchschnittsalter der Patientinnen zum Zeitpunkt der Operation lag bei 56,63 Jahren, Standardabweichung 6,58 (Median 57, Range 61).

Der Bildungsstand der Befragten sah wie folgt aus:

Hauptschule	29,8%
Berufsbildende Schule	39,4%
AHS	12,8%
BHS	6,9%
Universität	8,5%
Keine Angabe	2,7%

Berufstätig waren vor der Operation 47,3% der Befragten (davon 73,3% Vollzeit und 26,7% Teilzeit), nicht berufstätig 51,1% und keine Angabe 1,6%.

Die Einkommenssituation der Befragten vor der Operation:

Unter 1000 Euro im Monat	37,2%
Zwischen 1000-2000 Euro	38,8%
Mehr als 2000 Euro	9,6%
Keine Angabe	14,4%

27,13% wohnen alleine, 40,96% mit Erwachsenen, 4,26% mit Kind(ern) und 25,53 mit Kind(ern) und Erwachsenen.

Familienstand:

ledig	5,3%,
Lebensgemeinschaft	7,5%
verheiratet	57,5%
geschieden	13,3%
verwitwet	13,8%.

79,3 % haben Kinder und 19,2% der Befragten sind kinderlos.

Die Zeit zwischen Operation und Datum des Fragebogens betrug median 825,5 Tage (2,26 Jahre) bei einem Minimum von 4 Tagen und einem Maximum von 6139 Tagen. Dies war insofern interessant, als wir uns die Verschiebung der Zufriedenheit mit wachsendem Abstand zum Operationszeitpunkt anschauen wollten. Ist es so, dass die Zunahme des Abstands mit höherer Unzufriedenheit über das kosmetische Ergebnis einhergeht, weil die unmittelbare Lebensbedrohung in die Ferne rückt, oder lernt man viel mehr mit der Zeit, mit dieser Situation umzugehen? Die statistische Antwort auf diese Frage zeigte hier keinen signifikanten Unterschied, die Verteilung der Zufriedenheit blieb gleich.

Statistische Auswertung

Die Auswertungspräsentation wurde so gewählt, dass vorab die Frage abgebildet ist, so wie sie die Patientinnen gestellt wurde, jeweils mit Antwortmöglichkeiten. Nach jeder Frage wurden dann Auswertungskurven und ggf. deskriptive Kommentare hinzugefügt. Diese Weise erschien am geeignetesten, um dem Leser den bestmöglichen Einblick bieten zu können.

1. PAT. NR.: _____

DATUM: _____

1) Sind Sie mit dem kosmetischen Resultat zufrieden?

Ja 1-----2-----3-----4-----5 nein

	Pat. Zahl	%	Kumulative Häufigkeit	Kumulativer Prozentwert
1	114	72,611465	114	72,611465
2	18	11,4649682	132	84,0764331
3	14	8,91719745	146	92,9936306
4	6	3,82165605	152	96,8152866
5	5	3,18471338	157	100

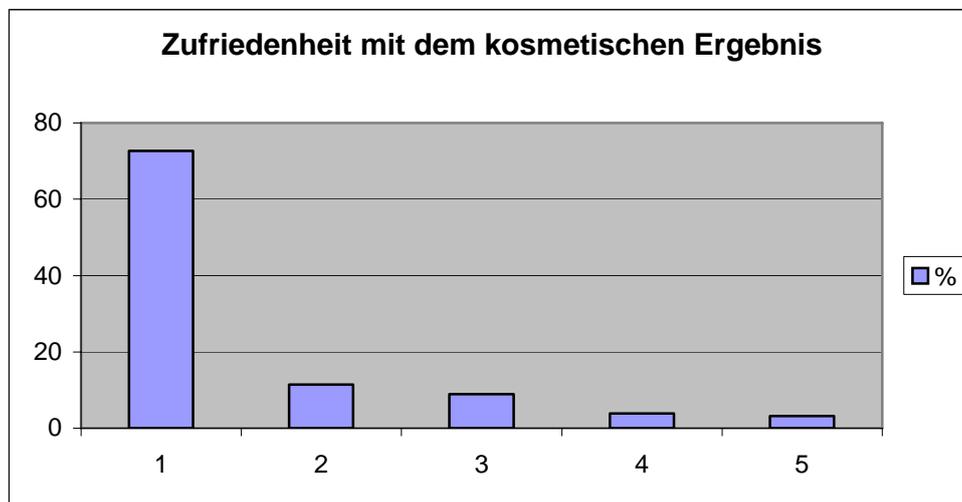


Tabelle 1: Zufriedenheit der Patientinnen mit dem kosmetischen Ergebnis der brusterhaltenden Operationstechnik
Quelle: Eigene Berechnungen

2) Haben Sie sich das kosmetische Resultat besser vorgestellt?

Ja 1-----2-----3-----4-----5 nein

	Pat. Zahl	%	Kumulative Häufigkeit	Kumulativer Prozentwert
1	8	5,44217687	8	5,44217687
2	12	8,16326531	20	13,6054422
3	12	8,16326531	32	21,7687075
4	10	6,80272109	42	28,5714286
5	105	71,4285714	147	100

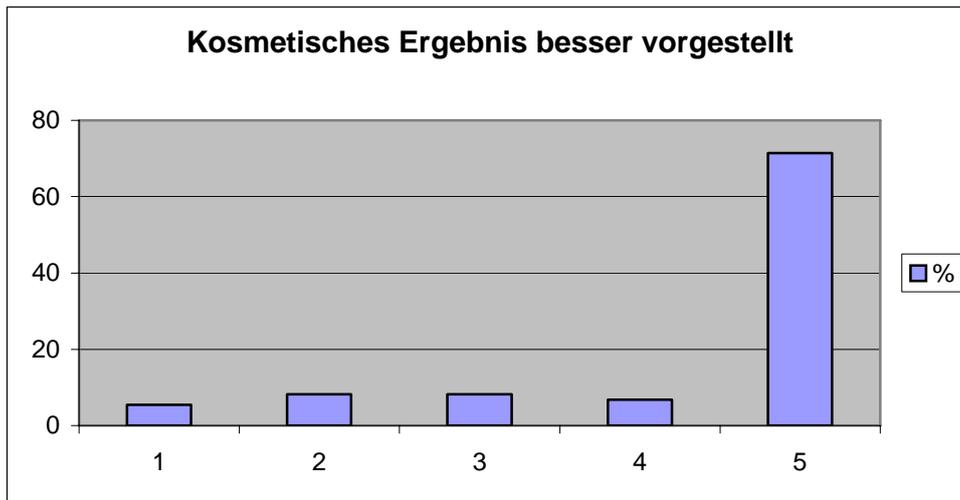


Tabelle 2: Das Ergebnis kosmetisch besser vorgestellt
Quelle: Eigene Berechnungen

3) Ist Ihnen das kosmetische Resultat egal?

Ja 1-----2-----3-----4-----5 nein

	Pat. Zahl	%	Kumulative Häufigkeit	Kumulativer Prozentwert
1	20	13,5135135	20	13,5135135
2	7	4,72972973	27	18,2432432
3	21	14,1891892	48	32,4324324
4	10	6,75675676	58	39,1891892
5	90	60,8108108	148	100

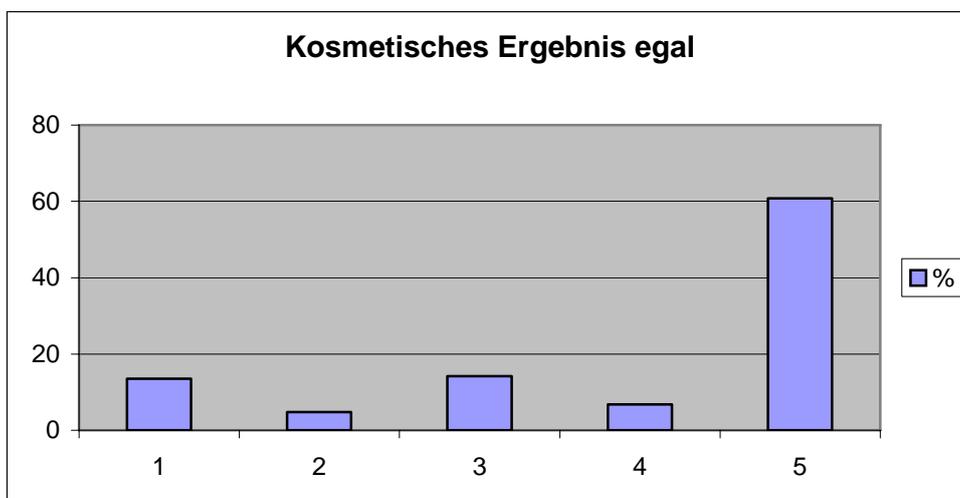


Tabelle 3: Das kosmetische Resultat egal?
Quelle: Eigene Berechnungen

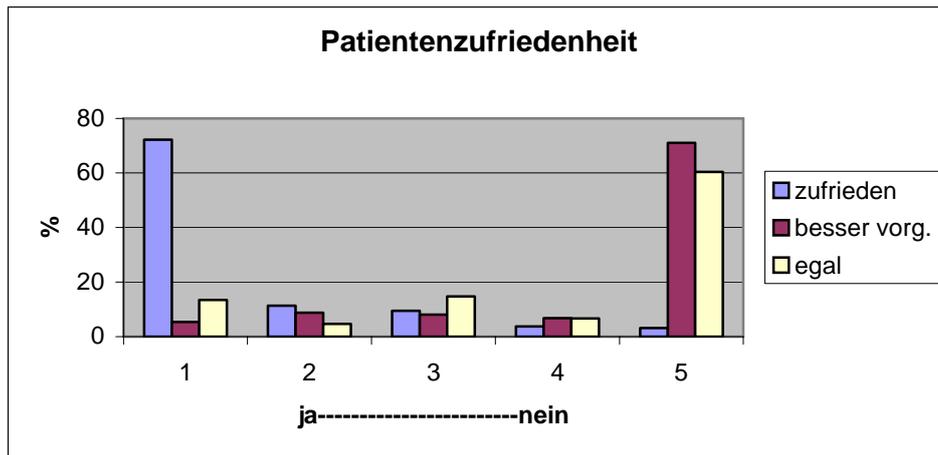


Tabelle 4: Vergleich der Patientenzufriedenheit mit der Operation insgesamt
Quelle: eigene Berechnungen

Ein Großteil der Patientinnen, über 70%, ist mit dem kosmetischen Ergebnis der brusterhaltenden Operation an unserer Abteilung **sehr** zufrieden und hätte sich das Ergebnis auch vor der Operation nicht besser vorgestellt. Die Variable, ob das kosmetische Ergebnis in so einer lebensbedrohlichen Situation egal wäre, wurde von einem Großteil der Patientinnen (über 60 %) verneint. Die Antwort ist um so gewichtiger, da es sich um eine Patientinnenpopulation im Durchschnittsalter von 57,5 Jahren handelt und die Hälfte davon keinen Partner hat. Da wird sehr deutlich hervorgehoben, wie wichtig dieses Organ für die weibliche Psyche ist und, dass wir nicht müde werden dürfen immer bessere Wege zu suchen, um möglichst viele Frauen brusterhaltend und kosmetisch ansprechend behandeln zu können. Im Detail haben wir gefragt:

4) Was stört Sie?

- | | |
|---|--|
| - <u>Narbe:</u> | <ul style="list-style-type: none"> ◦ kaum sichtbar ◦ deutlich ◦ störend |
| - <u>Konturenunregelmäßigkeit:</u>
(Narbe nicht glatt, Dellen, Wölbungen...) | <ul style="list-style-type: none"> ◦ kaum sichtbar ◦ deutlich ◦ störend |
| - <u>Asymmetrie:</u> | <ul style="list-style-type: none"> ◦ kaum sichtbar ◦ deutlich ◦ störend |
| - <u>Beeinträchtigung</u>
<u>der Berührungsempfindlichkeit:</u> | <ul style="list-style-type: none"> ◦ keine ◦ mäßig |

- beträchtlich
- Schwellung des Armes:
 - keine
 - mäßig
 - beträchtlich
- Schmerzen:
 - keine
 - mäßig
 - beträchtlich

		Pat: kaum	Pat: deutlich	Pat: störend
Narbe		69,18	25,16	5,66
Konturenunreg.		73,58	21,38	5,03
Assymetrie		68,59	25	6,41
Berührungsempf.		50,63	37,5	11,88
Armschwellung		66,88	28,13	5
Schmerzen		59,88	35,8	4,32

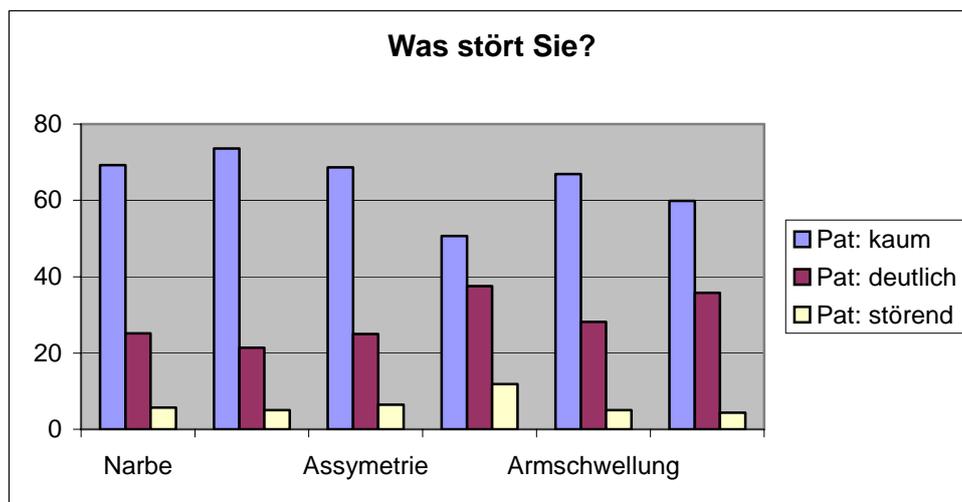


Tabelle 5 : Was stört sie? (Patientenangaben)
Quelle: Eigene Berechnungen

Die gleichen detaillierten Fragen haben wir den Ärzten gestellt.

		Ärzte: kaum	Ärzte: deutlich	Ärzte: störend
Narbe		65,64	31,28	3,08
Konturenunreg.		67,84	26,87	5,29
Assymetrie		69,6	25,99	4,41
Berührungsempf.		75,77	20,7	3,52
Armschwellung		92,51	5,29	2,2
Schmerzen		81,06	17,19	1,76

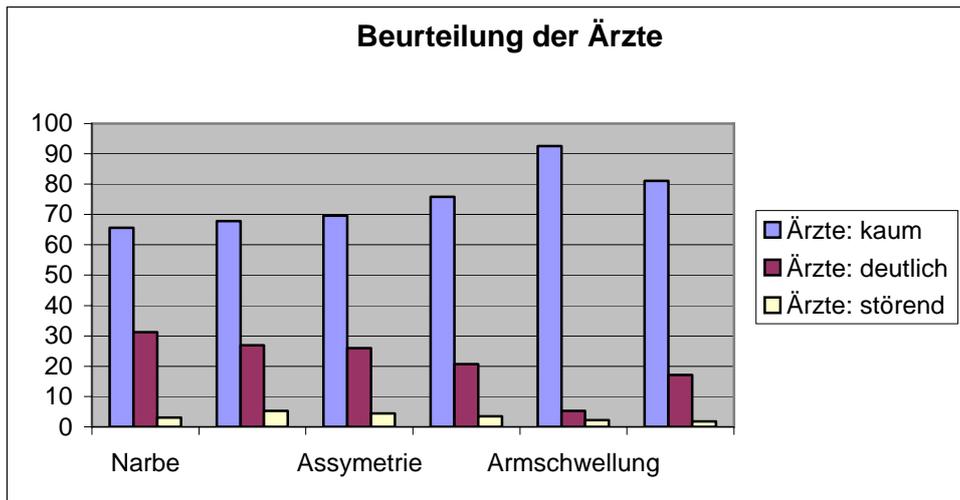


Tabelle 6: Ärztliche Beurteilung
Quelle: Eigene Berechnungen

Prozentueller Vergleich Patientinnen-Ärzte:

	Pat: kaum	Pat: deutlich	Pat: störend	Ärzte: kaum	Ärzte: deutlich	Ärzte: störend
Narbe	69,18	25,16	5,66	65,64	31,28	3,08
Konturenunregelmäßigkeit	73,58	21,38	5,03	67,84	26,87	5,29
Assymetrie	68,59	25	6,41	69,6	25,99	4,41
Berührungsempfindlichkeit	50,63	37,5	11,88	75,77	20,7	3,52
Armschwellung	66,88	28,13	5	92,51	5,29	2,2
Schmerzen	59,88	35,8	4,32	81,06	17,19	1,76

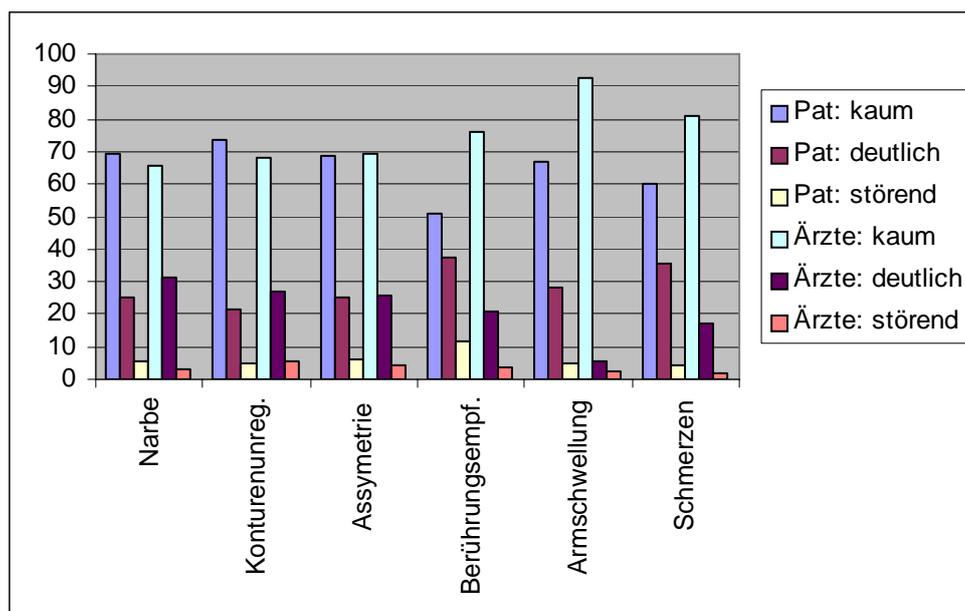


Tabelle 7: Vergleich Patientinnen-Ärzte über das kosmetische Ergebnis
Quelle: eigene Berechnungen

Um die Beurteilungen der Patientinnen und Ärzte tatsächlich miteinander vergleichen zu können, haben wir in die nachfolgende Auswertung nur jene Datensätze aufgenommen, die sowohl die Beurteilung der Patientin als auch jene des Arztes enthielten, und somit ein 1:1 Vergleich möglich war. Die Signifikanz des Unterschiedes wurde mittels eines Kappa Tests berechnet, die Ausprägungen „störend“ und „deutlich“ wurden zusammengefasst im Begriff „nicht zufrieden“ und die Ausprägung „kaum“ wurde in „zufrieden“ umkodiert.

		Pat: zufrieden	Pat: nicht zufrieden	Ärzte: zufrieden	Ärzte: nicht zufrieden	Kappa Test
Narbe		71,64	28,36	66,42	33,58	0,565
Konturenunreg.		74,63	25,37	68,66	31,34	0,5246
Asymetrie		69,17	30,83	72,18	27,28	0,4202
Berührungsempf.		50,37	49,63	75,56	24,44	0,2267
Armschwellung		68,89	31,11	92,59	7,41	0,1699
Schmerzen		58,39	41,61	78,83	21,17	0,1595

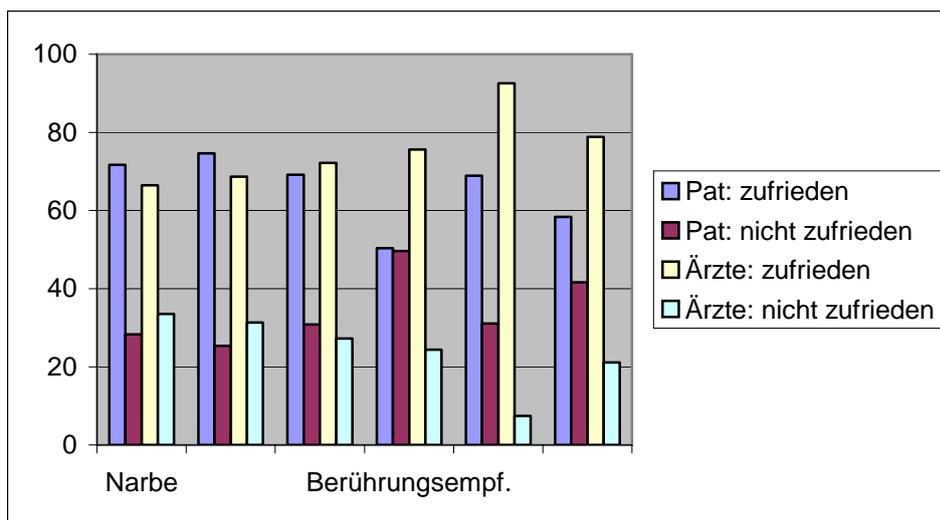


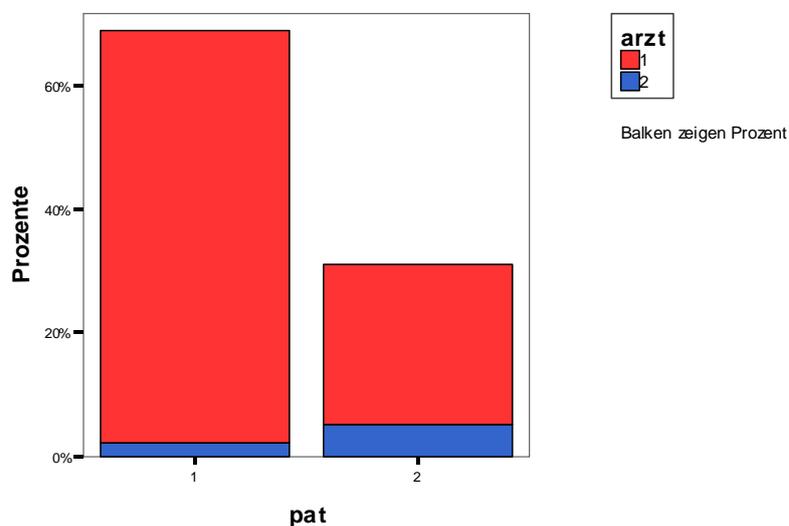
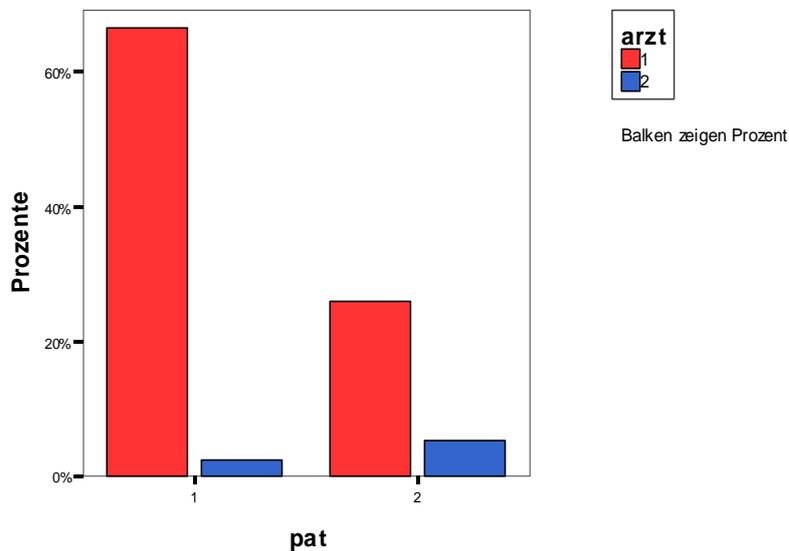
Tabelle 8: Vergleich Patientinnen-Ärzte über das kosmetische Ergebnis
Quelle: eigene Berechnungen

Das Übereinstimmungsmaß Kappa wurde entwickelt, um die Übereinstimmung zwischen zwei kategoriellen Variablen angeben zu können. Zugrunde liegt die Tatsache, dass die bestmögliche Übereinstimmung 100% ist, und die Übereinstimmung bei kompletter Zufälligkeit sei C = die höchste Variable im Beispiel. Kappa ist nun definiert als jener Anteil an der Differenz, der bei Zufälligkeit erwarteten Übereinstimmung zu 100%, um den unsere beobachtete Übereinstimmung höher ist als die zufällige. $Kappa = (A-C)/(100\%-C)$, wobei A die beobachtete Übereinstimmung, und C die bei Zufälligkeit erwartete Übereinstimmung bezeichnet.

Der Chi-Quadrat Test wurde nicht eingesetzt, da in einer oder mehreren Zellen die erwartete Häufigkeit <5 war.

Bei den Fragen zu rein kosmetischem Aussehen sind die Ärzte weniger zufrieden als die Patientinnen. Ganz anders bei den Fragen über das Berührungsempfinden und Schmerz: die abgefragten Werte durch die Ärzte sind signifikant anders, als in den anonym ausgefüllten Fragebögen der Patientinnen selbst. Beim Versuch, diesen Unterschied zu erklären, boten sich mehrere Möglichkeiten. Entweder sind die Angaben der Patientinnen bei Fragen zu Schmerz, Berührungsempfindlichkeit und Schwellung beim direktem Kontakt mit dem Arzt beschönigend oder nehmen die Ärzte die Beschwerden der Patientinnen nicht ernst genug, wenn sie nicht entsprechend vehement vorgetragen werden. Um den Unterschied in den Aussagen deutlich zu machen, wurden Grafiken mit SPSS gerechnet

- 1) mit Zellprozentsätzen
- 2) gestapelt
- 3) gestapelt und auf 100% gestreckt



Von 276 befragten Patientinnen hatten 140 (50%) keinen Partner. Die Patientinnen, die in einer Beziehung leben, gaben zum Großteil (n=107; 78,6%) an, dass sich die Beziehung zum Partner durch die Erkrankung nicht verändert hat. Bei denjenigen, die eine Veränderung ihrer Beziehung erfahren haben, nämlich 29 (21,4%), ist dies bei 11 positiv und bei 17 (59%) negativ empfunden worden. Der am häufigsten angegebene Grund war Libidoverlust und Schleimhauttrockenheit, sowie ein Gefühl der Einsamkeit trotz Partner bei negativer und Zusammenwachsen, Perspektivenwechsel und/oder andere Prioritätensetzung bei positiver Veränderung.

6) Würden Sie, um ein besseres kosmetisches Ergebnis zu erzielen, eine weitere Operation auf sich nehmen, bzw. haben sie schon eine Brustkorrektur durchführen lassen?

- ° nein
- ° ja

Eine weitere Operation würden nur 5,6% der Befragten in Kauf nehmen, um das kosmetische Ergebnis zu verbessern, und dies deckt sich mit dem Prozentsatz der Angabe „störend“ bei der Befragung über die Zufriedenheit mit dem kosmetischen Ergebnis. Das heißt, nahezu alle Patientinnen, die die Narbe als störend empfinden, würden sich noch mal operieren lassen. Erneut wurde bestätigt, wie wichtig das Aussehen und das Gefühl im Zusammenhang mit dem Brustorgan für die Frau ist.

Eine Chemotherapie bekamen insgesamt 18,5% der Patientinnen. Eine präoperative, neoadjuvante Therapie, die bei Metastasenfreiheit zur Verkleinerung des Tumors durchgeführt wird, erhielten 41,2% davon. Postoperativ wurden 79,4% Prozent der Patientinnen chemotherapeutisch behandelt. Bestrahlt wurden 81,0% der Patientinnen, wobei 52,7% nur an der Brust bestrahlt wurden und 28,8% die Brust und Achselhöhle bestrahlt bekamen. Eine Hormontherapie erhielten 87,4% . Dieser Unterschied resultiert daraus, dass ein Großteil der Tumore hormonrezeptorpositiv ist und die Therapie der Wahl in dieser Situation die Hormontherapie ist (s. Therapie Standards – Adnex 3).

Bei der Frage nach der allgemeinen Zufriedenheit gaben 12,8% an, nach der Operation mit ihrem Leben zufriedener zu sein als vorher, während 6,4% weniger zufrieden waren. Es zeigte sich, dass Unterschiede in der Therapie nach der Operation keinen signifikanten Einfluss auf die allgemeine Zufriedenheit haben. Das Ergebnis des Mantel-Hazel Chi-Square Tests lag bei 0,7060. Diese Erkenntnis war überraschend, da die allgemein vorherrschende Meinung, dass Patientinnen mit der deutlich weniger belastenden Hormontherapie, die zudem auch eine wesentlich bessere Prognose haben, viel „zufriedener“ sein müssten, nicht bestätigt werden konnte. Ein auffälliger Umstand ist, dass um einige Patientinnen mehr in der Gruppe „sehr zufrieden“ gegenüber der Gruppe „zufrieden“ bei den mit Antihormonen behandelten zu finden sind.

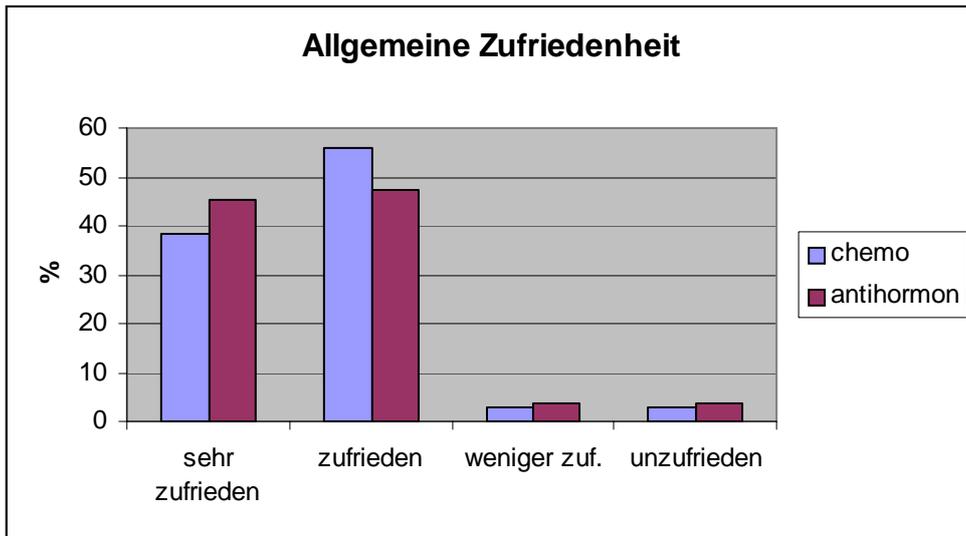


Tabelle 10: Allgemeine Zufriedenheit und Therapieart
Quelle: eigene Berechnungen

45,4% der Patientinnen wurden zusätzlich zur schulmedizinischen Therapie auch komplementärmedizinisch behandelt, wobei Mehrfachnennungen in der Befragung möglich waren.

	%
Mistel	14,45
Thai Chi	4,8
Chi Gong	13,25
AT; Meditation	30,12
Selbsthilfegruppe	10,84
Psychotherapie	12,04
Nahrungsergänzung	37,34
Pflanzenöstrogene	26,5
Anderes	27,71

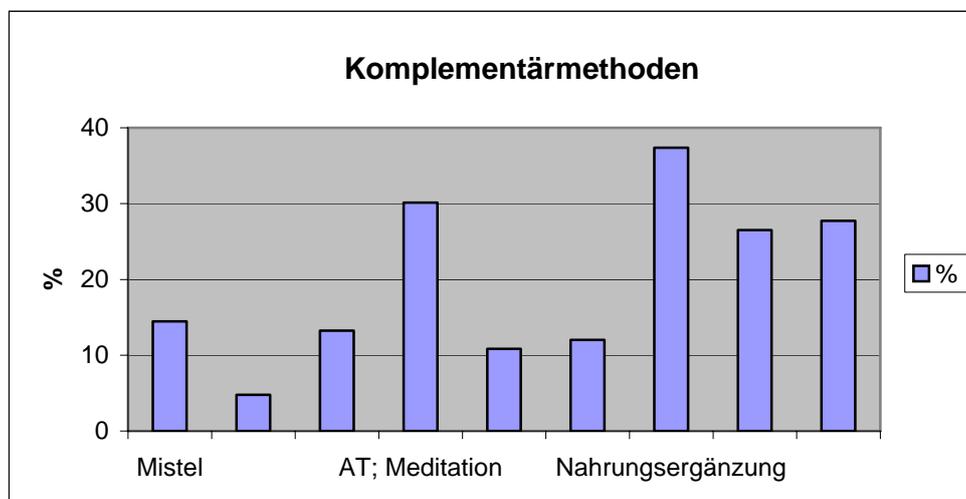


Tabelle 11: Komplementärmethoden
Quelle: Eigene Berechnungen

Interessant ist der Zusammenhang zwischen Bildung und Inanspruchnahme des Angebots an diversen Methoden aus dem komplementären Bereich. Ein eindeutiger Trend ist in folgende Richtung auszumachen: Je höher die Bildung, desto öfter werden komplementäre Methoden in Anspruch genommen. In diesem Zusammenhang ist noch zu erwähnen, dass, je rezenter das Operationsdatum ist, umso mehr Kontakt zu alternativen Angeboten gesucht wird. Dies kann man bestimmt zum Teil mit der Zunahme von leicht zugänglichen Informationen (Internet, Medien, etc.) in den letzten Jahren erklären. Da aber der Trend zur „Out of Pocket“- Medizin rapide steigend ist (Hofmarcher, 2000) , sollte man eventuell die Frage stellen, ob die PatientInnen insgesamt mit dem Angebot und der Form der derzeit praktizierten Schulmedizin zufrieden sind. Auf diese Frage wird im zweiten Teil dieser Arbeit näher eingegangen.

	nein	ja
Hauptschule	78,18	21,82
Berufsschule	54,05	45,95
AHS	37,5	62,5
BHS	38,46	61,54
Universität	18,75	81,25

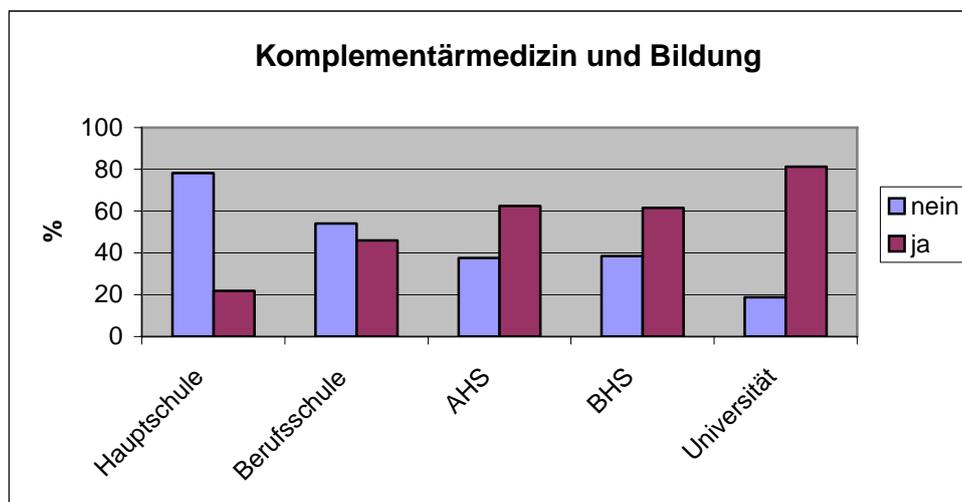


Tabelle 12: Komplementär Medizin und Bildung
Quelle: Eigene Berechnungen

Der zweite Teil des Fragebogens befasste sich mit Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten vor und nach der Operation. In diesem Teil wird bewusst auf die Abbildung der Fragen vorab verzichtet, da die Antwortmöglichkeiten und Interpretation klar sind. Andernfalls bietet Adnex 1 Information.

Berufstätig waren vor der Operation 47,3% der Patientinnen, wobei 26,7% davon in Teilzeit. Nach der Operation waren das nur noch 35,6%, wovon die Quote der Teilzeitbeschäftigten auf 35,8% stieg. 25,8% der vorher berufstätigen Patientinnen

gab an, nach der Operation nicht mehr zu arbeiten (7,8% sind in Pension gegangen). Durch den Arbeitgeber gekündigt wurden 17,4% und selbst gekündigt haben 8,7%.

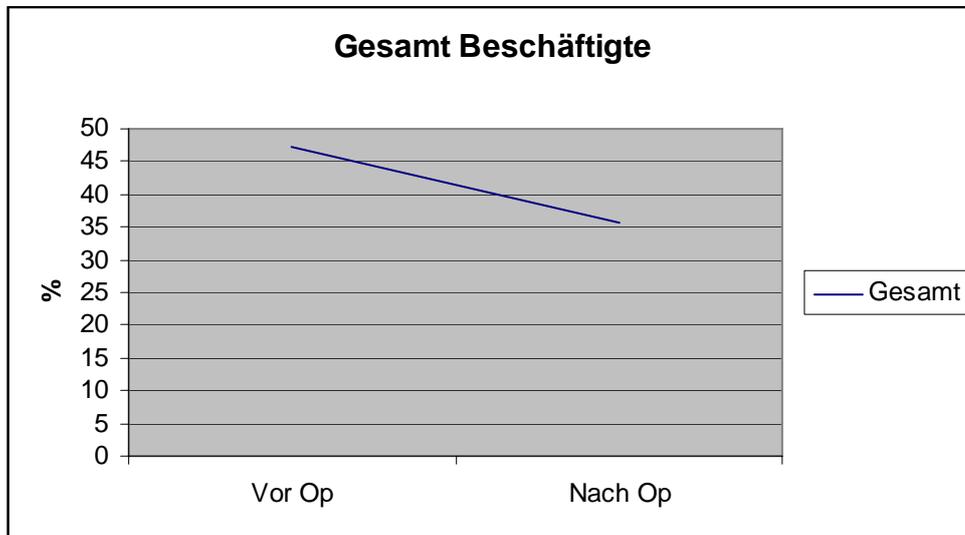


Tabelle 13: Gesamtzahl der Beschäftigten vor und nach der Operation
Quelle: eigene Berechnungen

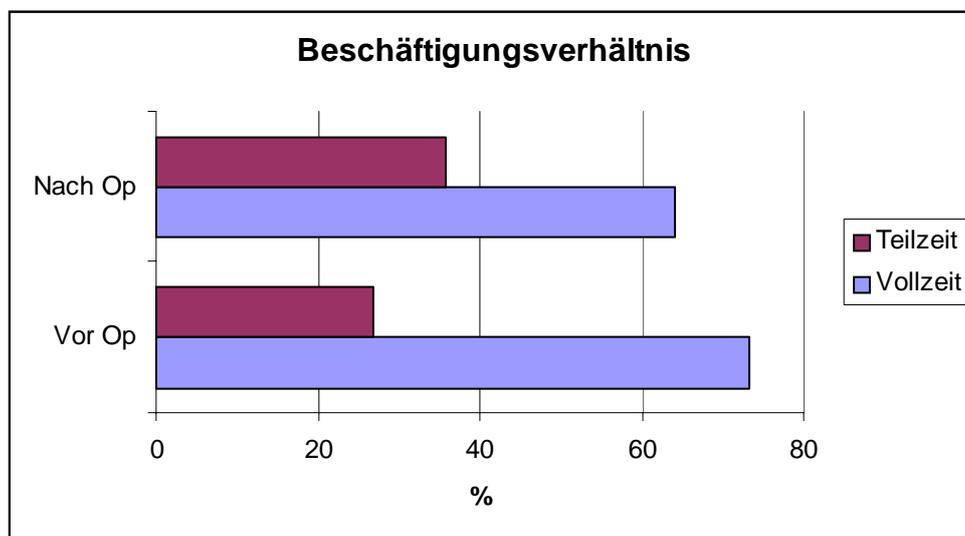


Tabelle 14: Beschäftigungsverhältnis vor und nach der Operation
Quelle: eigene Berechnungen

Den Veränderungen im Berufsleben entsprechend, hat sich natürlich auch die Einkommenssituation der Betroffenen verschlechtert. Dies ist nur als Trend festzustellen, da die Einkommensfrage in Gruppen aufgeteilt war und dadurch, obwohl um einiges weniger an Einkommen (zusätzliche Angabe der Patientinnen), diese doch oft in der gleichen Einkommensgruppe blieben. Dadurch war es statistisch leider diesmal nicht möglich, die Signifikanz der Veränderung darzustellen. Es wird nämlich schon seit längerem der Kündigungsschutz für KrebspatientInnen

gegenüber den politischen Entscheidungsträgern in Österreich gefordert (z.B. Jakesz, R.: Vortrag bei der Veranstaltung „Leben mit Krebs“ am 27.11.2002).

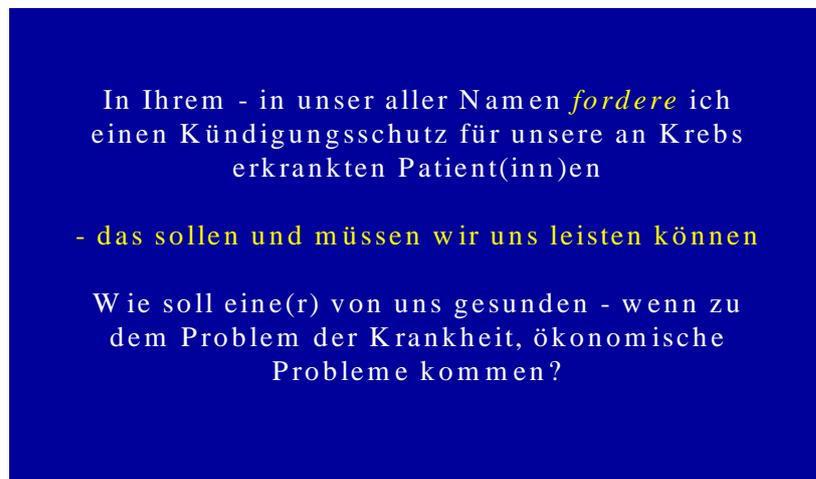


Abb.4: Forderung nach Kündigungsschutz
Quelle: Jakesz, R. Vortrag am 27.11.2002 bei der Veranstaltung „Leben mit Krebs“, Wien (Originaldia)

Die oben angesprochenen Angaben machen zu können und zusätzlich die Ausgaben für Sozialleistungen heranzuziehen, die in dieser Situation bezogen werden müssen, würde möglicherweise ein Umdenken in Richtung erhöhter Schutz für betroffene Arbeitnehmer bewirken.

Beim Familienstand ist kein Trend festzustellen, es sieht so aus, dass sich genauso viele Patientinnen von ihren Partnern trennen, wie auch neue Beziehungen eingehen (7%).

Der Zusammenhang zwischen Rauchen und Brustkrebs konnte ebenfalls in dieser Umfrage nicht bestätigt werden. 80,3% gaben an vor der Operation, Nichtraucherin gewesen zu sein. Das entspricht nicht einmal dem Durchschnitt der Bevölkerung, dessen Nichtraucheranteil in Österreich auf 72% kommt (Statistik Austria). Immerhin haben 34,4% der Raucherinnen nach der Operation mit dem Rauchen aufgehört, insgesamt geht die Tendenz in Richtung weniger Rauchen. Nur eine Patientin hat mit dem Rauchen angefangen (0,66%).

43,6% der Befragten gaben, an nie Alkohol getrunken zu haben, 46,8% tranken sporadisch und nur 6,9% bekennen sich zu regelmäßigem Alkoholkonsum. Nach der Operation trinken 46,3% nie, 48,4% sporadisch und nur 2,7% regelmäßig Alkohol. Demzufolge ist nach der Operation ebenfalls der Trend in Richtung weniger Alkohol zu verzeichnen.

Zu den Essgewohnheiten befragt, gaben 55,9% der Patientinnen an, sich schon vor der Operation eher mit Mischkost mit Schwerpunkt auf Gemüse ernährt zu haben. Dieser Prozentsatz stieg nach der Operation auf 67,6%.

Bei den Sportgewohnheiten zeigte sich im Endeffekt kein Unterschied, d.h. vor und nach der Operation treiben 35,1% der Patientinnen Sport. 5,8% der Patientinnen fangen nach der Operation an, aktiv zu sein, während 10,6% der Patientinnen, die vor der Operation einiges an sportlichen Aktivitäten betrieben haben, nach der Operation damit aufhören.

Bei der Frage nach Hobbys gaben 6,4% an, keines zu haben. Die am häufigsten angegebenen Hobbys waren Lesen mit 72,3%, Musik mit 55,3%, Wandern mit 58,0%, Theater und Kino mit 39,4%. Diese Werte sind auch nach der Operation konstant geblieben.

Der Faktor Stress stellt sich als einziger Faktor heraus, bei dem man den eindeutigen Trend zu einer Veränderung nach der Operation feststellen kann, und zwar in Richtung bewußt weniger Stress. Von 188 Patientinnen gaben 49 (26%) an, weniger Stress zu haben, während nur 3 Patientinnen angaben, stärker von Stress belastet zu sein.

Das Verhalten bezüglich Vorsorgeuntersuchungen hat sich in unserem Kollektiv nach der Operation radikal verändert. Gingen vor der Operation nur 64,4% regelmäßig zur Mammographie, machen das nach der Operation 100%. Dies ist wohl zum Teil auf die regelmäßige Nachsorge, zu der die Patientinnen bestellt werden, zurückzuführen.

4. Zusammenfassung

Unser befragtes Patientinnenkollektiv war ausgesprochen repräsentativ für alle Brustkrebspatientinnen in Österreich. Auch die erhaltene adjuvante Therapie gibt den Durchschnitt wieder: es sind 65-70% aller Mammakarzinome hormonabhängig. Der Rücklauf von 76,4% ist im Vergleich zu anderen Fragebogenerhebungen als hoch anzusehen. Das zeugt von großem Interesse der Beteiligten, bei der Verbesserung im Gesundheitswesen mitzuhelfen (vgl. Fragebogeneinführungstext). Dies war wichtig bei der Entscheidung zugunsten standardisierter Fragebögen für das Krebsregister (vgl. Abschnitt 5). Empirische Untersuchungen im Bereich Lebensraum, Soziales und Umwelt sind ohnehin schwierig genug, da es sehr schwer ist, geeignete Messparameter zu finden. Dementsprechend groß und zeitlich umfangreich müssen solche Untersuchungen angelegt werden. Aus diesem Grund war zu diesem Zeitpunkt auch nicht möglich, eine klare Aussage auf die Frage zu formulieren, ob psycho-sozio-ökonomische Faktoren einen Einfluss auf das rezidivfreie Überleben haben. Trotzdem gelang es, auf eine Reihe von Fragen einzugehen und die Trends auszumachen. Besonders wichtig war der Einblick in die berufliche Situation der Betroffenen und darauf, wie viele nach der Erkrankung arbeitslos werden. Da unser Kollektiv größtenteils aus Frauen der Nachkriegsgeneration besteht, in der noch wenige in den Berufsprozess eingegliedert waren und das Einkommen durch die Familie (Gatten) bezogen wurde, ist davon auszugehen, dass in der heutigen Generation der berufstätigen Frauen die Zahl der bedrohten Existenzen durch die Erkrankung steigen wird. Hier ergibt sich eindeutiger Handlungsbedarf für die politischen EntscheidungsträgerInnen.

Einen anderen wichtigen Punkt stellt die brusterhaltende Operationstechnik dar. Diese wird nämlich in allen Lagen, unabhängig vom Zeitraum zwischen der

Operation und der Befragung, als sehr wichtig angesehen und zwar in allen Altersgruppen. Das zeigt, dass die Bemühungen, die Brustkrebserkrankung weiter zu steigern, wichtig sind, und dass es noch einiges an Potential gibt - auch in Österreich, das bereits Spitzenreiter im Vergleich mit anderen Ländern ist. Klinische Studien im neoadjuvanten Bereich, die diesem Ziel dienen, sollten flächendeckend durchführbar, sowie die Implementierung und Lehre der neuen Operationstechniken österreichweit möglich sein (z.B Sentinel Lymph Node Biopsy (SLNB), vgl. Adnex 3).

Überraschend war, dass der Zusammenhang zwischen Rauchen oder Alkoholkonsum und Brustkrebs hier nicht nachgewiesen werden konnte.

Das Interesse der Frauen an allen Fragen und Informationen im Bezug auf ihre Erkrankung kann als Aufforderung verstanden werden, den selben in Zukunft mehr Platz und Bedeutung beizumessen. Dazu kommt noch der eindeutige Zusammenhang zwischen Bildung und Konsum von alternativen Angeboten. Nachdem die Bildung der Frau immer mehr steigt - bereits 52% der Universitätsabgänger sind Frauen - ist anzunehmen, dass der Bedarf an ganzheitlichen Behandlungsformen noch steigen wird (vgl. zu diesen Themen die Vorschläge in Teil 2 dieser Arbeit).

5. Fragebogenvorschlag für das Krebsregister

Es soll angestrebt werden, dass alle Patientinnen den Fragebogen zum gleichen Zeitpunkt, sinnvoll erscheint ein Jahr nach der Operation, beantworten. Dieser Vorgang könnte, ohne die vorgesehene Kontrolle zu diesem Zeitpunkt zu stören, als Routinevorgang mit schon vorbereiteten, auszuhändigenden, mit Krebsregisteradresse versehenen Kuverts implementiert werden.

PAT. ETIKETTE _____

DATUM:

Bildung:

- Hauptschule
- Berufsbildende Schule
- AHS
- BHS
- Universität/Hochschule

Verhütung:

- ja ◦ nein
- Pille
- Spirale
- Kondom
- _____

Hormonersatz: ◦ ja ◦ nein

◦ von _____ bis _____

Kinder:

- ja
- _____ Tochter
- _____ Sohn
- nein
- Geb. Jahr(e): _____
- Geb. Jahr(e): _____

Therapie:

- Chemotherapie
 - ja
 - nein
- falls ja:
 - vor der Operation
 - nach der Operation
- Strahlentherapie:
 - ja
 - nein
- falls ja:
 - nur Brust
 - Brust und Achselhöhle
 - Anderes _____
- Antihormontherapie:
 - Nolvadex
 - Arimidex
 - Zoladex
 - _____
- Bisphosphonattherapie:
 - _____

Haben Sie etwas aus den zusätzlichen medizinnahen Bereichen in Anspruch genommen?:

- Ja
- Nein
- Misteltherapie
- TCM
- Tai Chi
- Chi Gong
- autogenes Training, Meditation
- Selbsthilfegruppen
- Psychotherapie
- Nahrungsergänzungsmittel
- „Pflanzenöstrogene“
- _____
- _____
- _____

Hatten Sie einen Partner zum Zeitpunkt der Diagnose?

ja

nein

Wenn ja, hat die Erkrankung in Ihrer Beziehung zum Partner etwas verändert?

nein

ja

zum Positiven

zum Negativen

VERHALTENSWEISEN - LEBENSGEWONHEITEN

VOR OP

NACH OP

Berufstätig zum

Zeitpunkt der Diagnose: ja nein
als _____
als _____
 Vollzeit Teilzeit

ja nein
 Vollzeit Teilzeit

Falls Berufstätig: Dauer des Krankenstandes: _____ Monate/Wochen

ev. Kündigung: selbst
 durch den Arbeitgeber
 einvernehmlich
 Pension

Wohnsituation:

alleine
 mit Erwachsenen
 mit Kind(ern)
 mit Kind(ern) und Erwachsenen

alleine
 mit Erwachsenen
 mit Kind(ern)
 mit Kind(ern) und Erw.

Nettoeinkommen

selbst (ohne Partner): _____ Euro/Mo
 kein Einkommen

_____ Euro/Mo
 kein Einkommen

Rauchen:

ja nein
_____ Zigaretten

ja nein
_____ Zigaretten

Alkoholkonsum:

ja, regelmäßig(1x/Tag)
 ja, sporadisch
 nein

ja, regelmäßig(1x/Tag)
 ja, sporadisch
 nein

VOR OP

Essensgewohnheiten: ° Mischkost, eher Gemüse
° Mischkost, eher Fleisch
° Vegetarisch
° _____

Familienstand: ° ledig
° Lebensgemeinschaft
° verheiratet
° geschieden
° verwitwet

Hobbys: ° Sport
° Lesen
° Musik
° Theater, Kino
° Wandern
° _____
° keine

Stressfaktor: ° täglich Stress
° öfter Stress
° selten Stress
° nie Stress

Sozialleben
(Mehrfachnennungen
möglich):

° eher einsam
° Halt in der Familie
° viele Bekannte in der Arbeit,
privat weniger
° einige gute Freunde,
fühle mich geborgen
° wenig Zeit für Kontakte

Zufriedenheit*: ° sehr zufrieden
° halbwegs zufrieden
° eher unzufrieden
° unzufrieden

NACH OP

° Mischkost, eher Gemüse
° Mischkost, eher Fleisch
° Vegetarisch
° _____

° ledig
° Lebensgemeinschaft
° verheiratet
° geschieden
° verwitwet

° Sport
° Lesen
° Musik
° Theater, Kino
° Wandern
° _____
° keine

° täglich Stress
° öfter Stress
° selten Stress
° nie Stress

° eher einsam
° Halt in der Familie
° viele Bekannte in der Arbeit,
privat weniger
° einige gute Freunde,
fühle mich geborgen
° wenig Zeit für Kontakte

° sehr zufrieden
° halbwegs zufrieden
° eher unzufrieden
° unzufrieden

*Die Frage ist nur auf Ihr persönliches Empfinden bezogen, so wie es tatsächlich ist, und nicht darauf, wie es ev. sein sollte, weil sie z.B. „sowieso alles haben“, oder weil „andere Menschen glücklich wären, wenn sie mit Ihnen tauschen könnten“ u.s.w

Vielen Dank für Ihre Hilfe

Teil 2

1. Die Bedeutung salutogenetischer Prinzipien in der klinischen Onkologie

In allen drei Bereichen der anerkannten Strategien zur Bekämpfung von Tumorerkrankungen - nämlich: Früherkennung, differenzierte spezifische Therapie und langfristige Nachsorge - wurden weltweit immense Anstrengungen unternommen, Ursachen, Verlauf und Folgen dieser Erkrankungen zu bekämpfen. Im professionellen medizinischen Versorgungssystem erwarten wir eine umfassende und schnelle Diagnostik und eine adäquate Therapie, die möglichst bald ihre Wirkung zeigt. Und obwohl die kurative Medizin große Fortschritte in der (Früh)Erkennung und Behandlung von onkologischen Erkrankungen gemacht hat, sind im Bereich Prognose keine wesentlichen Veränderungen zu vermerken. Zudem gerät unser Gesundheitssystem immer mehr unter Kritik, er ist kaum mehr finanzierbar, zu technisch orientiert, zu unpersönlich und symptombezogen und nicht ganzheitlich organisiert (Zimmerli, 1997). Er bietet keine Lösungen für das Problem der Zunahme an chronischen Erkrankungen und zu Recht wird bezweifelt, ob ein derartiges Diagnose- und Reparaturmodell der einzige Schlüssel zur Verbesserung dieser Situation ist.

Gesundheit, Gesunderhaltung und Prävention haben in letzter Zeit viel Aufmerksamkeit bekommen. Täglich werden wir von allen Seiten, meistens über verschiedene Medien, mit (neuen) Erkenntnissen aus diesem Feld konfrontiert, teils mit wissenschaftlichem Hintergrund, teils ohne. Offensichtlich kann sich keiner in der Zeit der hohen Erwartungen und des Erfolgsdrucks, in der wir leben, erlauben, krank zu sein oder zu altern. Jeder strebt an, so lange wie möglich jung und gesund zu sein, und die großen Erfolge der Medizin einhergehend mit stetig steigender Lebenserwartung, wecken Hoffnungen auf ein langes und gesundes Leben.

Gesundheit - was ist denn das eigentlich? Was wissen wir denn wirklich vom gesunden Leben? Was ist ein gesunder Organismus? Heißt Gesundheit, totale Gesundheit, dass der Mensch nie krank wird, dass er ewig lebt? Viele Wissenschaftler, einschließlich der WHO („Gesundheit ist ein Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht einfach die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“), haben versucht, diese Frage zu beantworten, aber an jeder bisher gefundenen Definition gibt es weitere Fragen und Kritik. So schreibt Zimmerli in seinem Beitrag „Gesundheit als offenes System“ über die Definition der Gesundheit der WHO: „Vor dem Hintergrund des negativen Gesundheitsbegriffes klingt das sehr vernünftig. Betrachtet man diese Definition indessen genauer, dann verrät auch sie ihre Schwächen, die ihrerseits für unser modernes Verhältnis zur Gesundheit typisch sind. Bedenkt man nämlich, dass die Folgen der wissenschaftlichen Medizin derart sind, dass heute kaum noch jemand als gesund gelten kann, dann erkennt man leicht: was in der WHO-Definition implizit gefördert wird, ist nicht mehr (aber auch nicht weniger!) als der gesunde

Übermensch, also ein Wesen, das es so – jedenfalls gegenwärtig – nicht geben kann, ein Wesen, das sich durch „vollständiges physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden“ auszeichnet.

Nicht nur ist evident, dass niemand in diesem Sinne vollständig „gesund“ sein kann, sondern es scheint darüber hinaus sogar unmöglich zu sein, sich ein solches Wesen auch nur vorzustellen. Selbst wenn es – was an sich schon ein Ding der Unmöglichkeit ist – eine Situation gäbe, in der ein Mensch sich in jeglicher Hinsicht physisch wohl befände, würde gerade diese Tatsache ihn, wenn er nicht ein gefühlloser Klotz ist, an vollständigem psychischem und sozialem Wohlbefinden hindern, es sei denn, alle anderen Menschen wären in diesem vollständigen Sinne auch gesund. So könnte man die WHO-Bestimmung von Gesundheit höchstens als eine regulative Idee, die wenig operationale Umsetzbarkeit aufweist, ad acta legen, wenn sie nicht noch eine zusätzliche entscheidende Schwäche aufwiese: Nicht nur die Tatsache, dass sie gleichsam die Quadratur des Kreises sucht, macht sie zur weiteren Verwendung untauglich, sondern auch, dass sie darüber hinaus noch statisch ist: Gesundheit wird als ein Zustand bestimmt, und genau dies ist, zumindest irreführend: Auch und gerade Gesundheit ist nicht als Zustand, sondern als ein Prozess zu sehen“ (Ziemmerli 1997).

Der Autorin erscheint die Sichtweise des Wissenschaftskritikers Ivan Illich zur Gesundheit am ehesten den Tatsachen entsprechend. Er beschreibt die Gesundheit als „Die Fähigkeit, sich auf ein wechselndes Milieu einzustellen, heranzuwachsen und zu altern, im Falle einer Verletzung zu genesen, zu leiden und in Frieden den Tod zu erwarten. (...) Die bewusst gelebte Gebrechlichkeit, Individualität und soziale Offenheit des Menschen machen die Erfahrung von Schmerz, Krankheit und Tod zu einem integralen Bestandteil seines Lebens. Die Fähigkeit, diese drei Dinge autonom zu bewältigen, ist die Grundlage seiner Gesundheit“ (Illich 1977).

So nähern wir uns den Arbeiten von Aaron Antonovsky, die als grundlegend in der Frage, warum Menschen gesund bleiben, betrachtet werden. Ausgehend von Untersuchungen an ehemaligen KZ-InsassInnen hat Antonovsky die regenerative Kraft der Ich-Stärke herausgearbeitet. Er stellt dem pathogenetischen Modell mit seinen Risikofaktoren ein salutogenetisches Modell gegenüber, das die Gesunderhaltung in den Mittelpunkt stellt.

Ausgangspunkt der Forschungen von Antonovsky war die Frage, warum und auf welche Weise die Menschen trotz verschiedener krankheitserregender Bedingungen gesund bleiben. In einem Zeitraum von zirka 10 Jahren entwickelte Antonovsky sein Konzept der sogenannten Widerstandsquellen (General-Resistance-Ressources), in dem personale und soziale Ressourcen unterschieden werden. Die zentrale personale Ressource ist demnach für ihn das Kohärenzgefühl (SOC - Sense of coherence). SOC wird als ein positives Selbstbild der Handlungsfähigkeit, der Bewältigbarkeit von externen und internen Lebensbedingungen definiert, mit dem Bestreben, den Lebensbedingungen einen subjektiven Sinn zu geben und sie mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen in Einklang zu bringen. Er formuliert drei Komponenten des SOC: Verstehbarkeit, Machbarkeit und Sinnhaftigkeit. Seiner Überzeugung nach sind Gesundheit und Krankheit zwei Extrempole auf einem Kontinuum (Health-Ease – Dis-Ease), bekannt als HEDE-Kontinuum, wobei es Kräfte im Menschen gibt, die ihn in die eine oder die andere Richtung drängen. Die salutogenetische Sichtweise von Antonovsky richtet sich auf den Menschen in seiner

Gesamtheit als bio-psycho-soziales Individuum. Er geht davon aus, dass die menschliche Existenz immer durch Stressfaktoren bestimmt wird und Stress per se auch gesundheitsfördernd wirken kann, im Sinne einer neuen Herausforderung. Therapie und Heilung sollten daher gesundheitserhaltende Faktoren in den Mittelpunkt stellen, die dem Menschen helfen, mit den Bedrohungen im Verlauf seines Lebens umzugehen.

Warum die von Antonovsky entwickelte Theorie der Salutogenese eine so starke Resonanz in der heutigen Zeit gefunden hat, liegt wohl darin, dass immer mehr Patienten alternative Wege suchen, da das Vertrauen in eine überwiegend biotechnisch und symptomorientierte Medizin nicht ausreicht. Sie ist offensichtlich nicht im Stande, die Mehrheit der Bedürfnisse zu erfüllen, dem Menschen in seiner Ganzheit zu begegnen und alle potentiellen Heilressourcen zu aktivieren. Dies wurde auch durch die eigenen Daten bestätigt (Teil 1 dieser Arbeit). Zudem gibt es Ergebnisse einer Untersuchung an 370 TumorpatientInnen zum Thema „Alternativmedizin und subjektive Krankheitsvorstellungen bei Krebspatienten“, die zeigen dass nicht nur deutlich über die Hälfte dieser Patientinnen bewusst unkonventionelle Mittel einsetzen, sondern, dass die Verordnung dieser Substanzen zu über 60% von ÄrztInnen stammt, die offenbar, wie Kappauf es nennt, in sich die Polarisierung zwischen Reparatur- und Ganzheitsmediziner tragen. Die Gründe dafür liegen, laut Schipperges, der in seinem Buch „Arzt von morgen“ über dieses Phänomen schreibt, im „Wandel von einer redenden zu einer schweigenden Medizin; aus dem Sprechzimmer wird das Spritzzimmer und aus der Sprechstunde die Fünf-Minuten-Medizin.“ Biologische Medikamente senden eine Gesundheitsbotschaft, die eher durch die Heilkunde als durch Heiltechnik vermittelt werden kann (Bartsch, Mumm, 1997).

Wie kann Gesundheit/Krankheit beeinflusst werden?

Da Gesundheit eine innere, auf spezifische Krankheiten bezogene und eine äußere, auf den allgemeinen Gesundheitszustand bezogene Grenze hat, können und müssen gesellschaftliche Interventionen der Veränderung von Gesundheit sowohl krankheits- als auch gesundheitsorientiert ansetzen. Da entweder der mögliche Verlust von Gesundheit bekämpft bzw. der mögliche (Wieder-)Gewinn von Gesundheit angestrebt werden kann, ergeben sich als vier klassische Ansätze der Bearbeitung von Gesundheit/Krankheit:

- Krankheitsbehandlung und Krankheitsprävention,
- Gesundheitsschutz und Gesundheitsentwicklung.

Alle vier Ansätze können zumeist in dreifacher Weise realisiert werden:

- orientiert an Personen, d.h. entweder an aktuell betroffenen Individuen,
- oder an potentiell betroffenen (Risiko-)populationen,
- sowie an Situationen, d.h. abgrenzbaren relevanten sozialen und natürlichen Umwelten (Pelikan J.M. 2002).

Die vielzitierte Definition der Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta lautet: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen, und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1993 bzw. WHO 1986, 1998).

Zur Durchführung von Gesundheitsförderung empfiehlt die Ottawa-Charta grundlegenden Strategien und definiert fünf prioritäre Handlungsbereiche:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik,
- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen,
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen,
- Persönliche Kompetenzen entwickeln,
- Die Gesundheitsdienste neu orientieren (WHO 1993).

Gesundheitsförderung ist also ein sehr umfassendes Konzept, es orientiert sich an Krankheit und Gesundheit gleichermaßen, berücksichtigt körperliche, psychische und soziale Aspekte von Gesundheit und Krankheit, zielt auf die Wiederherstellung, Sicherung und Verstärkung von Gesundheit und kann entweder auf einzelne Personen, auf bestimmte (Risiko-) Populationen oder konkrete soziale Settings bezogen sein. In diesem Konzept haben einerseits klassische krankheitsorientierte Strategien ihren Platz, sowie andererseits gesundheitsorientierte Ansätze mit dem Ziel des optimalen Gesundheitsgewinns.

In dem hier vorgestellten Konzept wird versucht, die Bedeutung der Salutogenese für die Betreuung von Krebskranken, insbesondere Brustkrebspatientinnen, zu erörtern. Teilweise wird bereits in diesem Zusammenhang von einem Paradigmenwechsel gesprochen: von einem krankheitszentrierten Modell der Pathogenese hin zu einem gesundheitsbezogenen, ressourcenorientierten und präventiv ansetzenden Modell der Salutogenese (Noak, 1997).

Die Theorie von Antonovsky mit seinem Versuch empirische Beweise zu sammeln, legitimiert Forschungsarbeiten zu Protektivfaktoren und rechtfertigt Interventionen, die nicht ausschließlich an Symptomen und Risikofaktoren ansetzen. Sie unterstützt die Verbesserung und die Neuorientierung der psychosozialen und psychosomatischen Versorgung, insbesondere der chronisch kranken Patienten. Klinische Onkologie, Krebsrehabilitation und Tumornachsorge scheinen in besonderer Weise geeignet, den Stellenwert und die Bedeutung salutogenetischer Prinzipien zu reflektieren und deren Nutzbarmachung für die gesundheitliche Versorgung zu prüfen.

Eine Krebskrankheit führt im Erleben eines betroffenen Menschen zu einer starken existentiellen Verunsicherung, zum Gefühl des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht, zu Kontrollverlust, und nicht selten zu einer passiven, sich dem weiteren Schicksal ergebenden Grundhaltung. Die Bewusstwerdung eines selbstverantwortlichen Umgangs mit der eigenen Gesundheit und das Erlernen gesundheitsförderlichen Verhaltens über Veränderung der Ernährung, der Bewegungsgewohnheiten, der eigenen physischen und psychischen Bedürfnisse, eröffnen für den PatientInnen neue Handlungsmöglichkeiten und helfen dem Kontrollverlust entgegenzuwirken. Für das Verhältnis zwischen Arzt und PatientIn kann das bedeuten, dass der/die PatientIn zu einem aktiven und selbstverantwortlichen Partner in der Behandlung und/oder Nachsorge wird. Die Aufmerksamkeitserweiterung auf die verbleibenden Ressourcen, auf das Selbstbestimmungspotential, kann zur einen neuen Lebensperspektive verhelfen und somit als ein wesentlicher Baustein zur Krankheitsbewältigung eingesetzt werden.

2. Die Gesundheitsreform

Im Jahr 1996 einigten sich der Bund und die Länder auf eine Gesundheitsreform, dessen Ziele und Maßnahmen weiterentwickelt wurden und in der Präambel der derzeit geltenden Vereinbarung im Bundesgesetzblatt (BGBl. I) 2005 zu finden sind: „Die Vertragsparteien verbinden mit dieser Vereinbarung die Absicht, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen. Das solidarische Gesundheitssystem soll erhalten und verbessert werden. Eine hochstehende medizinische Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig vom Einkommen, ist vorrangiges Ziel. Die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens soll unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und eines möglichst effizienten Mitteleinsatzes durch eine gesamte regionale Planung, Steuerung und Finanzierung abgesichert werden. Weiteres gilt es, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten in den Bundesländern, die einzelnen Bereiche und das gesamte Gesundheitssystem überregional und sektorenübergreifend entsprechend den demographischen Entwicklungen und Bedürfnissen ständig zu analysieren und weiterzuentwickeln. Die Vertragsparteien bekennen sich dazu, dass Basis eines effizienten Gesundheitssystems die Verstärkung der Gesundheitsförderung sowohl in einem personenorientierten als auch lebensweltorientierten Ansatz ist und auch dem Gedanken der Prävention ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden muss“ (BGBl. I, 2005).

Die systematische Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen wird intensiviert. So ist eine der explizit genannten Aufgaben der 1997 auf Bundesebene eingerichteten Strukturkommission für das Gesundheitswesen die Qualitätssicherung mit folgenden Schwerpunkten:

- Die Entwicklung und Umsetzung eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems, das regelmäßig evaluiert wird und unter anderem auf den Prinzipien der Patientenorientierung und der Transparenz beruht.
- Die Strukturkommission sorgt für Information und Berichterstattung, initiiert Förderungsmaßnahmen und Anreizmechanismen und formuliert Leitlinien und Standards.
- Verschiedene Projekte wie etwa die Entwicklung von Best-Practice-Modellen, die Verbesserung der Zuweisungs-, Aufnahme- und Entlassungsqualität, die Optimierung des Medikamenteneinsatzes oder die Verbesserung der Dokumentationsqualität werden unterstützt und nach ihrer Wirtschaftlichkeit bewertet.
- Um die Durchführung der verbindlich vereinbarten Vorgaben sicherzustellen, wird ein Sanktionsmechanismus eingerichtet.

Ein neuer Schwerpunkt der Gesundheitsreform ab 2005 ist die Verbesserung des Managements an den Schnittstellen zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen. Damit soll eine raschere, lückenlose, medizinisch und ökonomisch sinnvolle Behandlungskette in der Patientenversorgung auf dem jeweils erforderlichen Qualitätsniveau gewährleistet werden. Es werden kürzere und weniger Spitalsaufenthalte und eine medizinisch und gesamtökonomisch gerechtfertigte Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen und ambulanten Bereich angestrebt. Lt. Art. 3, Abs. 3 der BGB1 hat „die Gesundheitsstrukturplanung

die Beziehungen zwischen den Ebenen und Teilbereichen der Gesundheitsversorgung und angrenzender Versorgungsbereiche zu berücksichtigen. Im Sinne einer gesamtwirtschaftlichen Effizienz der Gesundheitsversorgung berücksichtigen Teilbereichsplanungen die Wechselwirkung zwischen den Teilbereichen dahingehend, dass die gesamtwirtschaftlichen Aspekte vor den ökonomischen Aspekten des Teilbereiches ausschlaggebend sind.(...) Die Sicherung der Qualität und die PatientInnenorientierung sind dabei jedenfalls sicherzustellen.“ In den nächsten Jahren sollen die Voraussetzungen für einen effektiven und effizienten Einsatz der Potentiale der Informations- und Kommunikationstechnologie für das Gesundheitswesen intensiviert werden. Es wird eine bundeseinheitliche Vorgangsweise beim Auf- und Ausbau der Infrastruktur für ein logisches Gesundheitsdatennetz zur Unterstützung administrativer Erfordernisse und zum Wissens- und Erfahrungstransfer angestrebt und gefordert werden (BMSG 2001).

Der wahrscheinlich für die weitere Entwicklung des österreichischen Gesundheitswesens am stärksten ausschlaggebende Beschluss dieser Reform ist im Bereich der Finanzierung vollbracht. Es ist der Beschluss über die Einrichtung einer Bundesgesundheitsagentur mit einer Bundesgesundheitskommission und Landesgesundheitsfonds mit Gesundheitsplattformen auf Länderebene zur regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und zur Sicherstellung einer einheitlichen Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens.

3. Einleitung Brustkrebs

Bösartige Neubildungen der Brustdrüse stellen als häufigste, meist durch einen chronischen Verlauf gekennzeichnete Krebserkrankung der Frau, die die Betroffenen oft physisch und psychosozial existentiell gefährden, eine Herausforderung für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft dar. Brustkrebs trifft Frauen meist in einem Alter höchster sozialer Verantwortung in Familie und /oder Beruf und ist nach wie vor die häufigste Todesursache für Frauen zwischen 35 und 55 Jahren. Mit der Diagnose Brustkrebs fühlen sich die Frauen aber meist allein gelassen. Sie wissen zu wenig darüber, reagieren daher oft in Panik. Doch nur wer gut informiert ist, entscheidet überlegt. Nicht einmal die Tatsache, dass in unserem Zeitalter Informationen über das WorldWide Web leicht erhältlich sind, hilft sehr bei der Entscheidung über das weitere Vorgehen nach der Diagnosestellung. Michael Slater, Professor für Publizistik und Technische Kommunikation an der Colorado State University und Coautor einer Studie über Informationen und Gesundheit im WWW, fand heraus, dass nur 35% der Informationen im Web auf wissenschaftlichen Tatsachen basieren.

Aus dieser Entwicklung heraus, und dem eindeutigen Bedarf an systematischem einheitlichem Vorgehen in der Behandlung dieser Erkrankung, wird in dieser Arbeit das Konzept der Brustkrebszentren entwickelt und vorgestellt. Die Stärke dieses interdisziplinären Konzepts erwächst aus der operativen Spezialisierung auf der einen Seite und der Gesamtschau der onkologischen und sozial-psychologischen Problematik auf der anderen Seite. Nicht der "Generalist" und "Alleskönner" ist gefragt, sondern der "Specialized Breast Surgeon", der in der Lage ist, die verfügbare "Intelligenz" aus den beteiligten Gebieten der Diagnostik, Onkologie, Molekularbiologie, Strahlentherapie, Soziologie und Psychologie im Interesse der Betroffenen an einen Tisch zu holen und mit Hilfe eines(r) Case Managers/ Case

Managerin das beste Behandlungskonzept unter den Kriterien der Therapiesicherheit zu entwickeln und durchzuführen.

Das interdisziplinäre Brustzentrum steht für ein auf internationaler Einbindung basierendes Kooperationskonzept, das mit fallbezogenen Expertenkonferenzen die speziellen senologisch-operativen Leistungen - unter Senologie versteht man Erkennung und Behandlung der gutartigen und bösartigen Erkrankungen, der Fehlbildungen und Formveränderungen der Brust sowie die Erforschung aller medizinischen und wissenschaftlichen Fragen im Zusammenhang mit dem Brustorgan - und patientinnenorientierten Vorgehensweisen, den Menschen und die individuelle Erkrankung in den Vordergrund stellt.

Die auf den Einzelfall adaptierte, für die Krankheit aber standardisierte Behandlung ist das Resultat eines Diagnose- und Therapieschemas (Leitlinien – s. Adnex 3), an dem unter der Regie des operativen Spezialisten der Radiologe, der Pathologe, der internistische Onkologe und der Strahlentherapeut primär beteiligt sind. Dieses Netzwerk integriert die regionalen universitären und nichtuniversitären medizinischen Einrichtungen, psychoonkologische, soziale und palliative Einrichtungen, sowie niedergelassene Ärzte entsprechend ihrer Qualifizierung, mit der Zielsetzung einer Erfolgsgarantie im Einzelfall.

Brustzentren unterstützen einen Wissenschaftszweig, bei dem Grundlagenforschung und Anwendung dicht beieinander liegen. Medizin ist heute in der Lage, Patientinnen mit primärem Mammakarzinom von ihrer Prognose her genau einzuschätzen. Große Anstrengungen müssen jedoch in der Zukunft gemacht werden, um prädiktive Faktoren besonders für das Ansprechen auf Chemotherapie zu evaluieren. Denn der Mangel an prädiktiven Faktoren führt dazu, dass nach wie vor eine große Anzahl von Patientinnen chemotherapeutisch behandelt wird, ohne von dieser Therapie zu profitieren. Auch andere Bereiche werfen noch Fragen auf und die hochqualitative, standardisierte Behandlung in Brustzentren kann entscheidend dazu beitragen, diese zu beantworten.

4. Ätiologie und Epidemiologie

In der Ätiologie des Brustkrebs sind mehrere mögliche Einfluss- und Risikofaktoren in Betracht zu ziehen. Bis heute gilt Brustkrebs als eine multifaktorielle Erkrankung. Einflüsse und Belastungen bereits vor dem Erwachsenenalter scheinen einen wichtigen Einfluss auf eine spätere Erkrankung zu haben (Leon & Ben-Shlomo, 1997). Weithin anerkannte Risikofaktoren sind jedoch vor allem die Familienanamnese: BRCA 1, BRCA 2 Mutationen, p53, PTEN (Shannon, 2003), spätes Alter bei Erstgeburt, niedrige Fertilität, frühe Menarche, späte Menopause, was zu einer hohen Anzahl von Menstruationszyklen führt, sowie Vorhandensein von endogenen Östrogenen. Zum andern sucht man auch nach Erklärungen unter Berücksichtigung der Ereignisse und des Lebensstils, also des gesamten Lebensverlaufes. Es scheint so zu sein, dass Risikofaktoren zur Entstehung vom Brustkrebs in jedem Alter auftreten (Carlson 2004). Insgesamt sind kausal-temporäre Beziehungen im Zusammenhang mit der Entstehung von Brustkrebs als sehr komplex zu bezeichnen und damit wird auch die Erhebung und Analyse von

Lebensstil-Daten gesundheitspolitisch relevant (Gesundheitsbericht Wien 2002). Der im Abschluss dieser Arbeit vorgestellte Fragebogen und das Konzept zur Erhebung solcher Daten über das österreichische Krebsregister soll dieser Forderung gerecht werden.

Brustkrebs ist seit vielen Jahren die häufigste Krebserkrankung der Frau in Österreich, die auch zu den meisten malignomassoziierten Todesfällen führt. Die Inzidenz ist bis 1997 stetig angestiegen, seither stagniert die Anzahl der Neuerkrankungen auf hohem Niveau und betrifft ca. 4500 Patientinnen pro Jahr. Die absolute Zahl der Todesfälle durch Mammakarzinom ist in den letzten Jahren leicht rückläufig, trifft aber immer noch etwa 1.600 Frauen jährlich.

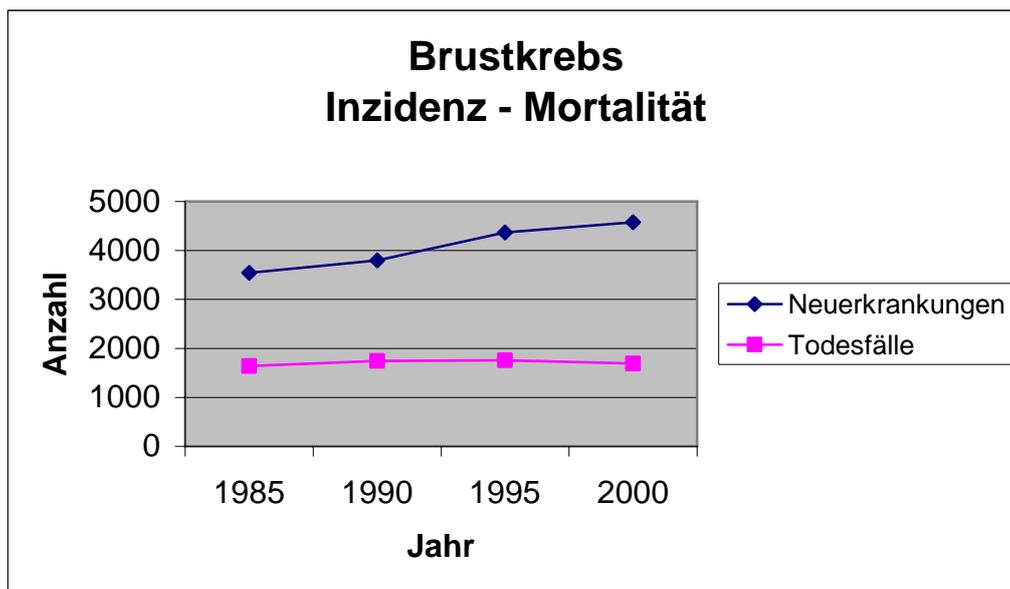


Tabelle 15: Brustkrebs – Inzidenz und Mortalität in Österreich

Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2002

Die Erkrankungswahrscheinlichkeit steigt mit zunehmendem Lebensalter, die relative Bedeutung ist aber bei Frauen im mittleren Lebensalter am größten. In der Altersgruppe der 40-59 jährigen stellt Brustkrebs die häufigste Todesursache dar. Der prozentuelle Anteil an den Krebserkrankungen insgesamt ist zwischen 1985 von 22,3% auf 27,1% im Jahr 2000 angestiegen, der prozentuelle Anteil an allen Todesfällen durch maligne Erkrankungen liegt seit 1985 annähernd konstant bei ca. 11% (WHO/Europe 2004).

In der EU stirbt alle sechseinhalb Minuten eine Frau an Brustkrebs, alle zweieinhalb Minuten wird ein neuer Fall von Brustkrebs diagnostiziert. 1998 erkrankten in Österreich 4.540 Frauen an einem primären Mammakarzinom, 1980 waren es in Österreich noch 2.600 Frauen, sodass dies in nicht einmal 20 Jahren einer Steigerung um 75% entspricht. 1997 wurden zum Beispiel in den USA 180.000 Neuerkrankungen registriert, etwa 44.000 erlagen ihrer Erkrankung im selben Jahr (Jakesz, 2002). Brustkrebs trifft Frauen meist in einem Alter höchster sozialer Verantwortung in Familie und /oder Beruf und ist nach wie vor die häufigste Todesursache für Frauen zwischen 35 und 55 Jahren. Diese Zahlen sollen noch einmal deutlich machen, wie aktuell die Problematik dieser Erkrankung ist, für die

Betroffenen und für die Gesellschaft. Im internationalen Vergleich bestehen beträchtliche Unterschiede in der Inzidenz der Erkrankung und der dieser Erkrankung zuzuschreibenden Mortalität. Wie Tabelle 16 zu entnehmen ist, variierte das Verhältnis der Todesfälle zu den Mammakarzinomraten 1997 zwischen 21% in Schweden und 37% in Irland. Der Schnitt der EU 15 betrug 30%, in Österreich lag dieser Wert etwas darüber bei 32%. Unterschiede in Diagnosestellung und Therapie der Erkrankung erklären die Schwankungsbreite.

Eine neueste Untersuchung konnte nachweisen, dass sich die relative 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit von Brustkrebspatientinnen in Österreich zwischen den beiden Diagnosezeiträumen 1988-92 und 1993-97 deutlich verbessert hat (+6,7%). Diese Entwicklung ist auf signifikante Verbesserungen bei Vorliegen eines Mammakarzinoms Stadium I in den Altersgruppen 50-64 und über 65 Jahre, bei Stadium II in den Altersgruppen der unter 50-Jährigen und 50- bis 64-Jährigen zurückzuführen. Bei Patientinnen unter 50 Jahren mit einem Tumor im Stadium IV hat die Überlebenswahrscheinlichkeit jedoch österreichweit um 16,9% abgenommen. Die Verbesserung der Überlebenswahrscheinlichkeit ist, den StudienautorInnen zufolge, vor allem auf Verbesserung in der Therapie und der Screening Prävalenz zurückzuführen. Trifft diese Annahme zu, so wären in den nächsten Jahren stärkere positive Auswirkungen auf die Brustkrebssterblichkeit zu erwarten (Vutuc et al, 1998). Zugleich bedeutet das aber auch eine Zunahme an zu betreuenden erkrankten Frauen.

	Zahl der Fälle	Fälle je 100.000	Zahl der Todesfälle	Todesfälle je 100.000	Todesfälle/Fälle je 100.000
EU	220836	97,25	74984	29,12	30%
Österreich	4605	90,14	1651	28,81	32%
Belgien	7092	116,03	2562	37,28	32%
Dänemark	3535	113,24	1421	40,59	36%
Finnland	3171	102,32	788	23,22	23%
Frankreich	36738	109,56	10831	27,89	25%
Deutschland	50551	94,71	18374	30,48	32%
Griechenland	4450	70,64	1512	21,62	31%
Irland	1622	96,34	634	35,38	37%
Italien	34629	93,37	11339	27,01	29%
Luxemburg	242	99,67	78	27,12	27%
Niederlande	10524	120,76	3574	36,96	31%
Portugal	4272	73,84	1561	24,91	34%
Spanien	15906	69,98	5766	22,67	32%
Schweden	5821	107,28	1494	22,88	21%
UK	37678	108,25	13399	33,64	31%

Tabelle 16: Mammakarzinomraten und Todesfälle in der EU 1997
Quelle: Vorschlag für eine Empfehlung des Rates zur Krebsvorsorge 2003

4.1 Demographische und epidemiologische Datenlage in Wien

Trotz eines deutlichen Rückgangs (- 3,3%) ist die Krebssterblichkeit in Wien nach wie vor höher als im gesamten Bundesgebiet, auch die „vorzeitige Sterblichkeit“, d.h. die Sterblichkeit vor dem 70. Lebensjahr, ist in Wien höher. Am meisten tragen Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen zur vorzeitigen Sterblichkeit bei. Häufigste Ursache der Krebssterblichkeit sind (unter den Einzeldiagnosen) bei Männern der Lungenkrebs, bei Frauen der Brustkrebs. Laut amtlicher Todesursachenstatistik starben im Jahr 2001 in Wien etwas mehr als 4000 Menschen an einer bösartigen Neubildung, davon waren 52% Frauen. In der Altersgruppe der 35- bis 65-Jährigen Frauen ist Krebs, vor allem Brustkrebs, die Todesursache Nr. 1 (Stadt Wien, Bericht 01/03).

In Wien sind derzeit etwa 14.000 Personen an Krebs erkrankt. Pro Jahr rechnet man mit mehr als 7.000 Neuerkrankungen. Brustkrebs ist die häufigste bösartige Neuerkrankung bei Frauen in Wien mit 900 neuen Fällen pro Jahr (Tabelle 17).

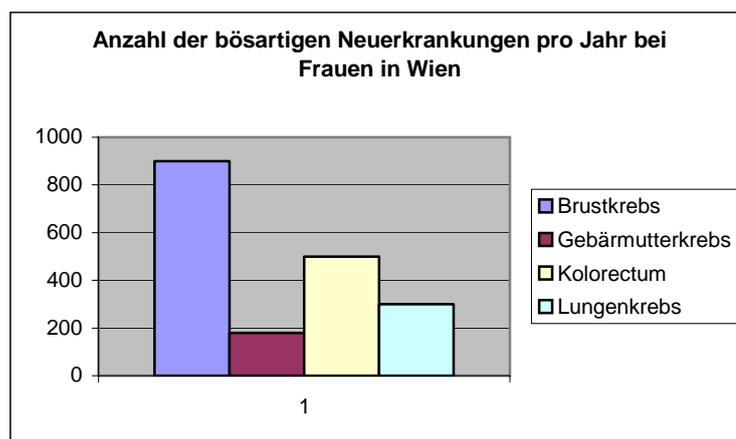


Tabelle 17: Anzahl der bösartigen Neuerkrankungen pro Jahr bei Frauen in Wien
Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2002

Trotz freiem und kostenlosem Zugang zu Vorsorgeuntersuchungen und Mammographie für alle erwachsenen Frauen in Österreich zeigt die vermehrte Früherkennung bisher jedoch kaum Wirkungen auf die Mortalität in Wien. Im Jahr 2001 verstarben 415 Wienerinnen infolge einer bösartigen Neubildung der Brustdrüse. Abzuwarten bleibt die Auswirkung des Wiener Screeningprogramms.

5. Screening

Screening ist der Versuch, durch bevölkerungsweite Untersuchungen symptomfreier Frauen (angestrebt wird eine Beteiligung von mindestens 70%) eine möglichst hohe Zahl von Karzinomen in einem Frühstadium zu entdecken. Da die Prognose des Mammakarzinoms wesentlich vom Tumorstadium bei Diagnosestellung bzw. Therapiebeginn abhängt, erscheint der Ansatz des Mammographiescreenings sinnvoll. Immerhin beträgt die 5-Jahres-Überlebensrate bei Karzinomen, die im Stadium I

entdeckt werden, 86,8%, verglichen mit 40,3%, wenn die Erkrankung erst im Stadium III entdeckt wird (Smart et al, 1997).

Eine 2000 publizierte (und im Jahr 2001 aktualisierte) Metaanalyse der Cochrane Collaboration kam zu dem Schluss, dass von den verfügbaren acht randomisierten kontrollierten Studien zur Wirksamkeit der Mammographie zur Brustkrebsfrüherkennung fünf den Qualitätsanforderungen nicht entsprachen und die verbleibenden drei keine positiven Effekte zeigten (Olsen et al). Eine amerikanische Metaanalyse aus dem Jahr 2002 zieht aus den vorhandenen Studien andere Schlüsse, nämlich dass Mammographiescreening Leben rettet (Preventive Services Task Force 2002).

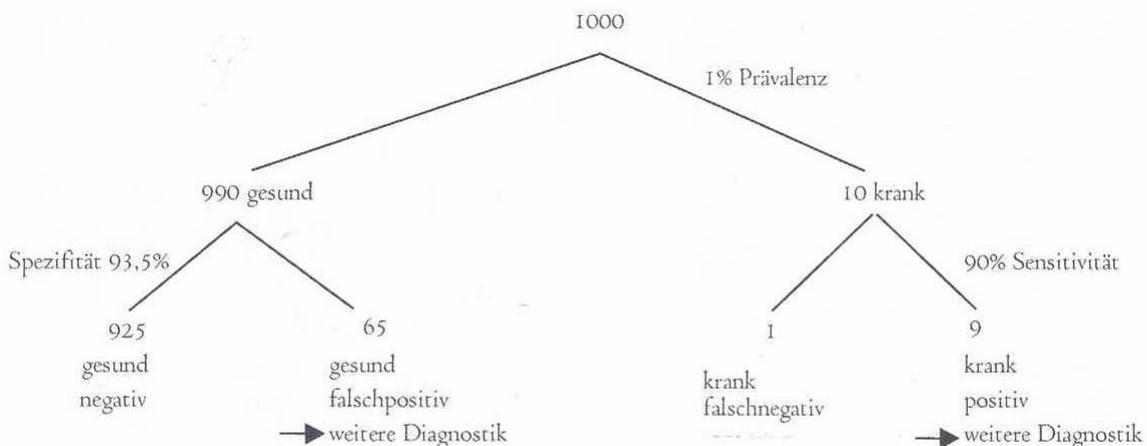
Die onkologischen Fachgesellschaften diesseits und jenseits (Fletcher et al) des Atlantiks empfehlen durchwegs, ebenso wie die WHO (WHO/Europe 2004), Mammographiescreening in der Altersgruppe der 50- bis 69-jährigen, unter Einhaltung bestimmter Qualitätskriterien. Die Empfehlungen für die Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen (dichtes Parenchym mit schwieriger Beurteilbarkeit, niedrige Inzidenz der Erkrankung) und der über 70-Jährigen bzw. von Frauen mit einer Lebenserwartung unter zehn Jahren (Überdiagnose: Je höher das Lebensalter der Frauen, desto höher ist der Prozentsatz der klinisch stumm bleibenden Fälle, die ohne Screening nie erkannt worden wären) sind nicht einheitlich: Screenings werden nicht oder nur mit Vorbehalt empfohlen. Auch über den Zeitpunkt der Basismammographie und das optimale Intervall zwischen den Untersuchungen besteht keine Einigkeit: in den USA wird eine jährliche Mammographie empfohlen, die EU-Richtlinien streben Zweijahresintervalle an, in Großbritannien sind es drei Jahre.

Die Daten des Österreichischen Krebsregisters zeigen, dass Krebserkrankungen durch vielfach verbesserte Früherkennungsmöglichkeiten und vermehrte Vorsorge gegenwärtig immer früher entdeckt werden. Dadurch impliziert man logischerweise auch die Erhöhung der Lebenserwartung, weil Krebserkrankungen, in einem frühen Erkrankungsstadium entdeckt, bessere Heilungschancen haben. Für die Zunahme dieser Erkrankung in den letzten Jahren, bzw. die nach wie vor hohe Erkrankungsrate dürfte Brustkrebsfrüherkennung (Mammographie-Vorsorge), die in Wien seit 1974 kostenlos in Anspruch genommen werden kann, verantwortlich gemacht werden. Wie bereits erwähnt zeigt die vermehrte Früherkennung trotz freiem und kostenlosem Zugang zur Vorsorgeuntersuchung bisher kaum Auswirkungen auf die Mortalitätsrate, es ist „nur“ eine Verlängerung des krankheitsfreien Überlebens festzustellen (Vutuc et al). Eine aktuelle Analyse der Informationspräsentation auf Internetseiten von medizinischen Fachgesellschaften und Regierungsstellen in skandinavischen und englischsprachigen Ländern ergab eine einseitige Information zugunsten der Screeningprogramme; nur die Portale der Konsumentenvertreter stellten auch ihre „Nebenwirkungen“ vor (Gotzsche et al).

Eine selbstbestimmte Entscheidung ist aber nur möglich, wenn der Kenntnisstand so aufbereitet wird, dass die Frauen eine objektive Einschätzung des möglichen persönlichen Nutzens im Verhältnis zu Nebenwirkungen und Aufwand bekommen können. Wissenschaftliche Studien haben ergeben, dass numerische Informationen, die in Form von Wahrscheinlichkeiten und Prozentwerten weitergegeben werden, oft zu Verwirrung und Fehleinschätzung führen, und zwar bei ÄrztInnen und Patienten. (Said 2003 Hoffrage, 1999).

Natürlich sind die Ergebnisse eines diagnostischen Tests abhängig von der Prävalenz der Erkrankung (beeinflusst z.B. von Alter, Risikofaktoren, ...) und von der Qualität der Untersuchung in Bezug auf Technik und Befundung. Die Prävalenz einer Erkrankung wird errechnet, wenn die Anzahl der Kranken zu einem bestimmten Zeitpunkt durch die Anzahl der Personen in der Bevölkerung zu diesem Zeitpunkt dividiert wird. Weiters sollte bei der Entscheidung über ein Screening die Spezifität und die Sensitivität des anzuwendenden klinischen Tests berücksichtigt werden. Für die Mammographie wird dies mit folgendem Beispiel deutlicher. (Said, 2003)

Zugrundegelegt wurde die Prävalenz von Brustkrebs bei Frauen zwischen 40 und 50 Jahren mit 1%. Mammographie hat als Untersuchungsmethode 93,5%ige Spezifität (Anteil der Frauen ohne Brustkrebs, bei denen die Mammographie negativ ausfällt – richtig-negative Befunde) und 90%ige Sensitivität (Anteil der Frauen mit Brustkrebs, bei denen eine Mammographie positiv ausfällt – richtig-positive Befunde)



→ 74 haben ein positives Testergebnis, nur 9 davon = 12% sind wirklich krank

Statt der vermuteten 70-80% liegt die Wahrscheinlichkeit eines Mammakarzinoms für die betroffene Frau also nur bei 12%, oder anders ausgedrückt, mit einer Wahrscheinlichkeit von 88% hat sie trotz positiver Mammographie (also pathologischem Befund) keinen Brustkrebs.

Unabhängig davon, ob ein bevölkerungsweites oder ein opportunistisches Screening durchgeführt wird, oder ob Mammographien nur bei klinischem Verdacht angefertigt werden, ist die Einführung verbindlicher Qualitätskriterien für die Untersuchung und Befundung zu fordern, wie sie z.B. von der EU vorgeschlagen werden (Schulungen und Mindestfallzahlen für Befundende und Radiologisch-Technische(n) Assistentinnen, Doppelbefundung); durch diese Maßnahmen sollte die Zahl abklärungsbedürftiger Mammographiebefunde reduziert (Ziel <5%, erreichbar <2,5%) werden.

Große Qualitätsmängel hatte im Jahre 2001 das Wiener Brustkrebsfrüherkennungsprogramm. Die Möglichkeit der Zweitbegutachtung (Second Opinion) wurde z.B. nur von 7 der insgesamt 64 teilnehmenden Institutionen genutzt, d.h. nur 2,7% der erhobenen Befunde wurden einer Zweitbegutachtung zugeführt. 100 der insgesamt

108 Zweitbegutachtungen wurden von einem einzigen Institut beauftragt. Der Anteil der Mammographien mit durchgeführtem Ultraschall betrug nur 43%. Das heißt, bei 57% der Frauen wurde keine ergänzende Ultraschalluntersuchung durchgeführt, obwohl dies längst zum weltweit empfohlenen Standard gehörte (Köck, Ebner & Partner). Und trotzdem betragen die vom ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit) ermittelten Kosten für 2 Screening Jahre ca. 60 Millionen Euro (ÖBIG 2000). Also wäre die Implementierung eines solchen Programms ohne die Einhaltung der Qualitätskriterien schlichtweg nicht zu verantworten.

Darüber hinaus ist im BGBl. I festgehalten, dass der Bundesagentur zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung (z.B. flächendeckendes qualitätsgestütztes und systematisches Mammographie-Screeningprogramm, molekulargenetische Analyse zur Identifikation von Familien mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs, Identifikation von angeborenen Stoffwechselerkrankungen bei Säuglingen, Maßnahmen betreffend Epidermolysis bullosa), insgesamt 3,5 Millionen Euro jährlich zur Verfügung stehen.

6. Verlauf und Prognose

Das Mammakarzinom ist in den meisten Fällen eine chronisch verlaufende Erkrankung. Die Prognose hängt in hohem Maße vom Tumorstadium bei der Diagnosestellung ab; dies führte und führt zu Versuchen, die Erkrankung durch Screening in einem frühen, wenn möglich noch heilbaren Stadium zu erkennen. Über das Screening durch Mammographie ist in den letzten Jahren eine Kontroverse entbrannt (s. Abschnitt 5). In Österreich haben zwischen 1985 und 2000 vor allem Tumore in frühen Stadien zugenommen (Tabelle 15).

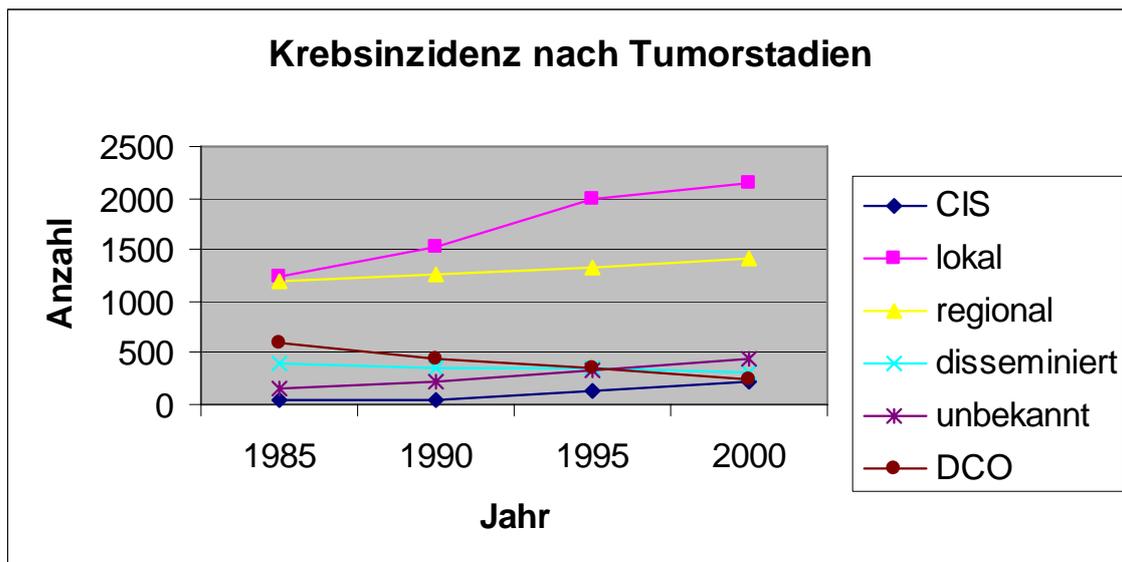


Tabelle 18: Krebsinzidenz nach Tumorstadien
Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2002

Die Erhöhung der Überlebenswahrscheinlichkeit in Österreich nach Diagnosestellung in den Zeiträumen zwischen 1988 bis 1992 bzw. zwischen 1993 und 1997 wird zum Teil auf frühere Tumorstadien, zum größeren Teil aber auf Fortschritte in der Therapie zurückgeführt (Gotsche, 2000). Der Standpunkt, dass Therapiefortschritte wesentlich für die Verbesserung der Prognose mitverantwortlich sind, wird durch internationale Reviews gestützt (Preventive Services Task Force). Rezidive bzw. Metastasen treten bis zu 20 Jahre nach der Erkrankung in gleichbleibender Häufigkeit (ca. 3% pro Jahr) auf (Abb. 5), erst danach werden sie seltener und man kann von Heilung sprechen.

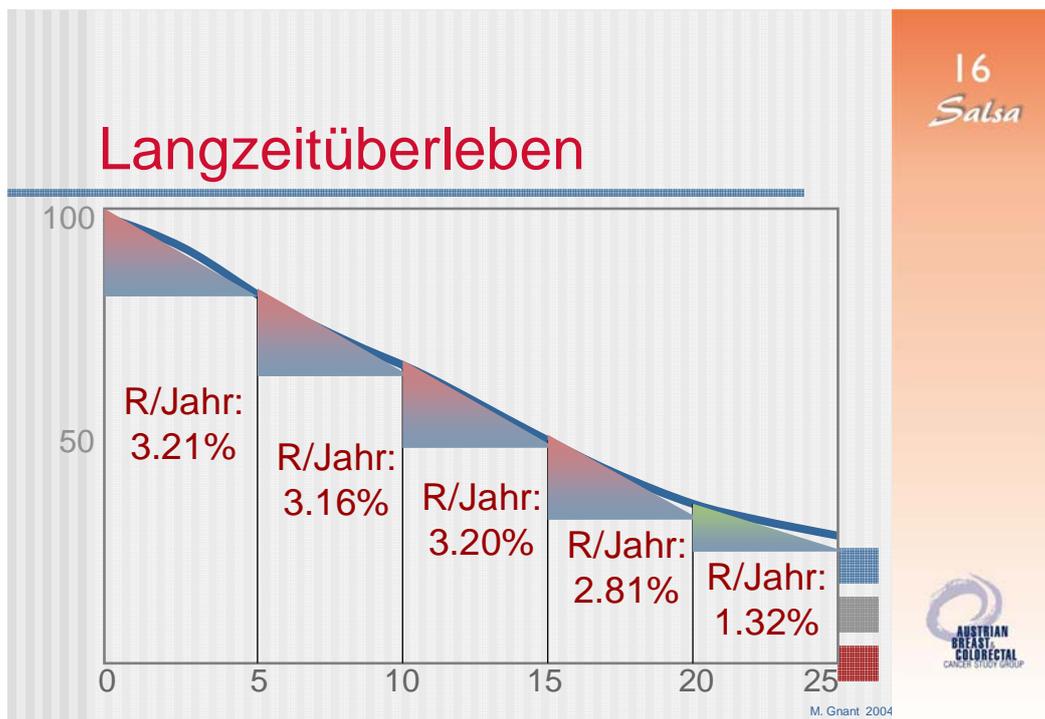


Abb. 5: Langzeitüberleben beim Brustkrebs
Quelle: Salsa Studie 2004 (ABCSG)

7. Forderungen der EU

Brustkrebs ist eine tumorbiologisch sehr komplexe und vielfältige Erkrankung, zudem kommt es zu einer beträchtlichen physischen und psycho-sozio-ökonomischen Belastung für die Betroffene sowie ihre Familie und Umwelt. In der Literatur gibt es zahlreiche Hinweise, dass psychosoziale Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität führt, wenn nicht sogar zur Verlängerung des krankheitsfreien Überlebens (Chow et al, 2004, Scheier et al 2005). Für die Behandlung dieser Erkrankung gibt es umfangreiche Leitlinien und verschiedene Algorithmen, sowie genaue Qualitätsrichtlinien diverser Fachgesellschaften in der EU. So fordert zum Beispiel die EUSOMA (Europäische Gesellschaft für Brustkunde) und ein Beschluss des Europäischen Parlaments im Juni 2003 die Einführung von Brustzentren. Das sollen klinische Abteilungen sein, in denen sich das gesamte medizinische Personal

auf gut- und bösartige Erkrankungen der Brust spezialisiert hat. (In den letzten 8 Jahren wurden von der EU 40 Forschungsprojekte zum Thema Brustkrebs finanziert, im Jahr 2004 sind für die Brustkrebsforschung und Behandlung 400.000.000 Euro geplant.) 1.250 Brustkrebszentren sollen in Europa (15 Staaten) entstehen, 6 davon in Wien, 1 Zentrum pro 300.000 Einwohner (Jones, 2003).

Ein Brustzentrum muss gemäß EUSOMA mindestens folgende Kriterien erfüllen:

- Jedes Brustzentrum operiert pro Jahr mindestens 150 erstdiagnostizierte Fälle, wobei die auf gut- und bösartige Erkrankungen der Brust spezialisierten Chirurgen jeweils mindestens 50 Operationen selbst durchführen.
- Das gesamte Team eines interdisziplinären Brustzentrums muss auf gut- und bösartige Krankheiten der Brust spezialisiert sein und regelmäßig an Weiterbildungen teilnehmen.
- Behandlungsbeginn spätestens 4 Wochen nach Diagnose.
- Wöchentliche interdisziplinäre Konferenzen in denen alle Fälle von Brustkrebs beraten werden.
- Weiter fordert die EU Patientenpässe für Trägerinnen von Brustimplantaten.
- Psycho-onkologische Betreuung, sowie ev. nötige Perücken oder spezielle Brusthalter sollen von Krankenkassen finanziert werden;
- Zentren werden durch Benchmarking verglichen (allgemeiner Benchmarkingdruck in der EU) (EUSOMA, 2004).

Das hier vorgestellte interdisziplinäre Brustzentrum - bestehend aus Radiologie, Chirurgie, Gynäkologie, Onkologie, Pathologie, Labor, Strahlen- und Nuklearmedizin, Physikalischer Medizin, Prothetik, einer(m) PsychologIn und SozialarbeiterIn, sowie einem ausgewähltem Angebot an Ganzheitsmethoden, aktivem Bewegungsangebot und spezialisierter Pflege mit individuellem Case Management - steht für ein auf internationaler Entwicklung basierendes Kooperationskonzept, das mit fallbezogenen Expertenkonferenzen und patientinnenorientierter Vorgehensweise den Menschen und die individuelle Erkrankung in den Vordergrund stellt. Dadurch wird zugunsten einer diagnoseorientierten, interdisziplinären Entscheidungsfindung, getragen durch Krankheitsfall-Management und Fallkonferenzen ein Teil der traditionellen Klinikstruktur aufgegeben. Gleichzeitig wird eine hohe Qualität in der Behandlung und Betreuung angestrebt, Kosten, die durch die unnötigen Wege durch das Gesundheits- und Sozialsystem entstehen, vermieden. Durch eine auf jede einzelne Patientin maßgeschneiderte Behandlung und Unterstützung werden lange Krankenhausaufenthalte und Krankenstände minimiert, die Betroffenen sollen sich viel rascher wieder in ihr soziales Umfeld vollwertig eingliedern können. Ganz zu schweigen vom Wert des Gefühls für die Betroffenen und ihre Angehörigen, in einer schweren Lebensphase gut betreut und aufgehoben zu sein, was sicher einen der wichtigsten nicht-monetären Anreize für die Implementierung solcher Maßnahmen darstellt.

8. Ist-Zustand in Österreich

Onkologische Zentren

Zur **Onkologischen Versorgung** gehören alle Einrichtungen und personellen Ressourcen, die sich mit Früherkennung, Diagnostik, Therapie und nachsorgender Betreuung von bösartigen Neubildungen befassen.

Der österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) ist 1997 im Rahmen der Gesundheitsreform in Kraft getreten und wird seither in regelmäßigen Abständen im Einvernehmen zwischen Bund und Bundesländern aktualisiert und erweitert, sowie auf der Grundlage neuer, qualitätsbasierter Planungsmethoden weiterentwickelt. Da laut ÖKAP mehr Spitäler, als im Europäischen Beschluss über Brustzentren vom 2003 festgelegt, in der Lage wären, onkologische Betreuung anzubieten, müsste man anhand der demographischen Verteilung und Entwicklung feststellen, wo diese in Österreich den meisten Nutzen bringen werden, bzw. welche von den anderen Kriterien sie noch erfüllen. Der ÖKAP/GGP gilt aber laut BGBl. I 2005 nur noch bis 31.12.2005. Ab diesem Zeitpunkt soll der verbindliche Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) stehen. Der ÖSG umfasst eine Leistungsangebotsplanung für den stationären Bereich mit Planungshorizont 2010, sowie die Darstellung des Ist-Standes der Versorgungsstruktur im nicht-akuten stationären Bereich der Krankenanstalten, im ambulanten Bereich, im Rehabilitationsbereich, sowie an den Nahtstellen zum Pflegebereich auf der Ebene von Versorgungsregionen und Versorgungszonen. Verbindliche Strukturqualitätskriterien stellen einen integrierenden Bestandteil der Planungsaussagen im Rahmen der Leistungsangebotsplanung dar (BGBl. I 2005).

Im ÖKAP/GGP 2003 sind im Rahmen der Definition der Leistungsbereiche die Strukturqualitätskriterien der onkologischen Versorgung und der Strahlentherapie festgelegt.

Es wurde ein dreistufiges Versorgungsmodell entwickelt, dessen Implementierung bis zum Jahre 2005 abgeschlossen sein sollte (gemäß Art.15a B-VG). Die Organisation des onkologischen Assessments mit der Bildung interdisziplinärer Teams ist dabei an die lokalen Bedürfnisse anzupassen. Es werden Qualitätskriterien für Personal, Infrastruktur und Leistungsangebot an den jeweiligen Versorgungsstufen definiert.

Stufe 1: Onkologisches Zentrum (ONKZ)

Spitzenversorgung mit Forschung und Ausbildung.

Versorgung komplexer Krankheitsbilder, die mit hohem diagnostischen und therapeutischen Aufwand verbunden sind.

12 Zentren, jedes mit strahlentherapeutischen Einrichtungen

Stufe 2: Onkologischer Schwerpunkt (ONKS)

Koordinationsstelle der onkologischen Versorgung einer definierten Region
Kooperation mit ONKZ und ONKF, niedergelassenen ÄrztInnen, ambulanten

Diensten

17 Krankenhäuser mit 4 Strahlentherapien

Stufe 3: Internistische Fachabteilung mit Onkologie (ONKF)

Interdisziplinäre Arbeitsgruppe für onkologische Patienten.

Kooperation mit ONKZ, ONKS muss institutionalisiert werden.

12 Krankenanstalten

Explizit wird festgehalten, dass die Versorgung von Krebskranken einer Kooperation verschiedener Berufsgruppen bedarf, der Betreuung u.a. von AllgemeinmedizinerInnen, psychosozialen Berufsgruppen und onkologisch geschulten Pflegekräften.

Die einzelnen Krankenanstalten sind nach Bundesländern im Adnex 4 aufgelistet.

Die räumliche Verteilung ist kartographisch im Anhang dargestellt (Adnex 5).

Für die **Strahlentherapie** (Radioonkologie) sind die Strukturqualitätskriterien betreffend Personal, Infrastruktur und Mindestfrequenz festgehalten (Adnex 6).

9. Status Quo der Mammachirurgie

Derzeit unterliegen chirurgische Eingriffe keinen Beschränkungen und werden an vielen chirurgischen und einigen gynäkologischen Abteilungen ohne direkte Integration in ein onkologisches Zentrum durchgeführt.

Häufig haben sich ChirurgInnen auf Operationen der Brust noch während ihrer Ausbildung in großen Kliniken spezialisiert, und führen diese auch nach ihrer Bestellung zum Primararzt eines kleinen Krankenhauses weiterhin durch. In diesen Fällen stellt sich meist weniger die Frage nach den geforderten Fallzahlen, als nach einem onkologischen Assessment, das bei malignen Erkrankungen der Brustdrüse ein sehr komplexes ist. Die Chemo- und Strahlentherapie können und sollen in diesen kleinen Krankenhäusern nicht durchgeführt werden, die Frauen müssen also an ein Zentrum in der Nähe überwiesen werden.

Damit ergeben sich mehrere Probleme: Einerseits entsteht eine Schnittstelle in der Versorgung (Arztbriefe, Operationsbericht, Röntgenbilder, etc.), andererseits vermeidbare Wege für die Patientin bei den Kontrollen, da diese ja auch zu einem Teil beim Chirurgen stattfinden sollten. Außerdem ist die Chemotherapie mit sehr hohen Kosten verbunden, die durch die LKF nur unzureichend abgedeckt werden. Derzeit betragen die Kosten für eine Brustkrebspatientin mit Chemotherapie, Beispiel Leukovorin + 5 FU, 12.545 Euro pro Tag. Die Chemotherapiekosten steigen rapide, da immer bessere, aber teurere chemotherapeutische Substanzen entwickelt werden und zum Einsatz kommen. Die onkologischen Zentren können und werden daher mit Recht sagen, dass sie die teure Therapie sowie hohen Personalkosten für eine interdisziplinäre Versorgung (Psychologe, Physiotherapie) finanzieren müssen, während die kleinen Spitäler in der Nähe eine großzügige Abgeltung der Operation mit niedriger Verweildauer bekommen.

Das ist ein gordischer Knoten, der nur mit gutem Willen und dem möglichen Verzicht auf (vermeintlich wohl-)erworbene Rechte im Hinblick auf eine qualitativ hochstehende und patientinnenorientierte Versorgung gelöst werden kann. Ein Lichtblick in diese

Richtung bietet das gerade ausgearbeitete und im Juli 2005 vorgestellte Bundesgesetzesblatt für die Republik Österreich, in dem die Gründung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) festgelegt wurde, das auch die Gründung einer Bundesgesundheitsagentur (Finanzierung aus einer Hand) beinhaltet. Dies wird als wichtige Voraussetzung für die Durchführung solcher ehrgeiziger Projekte betrachtet. Wörtlich heißt es im Artikel 6 Abs.1 des Gesetzes: „Zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist systematische Qualitätsarbeit im Interesse der Patientinnen und Patienten zu implementieren und zu intensivieren. Dazu ist ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem basierend auf den Prinzipien Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität, Effizienz und Kostendämpfung nachhaltig zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren“.

10. Disease Management: Ansatz in Deutschland

Unterschiede in Diagnostik und Therapie führen zu deutlichen Auswirkungen auf die Prognose dieser häufigsten Krebserkrankung der Frau. Der Verlauf ist in vielen Fällen chronisch und mit beträchtlichen psychosozialen Belastungen verbunden. In Deutschland versucht man den Herausforderungen mit einem DMP (Disease Management Programm) zu begegnen, mit dessen Umsetzung weder Kliniker noch die Patientinnenvertretungen (Mammazone.de 2004) zufrieden sind. Die Vorwürfe reichen von zu weitgehenden, mit Qualitätsverlusten assoziierten Kompromissen mit dem Status quo (z.B. die Zusammenfassung mehrerer kleiner Krankenhäuser zu einem Brustkrebszentrum), bis hin zur Unmöglichkeit, im Rahmen des DMP an Studien teilnehmen zu können.

In Tabelle 16 sind die grundlegenden Anforderungen nach EUSOMA bzw. EU an ein Zentrum den Richtlinien der deutschen Krebsgesellschaft gegenübergestellt.

	EUSOMA/Europäisches Parlament	Deutsche Krebsgesellschaft/ Deutsche Gesellschaft für Senologie
Interdisziplinäre Fallkonferenzen zur Festlegung der Therapie	100% der Brustkrebs-Fälle	1. Keine Mindestvorgabe für das erste Jahr 2. 20% nach dem ersten Jahr 3. 50% nach dem dritten Jahr
OP-Fallzahlen für Ersterkrankungen	150 pro Zentrum, 50 pro Operateur Keine dezentrale Leistungserbringung	150 pro Zentrum, 50 pro Operateur Dezentrale Leistungserbringung ist möglich
Spezialisierung der Operateure	Ausschließliche Konzentration auf Brust-Ops angestrebt	Ausschließliche Konzentration auf Brust-OPs nicht angestrebt

Tabelle 16: Unterschiede zwischen EU und den Anforderungen der deutschen Krebsgesellschaft

Laut Prof. Dr. Lauterbach, Institut für Gesundheitsökonomie in Köln und Entwickler solcher Programme, ist der medizinische Nutzen von DMPs unbestritten. Eine in ein solches Programm eingebundene Patientin kann im Durchschnitt eine bessere medizinische Behandlung erwarten als eine solche, die außerhalb dieser Programme in Deutschland behandelt wird. Der medizinische Nutzen allein erlaubt jedoch noch keine Aussage darüber, ob es aus gesellschaftlicher und aus Sicht der Krankenkassen auch ökonomisch sinnvoll ist, solche Programme einzuführen. Das Problem in Deutschland besteht darin, dass die Krankenkassen miteinander nach dem Prinzip des freien Marktes konkurrieren und niemand die teuren chronisch Kranken versichern möchte. Und obwohl der sogenannte Risikostrukturausgleich sich dieses Problems angenommen hat, könnte aus Sicht der Krankenkassen bei den DMPs eine negative Kosteneffizienz vorliegen. Das ist einer der Gründe warum DMPs bisher in Deutschland ungeachtet der intensiven weltweiten Diskussion nur geringe Beachtung gefunden haben. Darüber hinaus entsprechen die Qualitätsanforderungen der deutschen Krebsgesellschaft nicht den europäischen Anforderungen, was aus dem oben gegenübergestellten Qualitätsvergleich ersichtlich ist. Diese Programme wären zwar, unter Berücksichtigung des Beschlusses der Finanzierung aus einer Hand, für Österreich durchaus beachtenswert, ihre Implementierung wird aber als sehr aufwendig anzusehen, sowohl in der Logistik, als auch monetär. Das unten vorgestellte Konzept der Brustkrebszentren dagegen knüpft einerseits an die vorhandenen Ressourcen an und andererseits vermeidet es unnötige Schnittstellen.

11. Das Konzept der Brustzentren

Ein Brustzentrum könnte in jeder onkologischen Fachabteilung, jedem Schwerpunktkrankenhaus oder Zentrum mit Strahlentherapieeinheit etabliert werden. Zur Forderung nach bedarfsgerechter psychosozialer Unterstützung ist festzuhalten: Seit den Fallberichten von Simonton aus den Jahren 1974 bis 1978 wird eine Verbesserung der Überlebenszeit durch psychosoziale Interventionen postuliert (Simonton et al, 1981). Durch harte Evidenz ist dies nicht zu belegen (Chow et al, 2004), es gibt aber Hinweise auf eine Verbesserung der Lebensqualität (Gallert et al, 1993, Faller et al, 2003, Marlow et al, 2003, Scheier, et al 2005, Söllner et al, 2004). Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass Onkologen den Bedarf ihrer PatientInnen nach psychosozialer Unterstützung nur schlecht einschätzen können (Sollner at al, 2001), und es nicht klar ist, welche Form der Unterstützung, welche Intervention der einzelnen Patientin am meisten nützt. Hier besteht dringender Schulungs- und Evaluierungsbedarf, möglichst auf nationaler oder sogar regionaler Ebene.

Einige weiter unten angeführte Vorschläge resultieren zum Teil aus beruflicher Erfahrung, zum Teil aus der Literaturrecherche und zum Teil aus dem Erfahrungsaustausch durch die Korrespondenz und den persönlichen Gespräch der Autorin mit Jan Waller, einer der Directors of Nursing am Alfred Hospital in Melbourne, Australia: „As reflected in our motto, mission, values and objectives, at

The Alfred our goal of excellence in patient care is absolutely paramount and drives all that we do. Under the collaborative care philosophy, a multidisciplinary team, in collaboration, plans and delivers patient care with the patient and family, in an environment of trust, honesty and mutual respect. Collaboration between team members includes participation in multidisciplinary ward rounds and a problem solving approach to patient care, founded on effective communication and teamwork. This collaborative care approach facilitates the Hospital's discharge planning process, ensuring the earliest possible identification of patient discharge needs and appropriate referral to allied health and community supports."

Zu den oben angeführten europäischen Kriterien werden folgende, unbedingt als forderungswürdig erachtete Bestandteile eines Competence Centers für Brustkrankungen auf höchstem Niveau hinzugefügt:

- Behandlung unter Einhaltung der auf unser Land maßgeschneiderten Leitlinien, siehe Anhang: Leitlinien in der Behandlung von Brustkrebs, Adnex 3;
- Soziale Beratung soll in die Institution integriert werden (Arbeitsmarktsituation, Hilfe bei den bürokratischen Hürden, Partnerberatung, Möglichkeit der Hilfe bei der Aufklärung und nötigenfalls Hilfe bei der psychologischen Verarbeitung der Situation für die Kinder etc.);
- Physikalische Therapie, Frührehabilitation, Lymphödemprophylaxe und -therapie und gruppenspezifische Bewegungsangebote sollen ein selbstverständlicher Teil der umfassenden Versorgung werden;
- Kooperation mit der/dem betreuenden AllgemeinmedizinerIn, der/die die PatientIn mit allfälligen Nebendiagnosen (mit)betreut und in Akutfällen vor Ort ist;
- Beratung in Fragen Brustwiederaufbau/Korrektur;
- Es ist wünschenswert, eine organisierte, auf verschiedene Gruppen (je nach Tumorbiologie, Bildung, ev. Alter...) optimierte Selbsthilfe anzubieten;
- Ernährungsberatung in Fällen von Adipositas (Übergewicht), weil das leider keine seltene Begleiterscheinung beim Auftreten von Brustkrebs ist, zudem wird vielfach antihormonell behandelt, was eine Umstellung des Stoffwechsels bewirkt;
- Beratung in Sachen Komplementärmedizin und Nahrungsergänzungsmittel mit gleichzeitigem Angebot in diesem Zusammenhang;
- Dolmetscherdienste und Informationsbroschüren in mehreren Sprachen im Sinne eines anhaltenden „Informed Consent“;
- Rechtzeitige Unterstützung bei der Organisation ev. erforderlicher Hospizunterkunft im terminalen Stadium der Erkrankung, überlegenswert erscheint sogar die Implementierung eines mobilen Hospizdienstes als Alternative, um möglichst vielen Patientinnen bei fachgerechter Pflege das Sterben zu Hause zu ermöglichen;

- Dokumentation und Qualitätssicherung;
- Benchmarking mit anderen Zentren;
- Die Lehre soll integraler Bestandteil jedes Zentrums sein. Dieses Netzwerk integriert die universitären und nichtuniversitären medizinischen Einrichtungen und Pflegeschulen in Wien. Für Angehörige dieser Institutionen sollen Ausbildungs- sowie Forschungsmöglichkeiten geschaffen werden, die ein Wissen auf höchstem Niveau in diesem Bereich garantieren;
- Informative Vorträge für Patientinnen und niedergelassene Ärzte sollen in festgelegten Abständen und bei Bedarf (Neuigkeiten in der Forschung und Behandlung, neue Patientinnen...) stattfinden, mit der Zielsetzung des Empowerments der Patientinnen und eines lebenslangen Lernens für Ärzte;
- Bereitstellung der Bereichsliteratur und Informationsfolder über interessante Veranstaltungen;
- Grundlagenforschung und klinische Anwendung liegen in der Behandlung des Mammakarzinoms nahe beisammen. Fortschritte in der Therapie sind für einen Teil der besseren Überlebenschancen verantwortlich. Derzeit liegt eine große Herausforderung in der Suche nach prädiktiven Faktoren für das Ansprechen auf Chemotherapie. Damit würde ein gezielter Einsatz dieser kostenintensiven und mit vielen Nebenwirkungen belasteten Therapie möglich. Das ist aber nur ein Beispiel aus vielen ungeklärten Fragestellungen. In unserem Fall würde die Forschung im Rahmen von randomisierten, kontrollierten, lokalen, nationalen und internationalen medizinischen Studien - Controlled Randomized Trials (CRT) - auf höchstem Qualitätsniveau stattfinden. Dadurch profitieren zukünftige Generationen erkrankter Frauen einerseits, andererseits gibt es Hinweise, dass Patientinnen alleine von der Tatsache, an einer Studie teilzunehmen, profitieren (Abb. 6). Nicht zu vernachlässigen ist auch die dadurch entstehende Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie, die einen Teil der Kosten einer solchen Institution mittragen würde.

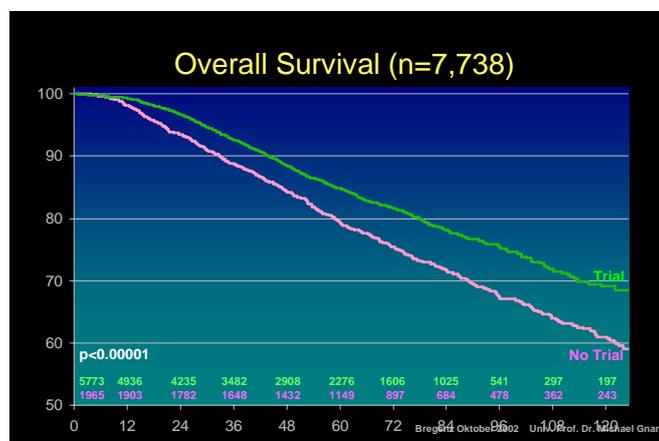


Abb. 6: Gesamtüberleben der Patienten, die an CRT teilgenommen haben, versus keine Teilnahme

Quelle: Berechnungen Prof. Dr. Gnant, Daten der Chirurgischen Universitätsklinik
AKH Wien

- **Und zuletzt:** Die ganze Betreuung wird durchgehend von speziell ausgebildeten, nach Möglichkeit mehrsprachigen Krankenschwestern/Pflegern, die in dem Fall als Case Managers fungieren, koordiniert. Im idealen Fall ist sie/er ein(e) onkologisch ausgebildete(r) diplomierte(r) DGKS / ein DGKP mit einem Diplom in Case Management, die die Patientin auf ihrem Weg durch Diagnose, Operation, Nachbehandlung, Rehabilitation, Kontrollen, usw. begleitet. Sie/Er gewährleistet einen niederschweligen Zugang für die Patientinnen und wird sich als ständige AnsprechpartnerIn für die Frauen um alle Belange innerhalb und außerhalb des Krankenhauses kümmern. Außerhalb der Ballungsräume sind dabei Kooperationen mit wohnortnahen Einrichtungen von besonderer Bedeutung (Hausarzt, Physiotherapie, Hauskrankenhilfe, usw.). Derzeit gibt es an einigen Abteilungen in Österreich sogenannte Study Nurses, die diese Arbeit jetzt schon, nur in einem anderen Rahmen, verrichten und die man einsetzen könnte, um Leitung und praktische Ausbildung der zukünftigen spezialisierten Pflegekräfte zu übernehmen (s. obige Angaben zur Lehre).

Das Konzept eines **Case Managers** erscheint am besten geeignet, um die PatientInnen umfassend zu betreuen und das Schnittstellenmanagement zu optimieren.

12. Überführung aus bestehenden Strukturen

Zur Sicherstellung einer umfassenden und bedarfsgerechten Versorgung von an Brustkrebs erkrankten Frauen in Österreich wird hier der Aus- bzw. Aufbau von Zentren nach den Kriterien der EU auf der Grundlage des aktuellen BGBl.I bzw. im Jahr 2010 zu erreichenden Status quo der onkologischen Versorgung laut ÖSG empfohlen. Ein Brustzentrum sollte in jeder onkologischen Fachabteilung, jedem Schwerpunktkrankenhaus oder Zentrum etabliert werden. Neben den Zentren in den Krankenanstalten mit Strahlentherapieeinheiten sollen auch kleinere Häuser Zentrumsfunktion mit Chirurgie und Chemotherapie weiterführen bzw. ausbauen.

Das Management der Patientinnen sollen oben genannte Case Managers übernehmen. Der Behandlungspfad und die psychosoziale Betreuung werden entsprechend den Leitlinien im interdisziplinären Team in Fallkonferenzen besprochen. Neben der Bildung der Zentren wird dem Aufbau wohnortnaher, qualitativ hochwertiger Betreuung in den unterstützenden Diensten wie Physiotherapie oder Allgemeinmedizin eine hohe Priorität einzuräumen sein. Die Kommunikation mit diesen PartnerInnen und ihre Fortbildung werden wesentlich zum Erfolg des Modells beitragen. Es wird dafür zu sorgen sein, dass österreichweit Strukturen zur palliativmedizinischen und Hospizversorgung vorhanden sind.

Das größte Problem bei der praktischen Umsetzung wird darin liegen, dass etliche Abteilungen und einige niedergelassene Operateure, die derzeit Brustkrebspatientinnen betreuen, diese Aufgabe werden abgeben müssen; zum Glück gibt es nicht so viele neue Fälle, dass alle bestehenden 67 Zentren den Qualitätskriterien gerecht werden können. Hier gilt es, mit Übergangsbestimmungen ein für die betroffenen

Häuser/ÄrztInnen und die PatientInnen, welchen die Änderungen in der Leistungserbringung erklärt werden müssen, akzeptables Vorgehen festzulegen. In Adnex 4 sind die onkologischen Einrichtungen aller drei Stufen laut ÖKAP den bestehenden Einrichtungen, in welchen Patientinnen mit Brustkrankungen behandelt werden, gegenübergestellt.

13. Evaluierung

Für die bundesweite Realisierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Krankenanstalten wurde bereits mit der Novellierung des Krankenanstaltengesetzes des Bundes Ende 1993 durch die Bestimmungen im § 5b ("Qualitätssicherung") der notwendige gesetzliche Rahmen festgelegt. Die Träger von Krankenanstalten wurden darin verpflichtet, die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. Diese Maßnahmen betreffen die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Durch die Auswahl und Definition von Qualitätskriterien werden überregionale Standards für die Ermittlung des Bedarfs an bestimmten Leistungen und für die entsprechende Ausstattung und versorgungsnotwendigen Leistungsstandorte vorgegeben. Diese verbindlichen Festlegungen sind Voraussetzung für die Realisierung der abgestuften Leistungserbringung in speziellen Organisationsformen und für die in diesem Zusammenhang vorgesehenen Pilotprojekte.

Strukturqualität:

Bereits bei der Planung eines solchen Competence Centers werden Kriterien für die Strukturqualität festgesetzt. Die Evaluierung erfolgt durch Überprüfung des Aufbaus und der Erfüllung der Strukturkriterien durch die einzelnen Einheiten. Genaue Messparameter werden gemeinsam mit interdisziplinären Planungskomitees festgesetzt, mit der Berücksichtigung der vorgegebenen Qualitätskriterien durch die EU z. B. Mindest-OP-Frequenz pro Zentrum und OperateurIn, Ausstattung, Fallzahlen, Mindestanzahl an Mammographiebefunden für Radiologen, etc.

Prozessqualität:

Die Information der Öffentlichkeit über die neue Versorgungsstruktur soll vor der Etablierung über die Medien erfolgen. Für die Kooperationspartner, die niedergelassenen ÄrztInnen, universitäre und nichtuniversitäre Ausbildungseinrichtungen werden Informations- und Fortbildungsveranstaltungen geplant. Eine Evaluation passt sich in dem Fall den einzelnen Maßnahmen an.

Die Einführung einer eigenen statistischen Datenbank (z.B. SAS oder SPSS), in der alle behandelten Patientinnen erfasst werden, wird als sehr sinnvoll erachtet. Einerseits ist das eine große Arbeitserleichterung, weil die Informationen über jede Patientin immer für alle im Zentrum Tätigen jederzeit verfügbar sind, andererseits stellt die Datenbank einen unerschöpflichen Schatz für die Forschung dar, der bei diversen neuen Fragestellungen retrospektiv konsultiert werden kann. Mit stichprobenartigen Überprüfungen derselben und dem Vergleich mit

Krankengeschichten ist eine einfache und genaue Evaluation der Behandlung möglich.

Die Therapie erfolgt entweder entsprechend der Leitlinien oder in kontrollierten Studien.

Einer der Indikatoren in der Qualitätsüberprüfung ist die Patientinnenzufriedenheit. Durch anonyme, strukturierte Fragebögen, die an die Patientinnen verteilt werden, wird die Zufriedenheit erfasst. Der Fragebogen umfasst Aspekte der medizinischen Therapie, der psychosozialen Betreuung und des Case Managements, sowie allgemeine persönliche Lebensstilfragen, um gleichzeitig neues Wissen zu generieren. Durch Fragebögen für Angehörige wird über die Arbeit der mobilen Hospize um Feedback gebeten, ihre Therapie- und Betreuungswünsche im terminalen Stadium der Erkrankung erfasst. Darüber hinaus ist vorgesehen, die heutige Flut an schriftlichen Informationsmaterial zusammenzufassen und übersichtlich und verständlich aufzubereiten.

Ergebnisqualität:

Die „harten“ Ergebnisqualitätsindikatoren im Fall von Competence Centern beschreiben im Wesentlichen die erreichte Senkung der Mortalitätsrate und Erhöhung des Zeitraumes des rezidivfreien Überlebens. Diese sind relativ einfach über Krebsregister, bzw. über die oben genannte interne statistische Patientinnendatenbank zu ermitteln. Zusätzlich könnte man auch „weichere“ Indikatoren definieren, die über Patientinnen- und Angehörigenfragebögen die Erhöhung der Lebensqualität der Betroffenen widerspiegeln.

14. Analyse der Stakeholder im Überblick

Um die relevanten Stakeholder, wie das Ministerium für Gesundheit und Frauen, die Ärztekammer, Patientenvertretungen, der Pflegedachverband, Krankenkassen, die Pharmaindustrie, Krankenhausträger und Sozialministerium, an einen Tisch zu bringen, bedarf es einer überzeugenden Analyse des Ist-Zustandes, Zukunftsperspektiven (siehe Ausblick und Schlussfolgerungen) und Soll-Szenarios. Eine umfassende Kostenanalyse soll mit Hilfe von Gesundheitsökonomern erstellt werden. Eine genaue Analyse des Konzeptes nach Narath (Checkliste für die Entscheidungen im Gesundheitswesen) soll die Konzeptersteller bei den Verhandlungen und der Präsentation möglichst umfassend auf die Fragen und Diskussionen vorbereiten (Narath, 2004).

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen wäre derzeit, so lange die Bundesgesundheitsagentur noch nicht implementiert ist, der erste Ansprechpartner. Falls es gelingen sollte, die Vorteile einer solchen Versorgungsstruktur gegenüber der derzeit bestehenden deutlich zu machen und Zustimmung zu erhalten, wäre das Sozialministerium der nächste Verbündete. Es ist davon auszugehen, dass dieses Projekt, sowie alle Projekte solcher Art, eine starke politische Lobby brauchen, weil sie viele bestehende Strukturen und Interessen verletzen. Als wertvoller Unterstützer bei diesem Vorhaben könnten sich diverse Krebshilfeorganisationen, wie die Vereine

„Flora - Wienerinnen gegen Brustkrebs“, oder Frauengesundheit „Wien Vital“ etc. erweisen. Erst wenn politische Unterstützung gesichert ist, kann es gelingen, obengenannte Stakeholder an einen Tisch zu bringen und im Interesse der Betroffenen einen Konsens zu erzielen.

Die Ärztekammer, als voraussichtlich stärkster Gegner, könnte das Eingreifen in die bestehenden klinischen Strukturen stark zurückweisen, dennoch könnte man namhafte Persönlichkeiten aus Ärztereihen für das Projekt gewinnen. Somit wäre die Standespolitikargumentation weder einheitlich, noch zeitgemäß.

Der Pflegedachverband wäre mit dem Argument der Aufwertung des Pflegeberufes durch enge Spezialisierung und durch ein gutes Ausbildungskonzept mit an Bord zu holen.

Die Zustimmung der Krankenkassen und Krankenhausträger wird maßgeblich von der ökonomischen Analyse der Experten abhängen. Da in der Anfangsphase mit einer Kostensteigerung durch die Errichtung der Zentren zu rechnen ist, müsste die ökonomische Analyse auf jeden Fall: 1. die Ist-Kosten Situation analysieren, 2. die Voraussagen über Kosten der Behandlung dieser Erkrankung bei Beibehaltung der bestehenden Strukturen in der Zukunft beinhalten, 3. die Voraussagen der Kostenentwicklung bei der Einführung der hier geforderter Maßnahmen demgegenüber stellen, und 4. einen umfassenden Überblick über monetäre und nicht-monetäre Anreize zusammenfassen, um eine qualitative und nicht nur quantitative Entscheidungsfindung zu ermöglichen.

Patientenvertretungen wären voraussichtlich durch das Qualitätskonzept zu überzeugen und die Pharmaindustrie durch viel leichter mögliche und billigere, da zentrierte Forschung.

15. Ausblick und Schlussfolgerungen

Innerhalb der nächsten Jahrzehnte wird es zu einer deutlichen Zunahme der Anzahl älterer Menschen kommen. Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen wird die Mehrzahl der älteren Menschen weiblich sein (Feminisierung des Alters) (Statistik Austria). Verbunden mit der steigenden Anzahl älterer Menschen werden bestimmte altersbedingte Krankheiten - wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes, Krebs, etc. - in der medizinischen Behandlung in den Vordergrund treten. Insgesamt wird die absehbare demographische Entwicklung tiefgreifende Auswirkungen auf das Gesundheits- und das Sozialsystem haben und diese vor neue Anforderungen stellen. Für Wien ist eine stetige leichte Bevölkerungszunahme zu erwarten, wobei vor allem der Anteil der über 60-jährigen stark steigen und der Anteil der 30- bis 40-jährigen deutlich sinken wird (Stadt Wien, Bericht B1/2003).

Mit der Steigung der Lebenserwartung gewinnt vor allem die Frage an Bedeutung, ob mit dem Gewinn an Lebensjahren auch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes einhergeht, oder ob lediglich der Zeitpunkt des Todes durch bessere Behandlungsmöglichkeiten bei chronisch kranken und älteren Menschen

„hinausgeschoben“ wird. Die Wissenschaft ist sich bisher darüber nicht einig (Verbrugge, 1984). Der These der „Expansion der Morbidität“ nach führe die Entwicklung des modernen Medizinsystems dazu, dass die Menschen länger als heute mit chronischen Krankheiten und deren Folgen leben werden. Die Frage nach der Qualität der gewonnenen Jahre rückt damit immer mehr in den Vordergrund. Allgemein wird sich der Strukturwandel der Versorgungsaufgaben bei der Begegnung mit Krankheiten forciert fortsetzen. Angesichts der sich ändernden Anforderungen an die Gesundheitssysteme scheint es erforderlich, neue Konzepte im Sinne eines Public Health Ansatzes zu entwickeln. Ferner wird eine neue Orientierung von Versorgungszielen und Versorgungsschwerpunkten im Hinblick auf die Bedürfnisse und Wünsche einer demographisch gealterten und durch die rasante Medienentwicklung gut informierten Bevölkerung vordringlich.

Eine sozial ausgeglichene Gesellschaft, Bildung, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation können entscheidend dazu beitragen, Krankheiten zu verhindern bzw. zusammen mit verbesserten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten ihr Fortschreiten aufzuhalten oder zumindest aufzuschieben, sodass chronische Erkrankungen, wie Brustkrebs, erst zu einem relativ spätem Zeitpunkt ein Stadium erreichen, in dem sie zu gravierenden funktionellen Beeinträchtigungen und schließlich zum Tod führen.

In Anbetracht der weltweit steigenden Gesundheitskosten, so auch in Österreich, ist es unbedingt erforderlich, neue Wege zu gehen, Kosten-Nutzen-Analysen durchzuführen und Prozesse im Gesundheitswesen zu optimieren - und zwar nicht Teilprozesse, weil dies nicht unbedingt zur Optimierung des ganzen Systems beiträgt. Es gilt vielmehr, die wichtigen Entscheidungen auf die Makroebene zu verlagern, um bestmögliche Entscheidungsfindung für alle Beteiligten, frei von Gruppeninteressen, zu ermöglichen. Dadurch soll sichergestellt sein, dass wir die hohen Standards unseres Gesundheitssystems auch in Zukunft erhalten können.

DANKSAGUNG

Für Hilfestellungen im Prozess der Erstellung der vorliegenden Master's Thesis möchte ich folgenden Personen danken:

Irene Agstner für die Begleitung bei der Erstellung des Fragebogens und die Hilfestellung bei der statistischen Auswertung

Michaela Urak für ihre Freundschaft und Hilfestellung in allen Lagen, v.a. und in Sachen deutscher Sprache

Mag. Karl Thomanek für die wissenschaftliche Betreuung der Arbeit

Prof. Dr. Raimund Jakesz für seinen Glauben an mich, seine Unterstützung beim Lernen und seine Erlaubnis Fragen zu stellen

Prof. Dr. Michael Gnant für die Begutachtung und Literaturtipps

Prof. Dr. Martina Mittlböck für wertvolle statistische Ratschläge

Dr. Karin Eglau & Dr. Astrid Knopp für Gedankenaustausch und rege Diskussionen

Natürlich bin ich dem gesamten Team der Brustambulanz am AKH Wien, allen voran Fr. Prof. Susanne Taucher, allen Ärzten, Schwestern und Pflegern, die mich bei der Fragebogensammlung unterstützt haben, und schließlich dem Public Health Lehrgang für Meinungsbildung und Horizonterweiterung zu Dank verpflichtet.

Schließlich möchte ich einen ganz speziellen Dank an meine Kinder, **David und Robin**, derzeit 15 und 10 Jahre alt, richten, die mich während der letzten 3 Jahre unerschütterlich begleitet haben und oftmals auf mich verzichten mussten. Ohne ihre Liebe und Selbstständigkeit wäre dies nicht möglich gewesen.

Literatur

ABCSG: Konsens-Empfehlung der ABCSG: Endokrine Adjuvanstherapie des Mammakarzinoms, Newsletter 05/2005, Sonderausgabe.

Ashing at al.: Understanding the Breast Cancer Experience of Asian American Women, *Psycho-Oncology* 12: 38-58.

Avis, N.E. at al.: Quality of Life Among Younger Women With Breast Cancer, *Journal of Clinical Oncology* 23: 3322-30.

Bardwell at al.: Health-Related Quality of Life in Women Previously Treated for Early-Stage Breast cancer, *Psycho-Oncology* 13:595-604.

Bartsch, H.H., Bengel, J.: *Salutogenese in der Onkologie*, Basel, Karger. 1997.

BMGF: Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2003, Wien 2004, Hausdruckerei des BMGF, 1030 Wien, Radetzkystr. 2.

BMSG: Das Gesundheitswesen in Österreich, Wien 2001, Hausdruckerei des BMGF, 1030 Wien, Radetzkystr. 2.

Brady, M.J. at al.: reliability and Validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Quality-of-Life Instrument, *Journal of Clinical Oncology* 3: 974-986 (1997).

Bundesgesetzesblatt für die Republik Österreich von 12.Juli 2005- Nr.73.

Chow E et al, Does psychosocial intervention improve survival in cancer? A meta-analysis. *Palliat Med* 2004; 18:25-31.

Claes, E. at al.: Communication With Close and Distant Relatives in the Context of Genetic Testing for Hereditary Breast and Ovarien Cancer in Cancer Patient, *American Journal of Medical Genetics* 116A: 11-19 (2003).

Coristine, M. at al.: Ceregiving for Women with Advanced Breast Cancer, *Psycho-Oncology* 12: 709-719 (2003).

Edwards A.G.K. at al.: Psychological Interventions for Women with Metastatic Breast Cancer (Cochrane Review), *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004.

Fallowfield at al.: Quality of Life of Postmenopausal Women in the Arimidex, Tamoxifen, Alone or in Combination (ATAC) Adjuvant Breast Cancer Trial, *Journal of Clinical Oncology* 22:4261-4271.

Fallowfield, Lesley J.: Evolution of Breast cancer Treatments: Current Options and Quality-of-Life Considerations, *European Journal of Oncology Nursing* 85: 575-582.

Fitch, M.I. at al.: Travelling for Radiation Cancer Treatment: Patient Perspectives, *Psycho-Oncology* 12: 664-674 (2003).

Fletcher SW et al, Mammographic screening for breast cancer. NEJM 2003; 348:1672-80.

Gnant, M: Klinische Studien: Versuchskaninchen oder Vorteil für den Patienten, Bregenz 06.10.2002.

Global Summit on Mammographic Screening: Statement from the Chair.

www.ieo.it/inglese/didattica/state_1.htm, aufgerufen am 10.7.2004.

Gellert GA et al, Survival of breast cancer patients receiving adjunctive psychosocial support therapy: a 10-year follow-up study. J Clin Oncol 1993; 11:66-9.

Goldhirsch, A et al: Meeting Highlights: Update International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer, Journal of Clinical Oncology, Vol 21, No17 (September 1), 2003.

Gotzsche PC et al, Is screening for breast cancer with mammography justifiable? Lancet 2000; 355: 129-34.

Grassi et al.: Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research and Psychosocial Variables in Breast Cancer Patients, Psychosomatics 2004; 45: 483-491. © 2004 The Academy of Psychosomatic Medicine.

Guidry, J. et al.: Barriers to Breast Cancer Control for African-American Women, The Independence of Culture and Psychosocial Issues, presented at the Summit Meeting on Breast Cancer Among African American Women, Washington, DC, September 8-10, 2000, © American Cancer Society.

Hoffrage, U.: Irren ist wahrscheinlich; Einblick, Zeitschrift des deutschen Krebsforschungszentrums 1/1999.

Hofmarcher, M.M., Health Care Systems in Transition, 2000.

HTA- Newsletter, Institut für Technikfolgenabschätzung, Österreichische Akademie der Wissenschaften, Februar 2004, Nr. 24.

Illich, I.: Nemesis der Medizin, Hamburg 1977, 309-311.

Jakesz, R.: Komplementärmedizin in der Onkologie, Ringvorlesung in Wien von 27.11.2002.

Jakesz, R.: Standards in der Mamma-Ca-Therapie, Wiener klinische Wochenschrift, Magazin 10-11a/2002.

Jänicke, F.: Adjuvante Therapie der jungen Mammakarzinom-Patientin, Gyn Spectrum, 1/2004, (3-6).

Jatoi I et al, Why is breast-cancer mortality declining? Lancet Oncol. 2003; 4:251-4.

Jones, K. Europaabgeordnete bei der Tagung der Brustspezialisten der Frauenklinik in Wien, am 12.09.2003.

Jorgensen KJ et al, Presentation on websites of possible benefits and harms from screening for breast cancer: cross sectional study. BMJ 2004; 328 (7432):148

Kappauf, H.W., Gallmeier, W.M.: Onkologische Alternativmedizin, Psychosomatische Aspekte bei der Inanspruchnahme. Münchener Medizinische Wochenzeitschrift 1989, 130:618-622.

Köck, Ebner & Partner: Wiener Brustkrebs-Früherkennungsprogramm, Ergebnisse aus dem Bereich Radiologie, Präsentation von 27.03.2001 in AKH Wien, Dr. H. Ebner.

Kommission der europäischen Gemeinschaften: Empfehlung des Rates zur Krebsvorsorge, Brüssel den 05.05.2003.

Kooiker, S.: Die Rolle von Surveys als Instrument der Gesundheitsberichterstattung – das Beispiel der Niederlande, in Streich, W., Wolters, P., Brand, H. (Hg.): Berichterstattung im Gesundheitswesen, Weinheim und Muenchen 1998, S. 127-140.

Lauterbach, K.: Gutachten: Disease Management in Deutschland: Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation.

Lebenserwartung und Mortalität in Wien, Bericht B1/2003, Stadt Wien.

Leon, D., ben-Shlomo, Y.: Preadult Influences on cardiovascular disease and cancer, Kuh & Ben-Shlomo Hrsg., 1997:45-77.

Lund-Nielsen at al.: Malignant Wounds in Women with Breast Cancer: Feminine and sexual Perspectives, Journal of Clinical Nursing 14: 56-64.

Maly at al.: Health Care Disparities in Older Patients with Breast Carcinoma, © 2003 American Cancer Society.

Marlow, B. at al.: An Interactive Process Model of Psychosozial Support Needs for Women Living With Breast Cancer, Psycho-Oncology 12: 319-330 (2003).

Metcalfe, K.A. at al.: Predictors of Quality of Life In Women with a Bilateral Prophylactic Mastectomy, The Breast Journal 1: 65-69 (2005), © Blackwell Publishing, Inc.

Mustian, K.M. at al.: Tai Chi Chuan, health-related quality of life and self-esteem: A randomized trial with breast cancer survivors, Support Care Cancer 12: 871-876 (2004).

Narath, M.: Chekliste für Entscheidungen im Gesundheitswesen, ÖKZ 45. Jg.(2004), 1: 2.

Noak, R.H.: Salutogenese: Ein neues Paradigma in der Medizin?, Basel, Karger, 1997: 88-105.

Noak, R.H.: Editorial. Gesundheit und Sozialstatus, in Wiener Klinische Wochenschrift Heft 110 (1998), S. 383-387.

Nystedt, M. at al.: Side Effects of Adjuvant Endocrine Treatment in Premenopausal Breast Cancer Patients: A Prospective Randomized Study, Journal of Clinical Oncology, Vol 21, No 9: 1836-1844, (2003).

ÖBIG: Mammographie-screening, im Auftrsg des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, Wien Dezember 2000.

Olsen O et al, Cochrane Review on screening for breast cancer with mammography. Lancet 2001; 358: 1340-2.

Osborne, R.H. at al: Immune function and adjustment style: do they predict survival in breast cancer?, Psycho-Oncology 13: 199-210 (2004).

Pelikan, J. M., Wolff, S.(Hrsg.): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus.

Preventive Services Task Force: Screening for breast cancer: recommendations and rationale. Ann Intern Med 2002; 137:344-6.

Rasky, E.& Freidl, W.: Gesundheitsberichterstattung in Oesterreich, Druck OOGKK mit Fonds Gesundes Oesterreich, 2001.

Redman, S. at al.: Improving Supportive Care for Women With Breast Cancer in Australia: the Challenge of Modifying health Systems, Psycho-Oncology 12: 521-531 (2003).

Said, H.: Mammographie-Screening Chance oder Risiko, Universitätslehrgang Public Health, Graz, 2003.

Scheier, M.F. et al: Interventions to Enhance Physical and Psychological Functioning Among Younger Women Who Are Ending Nonhormonal Adjuvant Treatment for Early-Stage Breast Cancer, Journal of Clinical Oncology 2005, Volume 23, Nr. 19: 4298-4311.

Schultz at al.: Breast Cancer: Relationship between menopausal Symptoms, Physiologic Health Effects of Cancer Treatment and Physical Constraints on Quality of Life in Long-term Survivors, Journal of Clinical Nursing 14: 204-11.

Schwartz F.W. et al (Hrsg.) Das Public Health Buch, Urban und Fischer, München/Jena 2003, Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik, S. 230.

Schipperges, H.: Der Arzt von morgen. Berlin, Severin & Siegler, 1992.

Shannon, C., Smith, I.E.: Breast cancer in adolescents and young women, *European Journal of Cancer* 39: 2632-2642 (2003).

Simonton OC et al, Cancer and stress: counselling the cancer patient. *MedJAust* 1981;1:679, 682-3.

Smart, CR et al.: Twenty-year follow-up of the breast cancers diagnosed during the Breast Cancer Detection Project. *CA Cancer J Clin* 1997; 47: 134-149.

Smedslund, G. & Ringdal, G.I.: Meta-analysis of the Effects of Psychosocial interventions on Survival Time in Cancer Patients, *Journal of Psychosomatic Research* 57: 123-131.

Soellner, W. et al.: Providing Psychosocial Support for Breast Cancer Patients Based on Screening for Distress Within a Consultation-Liaison Service, *Psycho-Oncology* 13: 893-897 (2004).

Soler-Villa, H., Kasl, S.V., Jones, B.A., Department of Epidemiology and Public Health, Yale : Prognostic Significance of Psychosocial Factors in African-American and White Breast Cancer Patients, *Cancer* 6: 1299-1308.

Statistik Austria: Bevölkerung im Jahresschnitt 2000-2050, mittlere Variante.

Temoshok, L.R.: Rethinking Research on Psychosocial Interventions in Biopsychosocial Oncology: an Essay written in Honor of the scholarly Contributions of Bernhard H. Fox, *Psycho-Oncology* 13: 460-467, 2004.

Verbrugge, L.M. (1984), Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middleaged and Older Persons, in: *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 3:475-519.

Vereinbarung gemäß § 140 b SGB V über ein strukturiertes, sektorenübergreifendes Behandlungsprogramm; DMP-Brustkrebs, Stand 25.09.2003

Von Minckwitz, G.: Neue Empfehlungen zur Therapie primärer Mammacarcinome, St. Gallen 2003, private zu Verfügung gestellte Zusammenfassung des St. Gallen Kongresses, soll im Spätsommer in *Journal of Oncology* publiziert werden.

Vutuc C et al, Survival of women with breast cancer in Austria by age, stage and period of diagnosis. *Wien Klin Wochenschrift* 2002; 114/12:438-442.

Wilkinson, R.G.: *Kranke Gesellschaften*, Wien New York, Springer 2001.

Wissenschaftszentrum Bonn, Planungskommission, Koordinator: Schulz, K.-D. : Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland, Manual II zur Stufe-3-Leitlinien Konsensuskonferenz 28.Februar und 01. März 2002.

Zimmerli, W.: *Gesundheit als offenes System, Salutogenese in der Onkologie*, Basel, Karger, 1997: 5-19.

<http://www.eusoma.org/Index.aspx>, aufgerufen am 10.07.2004.

<http://www.senologiezentrum.de/index.php?id=2244> am 01.05.2004.

<http://www.brustsichrediagnostik.de/dmp.htm> am 01.05.2004.

http://idw-online.de/public/zeige_pm.html?pmid=78642 am 01.05.2004.

<http://www.krebs-kompass.de/frameleft.shtml> am 01.05.2004.

<http://ebreastctr.de/de/Konzept.html> am 01.05.2004.

http://www.mamm.com/late_breacking_news/ am 01.05.2004.

http://www.europadonna.de/0_edonna/3_info/1_front.htm am 01.05.2004.

<http://www.bruskrebs-web.de/comunity/desease/index.php> am 31.04.2004.

http://www.tk-online/centaurus/generator/tk-online.de/m02_landesvertretungen/
01.05.2004.

<http://www.med-uni-muenchen.de/tzm/homepage.html> am 01.05.2004.

<http://www.mammazone.de/pdf/dmp.pdf> am 20.6.2004

Adnex 1

Sehr geehrte Patientin!

In der Weiterentwicklung der Medizin und der Erarbeitung optimaler Therapien ist es von großer Wichtigkeit, die Zufriedenheit der Patientinnen miteinzubeziehen. Diesem Aspekt fällt gerade bei Krebserkrankungen ein besonderer Stellenwert zu.

Wir möchten Sie ersuchen, den beigelegten Fragebogen zu beantworten.

Wir hoffen mit Ihrer Hilfe, Antworten auf Fragen zu bekommen, die es uns ermöglichen werden, den Therapieablauf noch optimaler mit den Bedürfnissen der Patientinnen abstimmen zu können.

Den ausgefüllten Bogen können Sie an uns zurückzusenden (Adresse: AKH Wien , Währinger Gürtel 18-20, Chirurgische Ambulanz 7C, zu Händen Sr. Natalie Frank, 1090 Wien), oder in die dafür vorgesehene Box in der Blutabnahme (Raum Gelb E) einwerfen.

Alle Angaben bleiben selbstverständlich anonym und sind an das Ärztegeheimnis gebunden.

Ihr stets um Sie bemühtes Team der Mamma-Ambulanz

3. PAT. NR.: _____

DATUM:

1) SIND SIE MIT DEM KOSMETISCHEN ERGEBNIS ZUFRIEDEN?

Ja 1-----2-----3-----4-----5 nein

2) Haben Sie sich das kosmetische Resultat besser vorgestellt?

Ja 1-----2-----3-----4-----5 nein

3) Ist Ihnen das kosmetische Resultat egal?

Ja 1-----2-----3-----4-----5 nein

4) Was stört Sie?

- Narbe:

- kaum sichtbar
- deutlich
- störend

- Konturenunregelmäßigkeit:
(Narbe nicht glatt, Dellen, Wölbungen...)

- kaum sichtbar
- deutlich
- störend

- Asymmetrie:

- kaum sichtbar
- deutlich
- störend

- Beeinträchtigung der Berührungsempfindlichkeit:
 - keine
 - mäßig
 - beträchtlich

- Schwellung des Armes:
 - keine
 - mäßig
 - beträchtlich

- Schmerzen:
 - keine
 - mäßig
 - beträchtlich

5) Falls Sie einen Partner haben (hatten): Hat die Operation in Ihrer Beziehung zum Partner etwas verändert?

- nein
- ja ◦ zum positiven ◦ zum negativen

wenn ja bitte kurz beschreiben:

6) Würden Sie, um ein besseres kosmetisches Ergebnis zu erzielen, eine weitere Operation auf sich nehmen, bzw. haben sie schon eine Brustkorrektur durchführen lassen?

- nein
- ja

Geburtsdatum: _____

Pat. Nr. _____

OP-Datum: _____

Datum: _____

- Bildung:
- Hauptschule
 - Berufsbildende Schule
 - AHS
 - BHS
 - Universität

- Verhütung:
- ja ◦ nein
 - Pille
 - Spirale
 - Kondom
 - _____

- Hormone:
- ja ◦ nein
 - von _____ bis _____

- Kinder:
- ja ◦ nein
 - _____ Tochter Geb. Jahr(e): _____
 - _____ Sohn Geb. Jahr(e): _____

- Therapie:
- Chemotherapie
 - vor der Operation _____ Monate/Jahre
 - nach der Operation _____ Monate/Jahre
 - Strahlentherapie:
 - nur Brust
 - Brust und Achselhöhle
 - Antihormontherapie:
 - Nolvadex _____ Monate/Jahre
 - Arimidex _____ Monate/Jahre
 - Zoladex _____ Monate/Jahre
 - _____ Monate/Jahre

- Länge des Krankenstandes nach der Operation:
- < 6 Monate
 - > 6 Monate
 - > 12 Monate

Haben Sie etwas aus dem komplementärem Bereich der Medizin gemacht?:

- Ja
- Nein
- Misteltherapie
- Tai Chi
- Chi Gong
- autogenes Training, Meditation
- Selbsthilfegruppen
- Psychotherapie
- Nahrungsergänzungsmittel
- „Pflanzenöstrogene“
- _____
- _____

3.1.

3.2. VERHALTENSWEISEN - LEBENSGEWONHEITEN

VOR OP

NACH OP

Vorsorge:

- | | | |
|------------------------|------------------------|------------------------|
| ◦ Mammographie | ◦ regelmäßig (1x Jahr) | ◦ regelmäßig (1x Jahr) |
| ◦ sporadisch | ◦ sporadisch | ◦ sporadisch |
| ◦ nie | ◦ nie | ◦ nie |
| ◦ Selbstuntersuchung | | |
| ◦ regelmäßig | ◦ regelmäßig | ◦ regelmäßig |
| ◦ ab und zu | ◦ ab und zu | ◦ ab und zu |
| ◦ nein | ◦ nein | ◦ nein |
| ◦ Gynäkologie | | |
| ◦ regelmäßig (1x Jahr) | ◦ regelmäßig (1x Jahr) | ◦ regelmäßig (1x Jahr) |
| ◦ sporadisch | ◦ sporadisch | ◦ sporadisch |
| ◦ nie | ◦ nie | ◦ nie |
| ◦ Praktischer Arzt | | |
| ◦ regelmäßig (1x Jahr) | ◦ regelmäßig (1x Jahr) | ◦ regelmäßig (1x Jahr) |
| ◦ sporadisch | ◦ sporadisch | ◦ sporadisch |
| ◦ nie | ◦ nie | ◦ nie |

VOR OP

NACH OP

Berufstätig:

- ja ◦ nein
- als _____
- Vollzeit ◦ Teilzeit

- ja ◦ nein
- als _____
- Vollzeit ◦ Teilzeit

- Dauer der Beschäftigung bei dem letzten Arbeitgeber : _____
- ev. Kündigung: ◦ selbst
- durch den Arbeitgeber
- einvernehmlich

Wohnsituation:

- alleine
- mit Erwachsenen
- mit Kind(ern)
- mit Kind(ern) und Erwachsenen

- alleine
- mit Erwachsenen
- mit Kind(ern)
- mit Kind(ern) und Erw.

Nettoeinkommen:

- Unter 1000€/Mo
- Zwischen 1001 u. 2000€/Mo
- Über 2001€/Mo

- Unter 1000€/Mo
- Zwischen 1001 u. 2000€/Mo
- Über 2001 €/Mo

Rauchen:

- ja ◦ nein
- _____ Zigaretten

- ja ◦ nein
- _____ Zigaretten

Alkoholkonsum:

- ja, regelmäßig(1x/Tag)
- ja, sporadisch
- nein

- ja, regelmäßig(1x/Tag)
- ja, sporadisch
- nein

Essensgewohnheiten:
Gemüse

- Mischkost, eher Gemüse
- Mischkost, eher Fleisch
- Vegetarisch
- _____

- Mischkost, eher
- Mischkost, eher Fleisch
- Vegetarisch
- _____

Familienstand:

- Ledig
- Lebensgemeinschaft
- Verheiratet
- Geschieden
- Verwitwet

- Ledig
- Lebensgemeinschaft
- Verheiratet
- Geschieden
- Verwitwet

VOR OP

NACH OP

Hobbys:

- Sport
- Lesen
- Musik
- Theater, Kino
- Wandern
- _____
- keine

- Sport
- Lesen
- Musik
- Theater, Kino
- Wandern
- _____
- keine

Stressfaktor:

- täglich Stress
- öfter Stress
- selten Stress
- nie Stress

- täglich Stress
- öfter Stress
- selten Stress
- nie Stress

Sozialleben:

- eher einsam
- viele Bekannte in der Arbeit,
privat weniger
- einige gute Freunde,
fühle mich geborgen
- wenig Zeit für Kontakte

- eher einsam
- viele Bekannte in der Arbeit,
privat weniger
- einige gute Freunde,
fühle mich geborgen
- wenig Zeit für Kontakte

Zufriedenheit*:

- sehr zufrieden
- halbwegs zufrieden
- eher unzufrieden
- unzufrieden

- sehr zufrieden
- halbwegs zufrieden
- eher unzufrieden
- unzufrieden

*Die Frage ist nur auf Ihr persönliches Empfinden bezogen, so wie es tatsächlich ist und nicht darauf wie es ev. sein sollte, weil sie z. B. „eh' alles haben“, oder weil „andere Menschen glücklich wären, wenn sie mit Ihnen tauschen könnten“ u.s.w

Vielen Dank für Ihre Hilfe

Adnex 2

Klinische Untersuchung

Pat.Nr.: _____

Narbe:

- kaum sichtbar
- deutlich
- störend

Konturunregelmäßigkeit:

- kaum sichtbar
- deutlich
- störend

Asymmetrie:

- kaum sichtbar
- deutlich
- störend

Beeinträchtigung der
Berührungsempfindlichkeit:

- keine
- mäßig
- beträchtlich

Lymphödem:

- keine
- mäßig
- beträchtlich

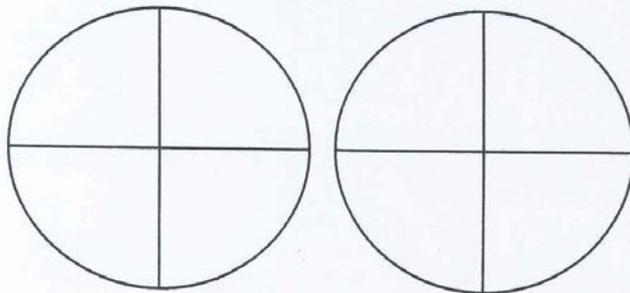
Spontanschmerzen:

- keine
- manchmal
- oft

Narbenlänge: _____ cm

Narbenlänge axillär: _____ cm

Datum: _____



Adnex 3

Leitlinien in der Behandlung von Brustkrebs

Zirka 3000 Teilnehmer aus der ganzen Welt nahmen in St. Gallen/Schweiz an der 8. Konferenz zur primären Therapie des Mammakarzinoms teil. Die Experten kommen zusammen, um den heutigen Wissensstand zur Therapie primärer Mammakarzinome zu diskutieren und sich auf gemeinsame Therapieempfehlungen zu einigen. Dabei werden nicht nur die aktuellen Studienergebnisse, sondern auch praktische und ökonomische Gegebenheiten berücksichtigt. Da ab 2003 auch die operative- und die Radiotherapie berücksichtigt werden, wurde der Name der Konferenz von „Adjuvant Therapy of Primary Breast Cancer“ in „Primary Therapy of Early Breast Cancer“ geändert. In folgenden Empfehlungen wurde der Konsensus St. Gallen 2003 als Leitlinie genommen. Der Konsensus vom Kongress, dass 2005 stattfand, wird erst im November publiziert. Es ist selbstverständlich, dass folgende Empfehlungen regelmäßig aktualisiert und den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst werden.

DEFINITION DES BRUSTKREBSSES

In Anlehnung an den ICD-10 handelt es sich beim Brustkrebs um eine von der Brustdrüse ausgehende bösartige Neubildung.

MAßNAHMEN VOR EINLEITUNG DER PRIMÄRTHERAPIE

Vor Einleitung der Primärtherapie müssen folgende Untersuchungen abgeschlossen sein:

- Die Diagnosestellung durch: klinische Untersuchung, Mammographie in zwei Ebenen und Sonographie der Brustdrüse; bei nicht eindeutigen Befunden, eine second opinion und/oder ev. MR- Mammographie;
- Wenn keine Kontraindikationen (z.B. Antikoagulanteneinnahme), Gewebeentnahme durch Biopsie;
- Eine praeoperative Suche nach Fernmetastasen bei ev. Einleitung der neoadjuvanten (präoperativen) Chemo- oder Antihormontherapie (je nach Hormonrezeptorstatus und Alter der Patientin zu entscheiden) inkludiert Blutbefund mit CEA und CA 15-3, Abdomen und Thorax CT, GKKS, Herz-Echo, gynekologische Untersuchung
- Peri- oder unmittelbar postoperative Suche nach Fernmetastasen wie oben, bei nicht erfolgter präoperativer Suche

Hierfür sind grundsätzlich alle erhobenen diagnostischen Vorbefunde zu nutzen.

THERAPIE

Grundsätze der Therapie

Vor Beginn der definitiven Therapie muss mit der Patientin ausführlich über ihre Erkrankung und die Therapieoptionen gesprochen werden. Die Entscheidungsfindung sollte für jeden Behandlungsschritt in Diskussion mit der aufgeklärten Patientin erfolgen. Die Voraussetzung hierfür ist eine auf die Patientin abgestimmte, neutrale Informationsvermittlung und ein adäquates Eingehen auf ihre emotionale Befindlichkeit, somit also eine patientenzentrierte Vorgehensweise.

Die Therapie muss nach individueller Risikoabschätzung unter Berücksichtigung der relevanten Begleitumstände und der Lebensqualität erfolgen (z. B. Alter, Begleiterkrankungen, psychosoziale Umstände).

Alle Patientinnen sollen insbesondere über die brusterhaltende Therapie und die modifizierte radikale Mastektomie mit und ohne Sofortrekonstruktion aufgeklärt werden. Ihnen ist eine angemessene Zeit für die Entscheidungsfindung einzuräumen.

Die Behandlung brustkrebserkrankter Frauen setzt eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation voraus.

Im gesamten Versorgungsprozess sind Maßnahmen der psychosozialen Betreuung zu berücksichtigen. Die psychosoziale Betreuung ist an die individuelle Situation (Krankheitsphase, Therapieverfahren etc.) anzupassen. Hierfür ist im Rahmen von Brustkrebszentren ein strukturiertes Unterstützungs- und Beratungsangebot vorzusehen.

Die psychosoziale Betreuung erfordert kommunikative Kompetenzen und eine erhöhte diagnostische Aufmerksamkeit gegenüber psychischen Konflikten und Belastungssituationen bei den Patientinnen und deren Angehörigen. Es ist zu prüfen, ob die Patientin einer weitergehenden Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer bedarf.

Integraler Bestandteil der Therapie ist die rechtzeitige Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (Perücken etc.) sowie die Einleitung von rehabilitationsspezifischen Maßnahmen (Physiotherapie, ggf. Lymphdrainage; sozialmedizinische Maßnahmen).

Stadienabhängige therapeutische Strategien

Alle Frauen mit lokal begrenzten Tumoren ohne Fernmetastasen sollten primär der operativen Therapie zugeführt werden. Bei primär nicht brusterhaltend operablen Tumoren (Tumor zu groß oder Brust zu klein) ist mit der Patientin eine mögliche Verkleinerung des Tumors durch neoadjuvante Chemo- oder Antihormontherapie zu besprechen, um ihr dadurch die Möglichkeit einer brusterhaltenden Operation anbieten zu können. Patientinnen mit einem T4-Tumor oder inflammatorischen Mamma-Karzinom sind im allgemeinen primär nicht operabel und sollten zunächst eine systemische Therapie erhalten.

Operative Therapie des Mammakarzinoms

Bei Tumoren, die ausreichend im Gesunden (je nach Grading 0,5 bis 1.0 cm) operiert werden können, erzielt die brusterhaltende Therapie eine identische Rezidiv- und Überlebensraten wie die radikale Brustentfernung. Alle Patientinnen, bei denen eine brusterhaltende Therapie in Frage kommt, müssen über diese Möglichkeit informiert werden. Nach Exstirpation der Läsion muss eine Markierung des Gewebestückes erfolgen und es muss die Möglichkeit eines perioperativen Gefrierschnittes gegeben sein, um so gut wie

möglich den Chirurgen bei der Entscheidung über ausreichende Resektionsränder behilflich zu sein. Der genaue Tumorsitzstelle soll mit Spezialklips markiert werden, da diese den Strahlentherapeuten von großer Hilfe sein können.

Vorgehen bei nicht tastbarem Befund

Ist die Läsion präoperativ nicht tastbar, muss sie durch eine Draht- oder Farbmarkierung lokalisiert und anhand dieser Lokalisation exstirpiert werden. Nach Exstirpation der Läsion muss eine Markierung des Gewebestückes erfolgen. Das entnommene Gewebestück ist zu röntgen und zu sonographieren (Präparatradiographie), um die vollständige Exstirpation in Übereinstimmung mit der präoperativen Aufnahme zu gewährleisten.

Brusterhaltende Therapie

Ziel der brusterhaltenden Therapie ist die lokale Kontrolle durch vollständige Entfernung des Karzinomherdes bei gleichzeitiger Berücksichtigung des kosmetischen Ergebnisses. Die Resektionsränder sollten bei der pathohistologischen Untersuchung in ausreichendem Abstand frei von Karzinomzellen sein.

Ablative Therapie

Insbesondere bei folgenden Indikationen ist eine ablativ Therapie indiziert:

- inflammatorisches Mammakarzinom,
- sehr ungünstiges Tumor-Brust-Verhältnis,
- diffuse ausgedehnte Kalzifikation von malignem Typ,
- ausgedehntes assoziiertes intraduktales Karzinom > 4 cm,
- Multizentrität,
- inkomplette Tumorentfernung, auch nach Nachexzision,
- Undurchführbarkeit der Nachbestrahlung (z. B. Patientin kann nicht flach liegen, kann Arm nicht abduzieren), ausgenommen die Patientinnen die an der Studie zur Untersuchung der Bestrahlungsnotwendigkeit für alle Patientinnen teilnehmen,
- Wunsch der Patientin nach erfolgter angemessener Aufklärung über Risiken und Nutzen der therapeutischen Alternativen.

Plastisch rekonstruktive Eingriffe

Plastisch rekonstruktive Eingriffe sind im Rahmen des Primäreingriffes oder im Intervall möglich. Sie werden der Patientin nach umfassender Information über Behandlungsverfahren bei Interesse angeboten.

Ductales Carcinoma in situ (DCIS)

Die Standardbehandlung des DCIS ist die pathohistologisch gesicherte, chirurgische Entfernung aller suspekten Herde. Über die Behandlungsart (Mastektomie mit bzw. ohne zeitgleiche Brustrekonstruktion oder weite lokale Excision) ist je nach individuellem klinischen Fall zu entscheiden. Eine Axilladisektion beim DCIS ist nicht unbedingt erforderlich. Eine Mastektomie sollte immer dann durchgeführt werden, wenn das mit mehreren Nachresektionen nicht im Gesunden entfernt werden konnte.

Operative Therapie der Axilla

Die Axilladissektion sollte bei allen Patientinnen mit einem invasiven operablen Mammakarzinom durchgeführt werden. Aus Level I und II sollten hierbei insgesamt mindestens 8 Lymphknoten entfernt und untersucht werden. Nur bei ausgedehnter Karzinominfiltration dieser Level sollte auch die Entfernung von Lymphknoten des Levels III erfolgen.

Ausnahme hiervon macht das Sentinelverfahren (Bestimmung der Wächterlymphknoten), das nur an den Zentren, die durch ein spezielles Verfahren die Bewilligung bekommen haben, diese Technologie anbieten können. Alle Brustkrebszentren in Österreich sollen diese Technik anbieten können.

Auf die axilläre Lymphonodektomie kann verzichtet werden bei im Gesunden exstirpierten LCIS oder DCIS ohne Mikroinvasion.

Strahlentherapie des Mammakarzinoms

Strahlentherapie des DCIS

Bei brusterhaltender Therapie des DCIS ist die Notwendigkeit einer Strahlentherapie zu überprüfen. Die Heterogenität des DCIS muss bei der Planung der Strahlentherapie berücksichtigt werden.

Strahlentherapie nach brusterhaltender Operation eines invasiven Mammakarzinoms

Eine Nachbestrahlung des verbliebenen Brustgewebes ist derzeit noch nach brusterhaltendem operativen Vorgehen grundsätzlich indiziert. Ausnahmen bestehen nur im Fall der Teilnahme der Patientin an derzeit laufenden Studien, die die Notwendigkeit der Bestrahlung aller brusterhaltend operierten Patientinnen überprüfen.

Strahlentherapie des Mammakarzinoms nach Mastektomie

Eine postoperative Radiotherapie nach Mastektomie ist insbesondere bei folgenden Konstellationen indiziert:

- bei Patientinnen mit T4/T3-Tumoren,
- bei nichtradikalen Resektionen (R1 und R2),
- bei T2-Tumoren mit einem Durchmesser über 3 cm,
- bei Befall von 4 und mehr Lymphknoten,
- ggf. bei multizentrischem Tumorwachstum,
- bei Befall der Pektoralisfaszie,
- bei Sicherheitsabstand < 5 mm.

Strahlentherapie der Axilla und sonstiger Lymphabflussgebiete

Im Allgemeinen wird die Axilla nach regelrecht durchgeführter axillärer Lymphadenektomie nicht bestrahlt. Bei speziellen Indikationen (4 oder mehr positive axilläre Lymphknoten und/oder kapselüberschreitender lymphatischer Ausbreitung und/oder Level III-Befall) sollte in Abwägung der strahlenbedingten Morbidität eine Strahlentherapie erwogen werden.

Inflammatorisches Mammakarzinom

Eine präoperative oder postoperative Bestrahlung ist bei inflammatorischem Mammakarzinom grundsätzlich indiziert.

Systemische adjuvante Therapie (Hormon- und Chemotherapie)

Für alle Frauen sollte nach individueller Nutzen-Risikoabwägung die Einleitung einer adjuvanten systemischen Therapie geprüft werden. Ob und welche adjuvante systemische Therapie begonnen wird, sollte in Diskussion mit der aufgeklärten Patientin entschieden werden.

Tabelle 1: Risikoeinteilung von Mammakarzinomen

	minimales Risiko*	normales oder hohes Risiko**
ER und/oder PR	Positiv	negativ
Nodalstatus	Negativ	Positiv
PT-Größe(invasiv,cm)	<=2	<2
Grading	1	2 oder 3
Alter (Jahre)	>=35	<35

* alle Kriterien müssen erfüllt sein

** ein oder mehrere Kriterien müssen erfüllt sein

Tabelle 2: Adjuvante systemische Therapie hormonempfindlicher Mammakarzinome

Risikostatus	Prämenopausal	Postmenopausal
N-, minimales Risiko	Tamoxifen oder Aromatase Inhibitor	Tamoxifen oder Aromatase Inhibitor
N-, normales oder N+, hohes Risiko	Ausschaltung Ovarien(1)+ Tamoxifen oder Aromatase Inhibitor [1] oder Chemotherapie gef. von Ausschaltung Ovarien(1)+ von Tamoxifen oder Aromatase Inhibitor (3)[2]	Tamoxifen oder Aromatase Inhibitor oder Chemotherapie(2) gef. von Tamoxifen oder Aromatase Inhibitor (3)[2]

(1) Die Ausschaltung der Ovarien kann durch eine Ovariectomie (z.B. per Laparoskopie) oder GnRH-Agonisten (GnRH = Gonadotropin releasing hormone) erfolgen. Studien erfolgten überwiegend mit Goserelin. Die Radioablation gilt als Option 2. Wahl.

(2) Die Indikation für eine Chemotherapie zusätzlich zur Antihormontherapie kann von der Wahrscheinlichkeit einer Hormonabhängigkeit der Erkrankung abhängig gemacht

werden. Bei der Entscheidung für eine alleinige Antihormontherapie sind das relative Risiko, das Alter, das Nebenwirkungspotential, sozioökonomischen Faktoren sowie die Präferenz der Patientin in Betracht zu ziehen.

(3) Die Behandlung mit Tamoxifen oder Aromatase Inhibitoren soll erst nach Ende der Chemotherapie beginnen.

[1] Die zusätzlich Gabe einer Chemotherapie ist eine aktuelle wissenschaftliche Fragestellung und sollte nur in Studien erfolgen.

[2] Bei Behandlung mit Aromataseinhibitoren ist zusätzliche Messung der Knochendichte und ggf. Einsatz von Bisphosphonaten zu prüfen.

Tabelle 3: Adjuvante systemische Therapie hormonunabhängiger Mammakarzinome

Risikostatus	Prämenopausal	Postmenopausal
N-, minimales Risiko	Nicht zutreffend	Nicht zutreffend
N-, normales oder hohes Risiko	Chemotherapie	Chemotherapie
N+	Chemotherapie	Chemotherapie

Supportive Begleitmaßnahmen (z. B. Antiemesis) sind integraler Bestandteil jeder systemischen Therapie.

Nachsorge

Die Nachsorge ist nicht nur als Verlaufskontrolle oder Nachbeobachtung der Erkrankung zu verstehen, sondern soll einen Beitrag zur physischen, psychischen und psychosozialen Rehabilitation der erkrankten Frauen leisten. Sie ist symptomorientiert zu konzipieren und den individuellen Bedürfnissen der Frauen anzupassen.

Häufigkeit der Nachsorgeuntersuchungen

Die Nachsorge nach einer Mammakarzinomerkkrankung soll nach Abschluss der Primärbehandlung, spätestens sechs Monate nach histologischer Sicherung der Diagnose beginnen. Die Nachsorgeuntersuchungen erfolgen in den ersten 2 Jahren vierteljährlich, bis einschließlich das 5. Jahr halbjährlich, danach in jährlichen Abständen. Abhängig von den Erfordernissen der Situation und der psychosozialen Betreuung hat die Patientin jederzeit die Möglichkeit, sich in ärztliche Betreuung zu begeben. Die Nachsorge umfasst zumindest Anamnese, körperliche Untersuchung (einschließlich klinischer Tastuntersuchung der Thoraxwand und sämtlicher Lymphabflusswege) und Aufklärung/Information. Alle 6 Monate werden in halbjährlichen Abständen Blutuntersuchungen durchgeführt und jährlich das komplette Staging (Blutbefund, Mammographie, CT Thorax/Abdomen, gynäkologische Kontrolle).

Psychosoziale Betreuung

Die psychosoziale Beratung und Betreuung der Frauen soll integraler Bestandteil der Nachsorge sein. Ihr ist in diesem Rahmen ausreichend Zeit einzuräumen. Hierzu gehört auch die Beratung über die Möglichkeiten der sozialen, familiären und beruflichen Rehabilitation.

Der nachsorgende Arzt soll prüfen, ob die Patientin einer weitergehenden Diagnostik und/oder Behandlung bedarf (z. B. bei posttraumatischen Belastungsstörungen, Angststörungen, depressiven Störungen). Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

DIAGNOSTIK UND THERAPIE FORTGESCHRITTENER ERKRANKUNGEN

Lokalrezidiv

Diagnostik

Lokalrezidive bei brusterhaltend operierten Mammakarzinompatientinnen sind kurativ behandelbar. Je früher sie diagnostiziert werden, um so besser ist ihre Prognose. Aus diesem Grunde sind die klinische Tastuntersuchung der Thoraxwand und sämtlicher Lymphabflussgebiete sowie die jährliche Durchführung einer Mammographie zentraler Bestandteil der Nachsorgeuntersuchungen.

Bei Auftreten eines Lokalrezidivs muss im Hinblick auf eine mögliche therapeutische Konsequenz geprüft werden, welche diagnostischen Maßnahmen zur Erkennung weiterer Herde oder einer Fernmetastasierung sinnvoll sind.

Therapie

Die Standardbehandlung nach brusterhaltend durchgeführter Primärtherapie ist die Mastektomie.

Bei lokoregionärem Rezidiv nach Mastektomie sollte eine postoperative Bestrahlung durchgeführt werden, sofern es aufgrund der bisherigen Strahlenbelastung vertretbar ist. Aufgrund des Metastasierungsrisikos kann bei Patientinnen mit lokoregionärem Rezidiv eine Chemo- und/oder Antihormontherapie in Erwägung gezogen werden. Die Indikation zur Chemotherapie muss gesondert geprüft werden.

Metastasierte Erkrankung

Therapie

Im Fall der metastasierten Erkrankung steht die Lebensqualität der betroffenen Frau im Vordergrund der therapeutischen Maßnahmen. Ziel ist es, die körperliche Leistungsfähigkeit zu erhalten und tumorbedingte Beschwerden/Schmerzen zu lindern bzw. Symptombefreiheit zu erhalten.

Eine hormonelle Therapie ist bei positivem oder unbekanntem Rezeptorstatus die Therapie der ersten Wahl für Frauen mit metastasiertem Mammakarzinom. Bei prämenopausalen

Frauen ist die Ausschaltung der Ovarialfunktion in Kombination mit Antiöstrogenen zu prüfen.

Bei Frauen mit metastasiertem Karzinom sollte eine Chemotherapie unter Berücksichtigung der individuellen Risikosituation und des Therapieziels in Erwägung gezogen werden, insbesondere bei schnell progredientem Verlauf, viszeralem Befall, negativem Rezeptorstatus und/oder erheblichen Beschwerden. In diesen Situationen kann eine Chemotherapie trotz ihrer Nebenwirkungen die Lebensqualität erhöhen.

Bei nachgewiesenen Knochenmetastasen sollte der Einsatz von Bisphosphonaten erfolgen.

Begleitend zur systemischen Therapie sollten symptomorientierte unterstützende Maßnahmen eingeleitet werden (z. B. Schmerztherapie, Operation und/oder Strahlentherapie bei Kompression neurologischer Strukturen oder solitären Metastasen).

PALLIATIVTHERAPIE UND SCHMERZTHERAPIE

Palliative Maßnahmen sollten rechtzeitig eingeleitet werden. Hierbei ist zu prüfen, ob eine ambulante oder stationäre Behandlung angemessen ist. Hierzu gehört eine angemessene schmerztherapeutische Versorgung der Patientinnen unter Berücksichtigung des 3-Stufenschemas der WHO; insbesondere ist eine rechtzeitige und ausreichende Versorgung mit Opiaten zu gewährleisten.

KOOPERATION

Das Behandlungskonzept muss eine interdisziplinäre, professionen- und sektorenübergreifende Betreuung in qualifizierten Einrichtungen mit dem notwendigen logistischen Hintergrund gewährleisten. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein. Überweisungserfordernisse müssen in Abhängigkeit vom Krankheitsstadium der Patientin und der jeweiligen fachlichen Qualifikation des behandelnden Arztes sowie der regionalen Versorgungsstrukturen geprüft werden.

PATIENTINNENINFORMATIONEN

Schulungsprogramme sind für Patientinnen mit Brustkrebs nicht zielführend. Stattdessen sind geeignete Maßnahmen der Patientinneninformation vorzusehen.

Adnex 4

BRUSTKREBSZENTREN

Bundesland	Krankenanstalt	Abteilung	ÖKAP
Niederösterreich	ST. POELTEN,	MED.ABT	ONKS
	ST. POELTEN,	CHIR.ABT.	ONKS
	WR.NEUSTADT, KH,	CHIR.ABT.	ONKS
	WAIDHOFEN/THAYA,	MED.ABT.	ONKS
	KREMS, KH,	CHIR.ABT.	ONKS
	HORN, GYN.ABT.	GYN.ABT.	ONKF
	AMSTETTEN, KH,	MED.ABT	ONKF
	MISTELBACH ,KH,	CHIR.ABT.	ONKF
	KLOSTERNEUBURG, KH,	INT.ABT.	ONKF
	TULLN , LKA,	CHIR.ABT.	0
	NEUNKIRCHEN, KH,	CHIR.ABT.	0
	HOLLABRUNN, KH,	CHIR.ABT.	0
	MOEDLING, LKH,	GYN.ABT.	0
	WAIDHOFEN/YBBS, KH		0
	BADEN, KH,	CHIR.ABT.	0
	HAINBURG, KH,	CHIR. ABT.	0
	ZWETTL , KH	0	0
	MELK, KH	0	0
	NEUNKIRCHEN, KH,	GYN.ABT.	0
SCHEIBBS, KH,	CHIR.ABT.	0	
		19	11
Wien	WIEN AKH ,	CHIR.ABT.	ONKZ
	WIEN AKH ,	GYN.ABT.	ONKZ
	WIEN AKH ,	MED.ABT	ONKZ
	WIEN AKH ,	GYN.ABT.	ONKZ
	WIEN, WILHELMINENSPITAL,	MED.ABT	ONKZ
	WIEN, WILHELMINENSPITAL,	GYN.ABT.	ONKZ
	WIEN, KH LAINZ,	GYN.ABT.	ONKZ
	WIEN, KH LAINZ,	MED.ABT	ONKZ
	WIEN, SMZ-OST,	CHIR.ABT.	ONKZ
	WIEN, SMZ-OST,	MED.ABT	ONKZ
	KFJ	x	ONKZ
	WIEN, KH HANUSCH,	CHIR.ABT.	ONKS
	WIEN, RUDOLFFSTIFTUNG,	CHIR.ABT.	ONKS
	WIEN, BHB WIEN	GYN.ABT.	0
	WIEN, SANATORIUM HERA	CHIR.ABT.	0

9

7

Steiermark	KOOP. ONKO. GRAZ/STMK.	0	ONKZ
	GRAZ, .	GYN.ABT.	ONKZ
	LEOBEN, LKH, KOOP ONKO	CHIR.ABT.	ONKS
	FUERSTENFELD, LKH,	MED.ABT.	ONKS
	ROTTENMANN, LKH	CHIR.ABT.	ONKF
	JUDENBURG/KNITTELFELD		ONKF
	BRUCK/MUR KOOP ONKO		0
	HARTBERG, LKH,	CHIR.ABT.	0
	FELDBACH, LKH,	GYN.ABT.	0

9

5

Kärnten	KLAGENFURT, KH,	CHIR.ABT.	ONKZ
	KLAGENFURT, KH,	GYN.ABT.	ONKZ
	VILLACH, KH, .	GYN.ABT	ONKS
	ST. VEIT/GLAN, BBR	CHIR.ABT.	ONKF
	WOLFSBERG, KH,	CHIR.ABT.	0
	VILLACH , PRIVATKLINIK	GYN.ABT.	0
	SPITTAL/DRAU, KH,	CHIR.ABT.	0

6

3

Burgenland	OBERWART,KH, .	CHIR.ABT.	ONKF
	EISENSTADT, BHB	CHIR.ABT.	ONKF
	OBERPULLENDORF, KH,	CHIR.ABT.	0
	GUESSING, KH,	CHIR.ABT.	0

4

2

Salzburg	KOOP. GRUPPE SALZBURG		ONKZ
	SCHWARZACH, KH .	MED.ABT	ONKS
	SCHWARZACH, KH.	GYN.ABT	ONKS

2

Vorarlberg	KOOP. GRUPPE LKH FELDKIRCH		ONKS
	DORNBIRN, KH	MED.ABT	ONKS
	DORNBIRN, KH	CHIR.ABT.	ONKS
	DORNBIRN, KH	GYN.ABT.	ONKS
	BREGENZ, KH	CHIR.ABT.	0
	BREGENZ, LKH	MED.ABT	0

3

2

Tirol	INNSBRUCK, UNIVERSITÄTSKLINIK ,	CHIR.ABT.	ONKZ
	INNSBRUCK, UNIVERSITÄTSKLINIK ,	MED.ABT	ONKZ
	INNSBRUCK, UNIVERSITÄTSKLINIK ,	GYN.ABT.	ONKZ
	KUFSTEIN, BKH		ONKS
	LIENZ, KH		ONKS
	ZAMS, KH	CHIR.ABT.	ONKF
	HALL IN TIROL		0

5

1

Oberösterreich	LINZ, AKH,	MED.ABT	ONKZ
	LINZ, BHB	CHIR.ABT.	ONKZ
	LINZ, BHS,	CHIR.ABT.	ONKZ
	LINZ, ELISABETHINEN,	MED.ABT	ONKZ
	WELS, BHS,	MED.ABT	ONKS
	VOECKLABRUCK, LKH,	MED.ABT	ONKS
	VOECKLABRUCK, LKH,	CHIR.ABT.	ONKS
	STEYR, LKH,	MED.ABT	ONKF
	STEYR, LKH,	CHIR.ABT.	ONKF
	RIED, KH,	CHIR.ABT.	ONKF
	KIRCHDORF, LKH,	CHIR.ABT.	0
	SCHAERDING, LKH,	CHIR.ABT.	0
	ROHRBACH,KH, .	MED.ABT	0
	FREISTADT, KH,	CHIR.ABT.	0

13

5

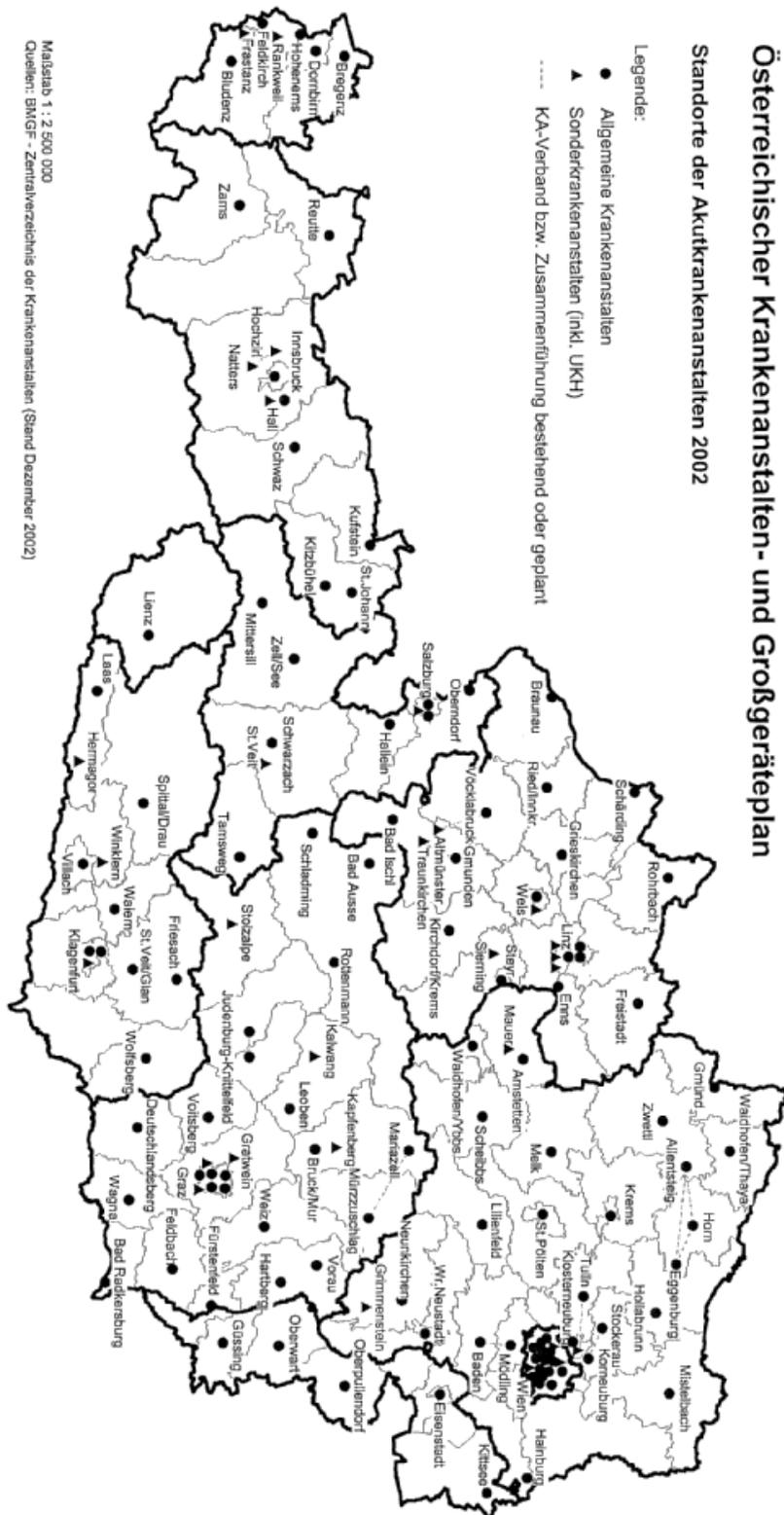
Gesamt	67 Brustkrebszentren	nicht notwendig:	28
---------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------

Adnex 5

ÖKAP/GGP 2003 Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan

Standorte der Akutkrankenanstalten 2002

- Legende:
- Allgemeine Krankenanstalten
 - ▲ Sonderkrankenanstalten (inkl. UKH)
 - KA-Verband bzw. Zusammenführung bestehend oder geplant



Maßstab 1 : 2 500 000
 Quellen: ÖKAP - Zentralverzeichnis der Krankenanstalten (Stand Dezember 2002)

Adnex 6

Strukturqualitätskriterien - Strahlentherapie (STR)

Personal-ausstattung*	Ohne stationäre Patientenbetreuung bei einer Standardfrequenz von 800 Patienten pro Jahr (2 LIN à 400 Patienten**):	<table> <tr> <td>Ärzte (inkl. Ärzte in Ausbildung zum FA für Radioonkologie)</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DGKP</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Sanitätshilfsdienstpersonal</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RTA</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Technisches Personal:</i></td> </tr> <tr> <td>Physiker, HTL-Ingenieur</td> <td>4</td> </tr> </table>	Ärzte (inkl. Ärzte in Ausbildung zum FA für Radioonkologie)	8	DGKP	3	Sanitätshilfsdienstpersonal	2	RTA	13	<i>Technisches Personal:</i>		Physiker, HTL-Ingenieur	4
Ärzte (inkl. Ärzte in Ausbildung zum FA für Radioonkologie)	8													
DGKP	3													
Sanitätshilfsdienstpersonal	2													
RTA	13													
<i>Technisches Personal:</i>														
Physiker, HTL-Ingenieur	4													
Personal-qualifikation	Fachärzte für Radioonkologie													
Infrastrukturelle Anforderungen	<p><i>In der Abteilung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Linearbeschleuniger: 2 • Anzahl Brachytherapiegeräte: 1 • Anzahl Simulatoren: 1 • Bestrahlungsplanungssystem mit zwei Arbeitsplätzen • Sonographie für Planung, Nachsorge und Brachytherapie <p><i>In der Krankenanstalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Planungs-CT: ab 800 Patienten im Jahr*** • Zugang zu MR • Abteilung für Innere Medizin mit onkologischem Schwerpunkt • Chirurgische Abteilung mit onkologischem Schwerpunkt • Zugriff auf 10 bis 15 Betten pro LIN 													
Mindest-frequenz	• Je Linearbeschleuniger: 300 Patienten/Jahr													

* Für Strahlentherapiezentren, die keine intraoperativen Bestrahlungen oder keine Stereotaxien erbringen, sind die oben genannten Vorgaben betreffend Personalausstattung nicht maßgeblich.

** bei höherer Gerätezahl zusätzliches Personal nach Bedarf

*** unter Sicherstellung der primären Verfügbarkeit für Strahlentherapiezentrum

Adnex 7

4. CURRICULUM VITAE

Name: Natalija Frank



Geburtstag und -ort: 17.10.1966, Derventa, Kroatien; seit 1992 österreichische Staatsbürgerin

Familienstand: geschieden seit Jänner `97
ein Sohn, geb. 1990
eine Tochter geb. 1994, alleiniges Sorgerecht für beide Kinder.

Bildung:

1973-1981	Grundschule in Derventa/Croatien (anderes Schulsystem)
1975-1982	zugleich Musikschule
1981-1985	Krankenschwesternschule
1982-1985	zugleich Gastgewerbeschule

- 1985-1988 Wirtschaftsuniversität in Opatija/Croatien, 6 Semester, jedoch ohne Abschluss
- 08.01.`89 geplanter 1-jähriger Aufenthalt in Wien um Deutschkenntnisse zu erweitern, 9 Monate danach Heirat mit einem Wiener
- 1990 Nostrifizierung des Krankenschwesterndiploms
- 2002 Postgraduate Lehrgang „Public Health“, mit dem Schwerpunkt Management in der Krankenversorgung.

Berufserfahrung:

1991 Beginn des Arbeitsverhältnisses als Krankenschwester im AKH Wien, Universitätsklinik für Chirurgie, Erfahrung in den Bereichen Allgemeinchirurgie, Herz-Thorax Intensiv Bereich und Knochenmarkstransplantation

Seit 01.01.`00 als Study Nurse im Bereich Mamma- und Colonkarzinom an der Universitätsklinik für Chirurgie AKH Wien, Vorstand Prof. Dr. Raimund Jakesz. In Rahmen dieser Tätigkeit vollkommen selbständiges Arbeiten und Aufbau der Logistik in Bereich Klinische Studien.

Berufsfortbildung:

Weiterbildungsveranstaltungen im Gesundheits- und PC-Bereich.

Teilnahme an vielen Workshops und Kongressen im Bereich Krebsbehandlung, Entwicklungen und Management im Gesundheitswesen...

2004 Training for Study nurses

Adnex 8

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass die Arbeit selbständig und ausschließlich mit den genannten Hilfsmitteln verfasst wurde.

Wien, am 30.07.2005

Verfasserin: Natalija Frank